

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA**

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**HOSPITAL DE PEQUENO PORTE:
EXISTIR, A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
Internações e perfil no Espírito Santo**

**VITÓRIA
2008**

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**HOSPITAL DE PEQUENO PORTE:
EXISTIR, A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
Internações e perfil no Espírito Santo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Alacir Ramos Silva

VITÓRIA

2008

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Araujo, Tânia Maria de, 1965-
A663h Hospital de pequeno porte : existir, a que será que se destina?
internações e perfil no Espírito Santo / Tânia Maria de Araujo. –
2008.
153 f. : il.

Orientador: Alacir Ramos Silva.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Hospitais. 2. Assistência hospitalar. 3. Doentes
hospitalizados. I. Silva, Alacir Ramos. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

TÂNIA MARIA DE ARAUJO

**HOSPITAL DE PEQUENO PORTE:
EXISTIR, A QUE SERÁ QUE SE DESTINA?
Internações e perfil no Espírito Santo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de fevereiro de 2008.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Alacir Ramos Silva
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Profª Drª Sheilla Diniz Silveira Bicudo
UNIVIX - ES

Profª Drª Denise Silveira Castro
Universidade Federal do Espírito Santo

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Geraldo e Adelaide,
mestres na arte de me apoiar.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da perseverança;

A Gilton, pela cumplicidade, dedicação e bom humor;

A Lucas e André, por existirem, serem compreensivos e carinhosos;

À Sissa, pelo apoio e orientação neste projeto;

À turma do mestrado e professores, pelo convívio e troca de experiência;

À Fátima Silva, pela inestimável e desprendida colaboração;

Aos colegas e usuários do CAPS João Neiva, pela compreensão;

À Prefeitura Municipal de João Neiva e Secretaria de Saúde, pela oportunidade;

Aos técnicos e gestores da Secretaria de Estado da Saúde, pelas portas abertas.

RESUMO

Os hospitais de pequeno porte tiveram política específica estabelecida pelo Ministério da Saúde em junho de 2004 onde foi evidenciado que a inserção destes hospitais no sistema de saúde teria como diretriz o suporte à atenção básica, com intuito de imprimir maior resolutividade a este nível. São feitos questionamentos acerca da capacidade de resolução dos serviços prestados por tais hospitais, além de apresentarem uma estrutura dispendiosa. Entretanto, localizados em municípios do interior, são muitas vezes a principal ou única referência para atendimentos de urgência e emergência e de internação, o que faz com que a população os procure por vários problemas de saúde. A preocupação com a atuação destas unidades hospitalares trouxe para o presente estudo os objetivos de realizar estudo da tendência das internações nos municípios com hospitais de pequeno porte no período entre 1992 e 2005; traçar um perfil dos hospitais de pequeno porte considerando características estruturais e assistenciais e caracterizar as causas das internações realizadas nos municípios com hospitais de pequeno porte em 2005. Constituíram objetos do estudo, os hospitais de pequeno porte, com até 50 leitos, de natureza pública ou privada integrantes da rede SUS e localizados em municípios do Espírito Santo com até 30 mil habitantes. A pesquisa realizada foi do tipo descritiva e de natureza quantitativa. Os resultados apontaram a presença de municípios do estudo (61.5%) com tendência negativa das internações no período analisado, sendo que no perfil das unidades hospitalares observou-se a natureza privada das organizações e a necessidade de equipamentos e instalações relativos à assistência hospitalar. Para a maioria dos municípios, as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial apresentaram percentuais superiores ao do Espírito Santo e as principais causas foram as gastroenterites, pneumonia, insuficiência cardíaca, hipertensão e asma. Esta pesquisa indicou que a redefinição do perfil e do papel dos pequenos hospitais é necessária e importante para o sistema de atenção à saúde.

Palavras-chaves: *Hospitais de pequeno porte; Internações hospitalares; Perfil hospitalar; Condições sensíveis à atenção ambulatorial.*

ABSTRACT

The so called small hospitals had a specific policy established by the Health Department in June, 2004 and it was evidenced that the insertion of those hospitals in the health system would have as line of direction the support to basic attention, aiming at printing a greater resolution to this level. Questionnaires about the capacity to solve the services offered by such hospitals are made, besides presenting an expensive structure. However, located in the countryside, are mostly considered the main or the only reference for urgency and emergency and internment, reasons why the population go there for several health problems. The worry concerning the performance of such hospitals brought to the present study the objectives; studying the tendency of the internments in the districts containing small hospitals during 1992 and 2005; delineating a profile of small hospitals taking into account structural and assistant characteristics and characterizing the internment causes that took place in the districts containing small hospitals in 2005. The study objects were: the small hospitals with up to 50 beds, public or private belonging to SUS and located in Espírito Santo districts with up to 30 thousand habitants. The research was descriptive and quantitative. The results showed the presence of some district studied (61.5%) having a negative tendency internments in the period analyzed, considering that in the profile of the hospitals it was observed the private nature of organizations and the necessity of equipments and the installation related to the hospital assistance. For the majority of the districts, the internments for sensitive conditions to the ambulatory attention presented superior percentages to the state and de main causes were gastroenterites, pneumonia, heart failure, hypertension and asthma. This research indicate that the redefinition of profile and role of small hospitals is necessary and important to the health care system.

Keywords: *Small hospitals; Hospital internments; Profile hospital; Sensitive conditions to ambulatory attention.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Municípios com até 30 mil habitantes e nenhum leito hospitalar cadastrado. ES, 2006....	78
Tabela 2 - Municípios de até 30 mil habitantes com hospitais acima de 50 leitos cadastrados e vinculados à rede SUS. ES, 2006.....	79
Tabela 3 - Natureza da organização segundo esfera administrativa dos hospitais de pequeno porte pesquisados. ES, 2006.....	82
Tabela 4 - Hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estudo, 2006.....	83
Tabela 5 - Municípios selecionados e tipo de leito clínico em HPP vinculado à rede SUS. ES, 2006.....	84
Tabela 6 - Grupos conforme resultado do estudo de tendência das internações hospitalares. Municípios do estudo, 1992-2005.....	106
Tabela 7 - Quantidade de hospitais segundo natureza da organização e esfera administrativa. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.....	106
Tabela 8 - Quantidade de hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estudo com tendência negativa das internações, 2007.....	107
Tabela 9 - Atendimento prestado nos hospitais e tipo de clientela. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.....	108
Tabela 10 - Presença de equipamentos nos hospitais. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.....	109
Tabela 11 - Instalações físicas para assistência nos hospitais. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.....	110
Tabela 12 - HPP único no território e internações de não residentes superior a 10% da demanda. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.....	111
Tabela 13 - Cobertura de internação da população residente pelos hospitais entre 30 e 50 leitos, únicos no território. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.....	111
Tabela 14 - Total das internações dos residentes e % realizado no local de origem. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.....	112
Tabela 15 – Quantidade de hospitais segundo natureza da organização e esfera administrativa. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.....	113
Tabela 16 – Quantidade de hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estudo sem tendência negativa das internações, 2007.....	113
Tabela 17 - Atendimento prestado nos hospitais e tipo de clientela. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.....	114
Tabela 18 - Presença de equipamentos nos hospitais. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.....	115

Tabela 19 - Instalações físicas para assistência nos hospitais. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.....	115
Tabela 20 - HPP único no território e internações de não residentes superior a 10% da demanda. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.....	117
Tabela 21 – Cobertura de internação da população residente pelos hospitais entre 30 e 50 leitos, únicos no território. Municípios sem tendência negativa das internações, 2005.....	117
Tabela 22 - Total das internações dos residentes e % realizado no local de origem. Municípios sem tendência negativa das internações, 2005.....	118
Tabela 23 - Principais diagnósticos de internação segundo Capítulos da CID 10. Municípios do estado e ES, 2005.....	123
Tabela 24 – Principais causas de internação conforme Lista de Morbidade CID 10. Municípios do estado, 2005.....	124
Tabela 25 – Internações pagas por parto único e espontâneo. Municípios do estado, 2005.....	124
Tabela 26 – Frequência média mensal de internações pagas por parto único e espontâneo. Municípios do estado, 2005.....	125
Tabela 27 - Internações por CSAA, partos e demais causas. Municípios do estado, 2005.....	128
Tabela 28 - Total de internações pagas e percentual por CSAA, partos e demais causas. Municípios do Grupo 1, 2005.....	129
Tabela 29 - Total de internações pagas e percentual por CSAA, partos e demais causas. Municípios do Grupo 2, 2005.....	129
Tabela 30 - Internações por CSAA, partos e demais causas conforme capítulos selecionados. Municípios do Grupo 1, 2005.....	130
Tabela 31 - Internações por CSAA, partos e demais causas conforme capítulos selecionados. Municípios do Grupo 2, 2005.....	131
Tabela 32 - Internações por CSAA. Municípios do grupo 1, 2005.....	132
Tabela 33 - Internações por CSAA. Municípios do grupo 2, 2005.....	132
Tabela 34 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Municípios do grupo 1, 1998-2006.....	133
Tabela 35 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Municípios do grupo 2, 1998-2006.....	133

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Leitos privados e públicos. ES, 1976-1980.....	55
Gráfico 2 - Leitos em estabelecimentos de internação. ES, 1935-1980.....	58
Gráfico 3 - Total da oferta e natureza dos leitos nos municípios com até 30 mil habitantes.ES,1990	67
Gráfico 4 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Apiacá. ES, 1992-2005.....	86
Gráfico 5 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Boa Esperança. ES, 1992-2005.....	87
Gráfico 6 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Conceição do Castelo. ES, 1992- 2005.....	87
Gráfico 7 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Fundão. ES, 1992-2005.....	88
Gráfico 8 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano.Itarana. ES, 1992-2005.....	88
Gráfico 9 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Jaguaré.ES, 1992-2005.....	89
Gráfico 10 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Mantenópolis - ES, 1992-2005.....	89
Gráfico 11 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Mimoso do Sul - ES, 1992-2005.....	90
Gráfico 12 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Montanha - ES, 1992-2005.....	90
Gráfico 13 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Mucurici - ES, 1992-2005.....	91
Gráfico 14 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Muniz Freire - ES, 1992-2005.....	91
Gráfico 15 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Pancas - ES, 1992-2005.....	92
Gráfico 16 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Piuma - ES, 1992-2005.....	92
Gráfico 17 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Rio Bananal - ES, 1992-2005.....	93
Gráfico 18 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Rio Novo do Sul - ES, 1992-2005.....	93
Gráfico 19 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Santa Leopoldina - ES, 1992-2005.....	94
Gráfico 20 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Alfredo Chaves - ES, 1992-2005.....	95
Gráfico 21 - Polinômio de 4º grau entre AIH e Ano. Alfredo Chaves - ES, 1992-2005.....	95
Gráfico 22 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Atilio Vivácqua - ES, 1992-2005.....	96

Gráfico 23 - Polinômio de 2º grau entre AIH e Ano. Atílio Vivácqua - ES, 1992-2005.....	96
Gráfico 24 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Ibatiba - ES, 1992-2005.....	97
Gráfico 25 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Iconha - ES, 1992-2005.....	97
Gráfico 26 - Polinômio do 2º grau entre AIH e Ano. Jerônimo Monteiro - ES, 1992-2005.....	98
Gráfico 27 - Polinômio de 5º grau entre AIH e Ano. João Neiva - ES, 1992-2005.....	98
Gráfico 28 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Pedro Canário - ES, 1992-2005.....	99
Gráfico 29 - Diagrama de dispersão entre AIH e Ano. Pinheiros - ES, 1992-2005.....	99
Gráfico 30 - Polinômio de 3º grau entre AIH e Ano. Vargem Alta - ES, 1992-2005.....	100
Gráfico 31 - Polinômio de 4º grau entre AIH e Ano. Venda Nova do Imigrante - ES, 1992-2005.....	100

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CAP's – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEME – Central de Medicamentos

CDS – Conselho de Desenvolvimento Social

CID - Código Internacional de Doenças

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

COSEMS – Colegiado de Secretários Municipais de Saúde

CSAA – Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ES – Espírito Santo

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo

FUNRURAL – Fundo de Assistência e Previdência Rural

FHES – Fundação Hospitalar do Espírito Santo

GM – Gabinete do Ministro

HPP – Hospitais de pequeno porte

IAP's – Instituto de Aposentadoria e Pensões

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHGES – Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPES – Instituto de Pesquisa do Espírito Santo

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MS – Ministério da Saúde

MPAS – Ministério do Previdência e Assistência Social

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PAMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIASS – Programação de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNHPP – Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

PNS – Plano Nacional de Saúde

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PPA – Plano de Pronta Ação

PPI - Programação Pactuada Integrada

PREV-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SUDS – Sistema Único e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUMÁRIO

1	POR QUE ESTUDAR OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE?.....	18
1.1	Introdução	18
1.2	Um problema da vida prática.....	20
1.3	Estão os hospitais de pequeno porte em declínio? O problema e sua contextualização.....	22
1.3.1	Tema, objeto e objetivos: delimitações do estudo	24
2	O HOSPITAL NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	27
2.1	Origem, natureza e inserção dos hospitais.....	27
2.2	A integralidade do cuidado como eixo para discussão do papel dos hospitais.....	31
2.3	Notas sobre a organização da assistência à saúde no Brasil e a inserção do hospital.....	33
2.3.1	A privatização da assistência médico-hospitalar e a formação do ideário médico na trajetória das políticas de saúde no Brasil.....	33
2.3.2	Institucionalização do padrão médico-hospitalar privatista na assistência à saúde.....	40
2.4	Assistência hospitalar pública do Espírito Santo e hospitais de pequeno porte nos municípios do interior.....	45
2.4.1	Das práticas de caridade à inserção da assistência hospitalar na pauta governamental.....	46
2.4.2	Institucionalização da participação privada na assistência hospitalar....	51
2.4.3	Interiorização dos serviços e pulverização dos hospitais de pequeno porte.....	59

3	O CAMINHO DA PESQUISA.....	70
3.1	Identificação dos municípios e seleção dos hospitais de pequeno porte.....	70
3.2	Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	72
3.3	Aspectos éticos.....	75
4	INTERNAÇÕES E PERFIL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO ESPÍRITO SANTO: CONTRIBUIÇÕES À REVISÃO DO PAPEL ASSISTENCIAL.....	77
4.1	Tendência das internações hospitalares nos municípios com hospitais de pequeno porte no período entre 1992 e 2005.....	77
4.1.1	Caracterização do cenário do estudo.....	78
4.1.2	Tendência das internações hospitalares pagas entre 1992-2005.....	84
4.1.3	Considerações para compreensão do cenário de uma tendência.....	101
4.2	Perfil dos hospitais de pequeno porte.....	105
4.2.1	Caracterização dos hospitais localizados nos municípios do Grupo 1.....	106
4.2.2	Caracterização dos hospitais localizados nos municípios do Grupo 2.....	113
4.2.3	Síntese e considerações sobre o perfil dos hospitais de pequeno porte	118
4.3	Perfil das causas de internações hospitalares pagas em 2005.....	122
4.3.1	Principais causas por capítulos CID 10 e lista de morbidade.....	122
4.3.2	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial no contexto dos hospitais de pequeno porte	127
5	UM ESTUDO QUE CHEGA AO FIM.....	137
5.1	Conclusões e apreciações finais do estudo.....	137
5.2	Hospital de pequeno porte: existir, a que será que se destina?.....	140
6	REFERÊNCIAS.....	143

APÊNDICE.....	151
APÊNDICE A - Internações pagas aos municípios com hospitais de pequeno porte. ES, 1992-2005.....	151
ANEXOS.....	152
ANEXO A – Lista das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial.....	152
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	153

CAPÍTULO 1

*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

CAPÍTULO 1

POR QUE ESTUDAR OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE?

1.1 Introdução

Este trabalho busca investigar sobre os hospitais de pequeno porte (HPP) HPP com até 50 leitos em municípios do Espírito Santo (ES), a partir da análise do seu processo de inserção no sistema de saúde, do movimento das Autorizações de Internações Hospitalares pagas no período entre 1992-2005 e do perfil dos hospitais e suas internações no ano de 2005. A escolha inicial foi por tomar os dados a partir de 1990, o que não foi possível em virtude do banco de dados e isto será detalhado oportunamente.

Entretanto, devem-se registrar imediatamente as razões determinantes na escolha do referido período que são devidas às alterações ocorridas na política de saúde por ocasião da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Este sistema, em substituição a um modelo assistencial centrado na oferta de procedimentos médico-hospitalares, passou a incorporar princípios como a integralidade da atenção e descentralização das ações trazendo constitucionalmente para o contexto da política de saúde a perspectiva de que o direito à saúde seria alcançado por ações que extrapolam o âmbito hospitalar, é de responsabilidade de todas as esferas governamentais e precisam estar acessíveis. Desta maneira, trata-se de um período que se segue a um modelo marcado pelo incentivo ao padrão assistencial médico-hospitalar com implantação de inúmeros hospitais, interessando observar nesta pesquisa aspectos do desenvolvimento dos hospitais de pequeno porte após a implantação do SUS.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em 2006, dos 78 municípios do Estado, 58 possuíam menos de 30 mil habitantes e, destes, 27 apresentavam hospitais de pequeno porte cujos leitos significavam

11.63% dos leitos existentes no ES. Espalhados também por outros estados do Brasil, os HPP compõem um segmento que representa 62% dos estabelecimentos hospitalares e 18% dos leitos existentes. Mais da metade dos HPP com até 50 leitos, ou seja, 57% deles estão localizados em cidades interioranas, sendo a única opção de internação para uma clientela eminentemente do sistema público, o que os tornam estratégicos para a efetivação do acesso e integralidade do cuidado (UGÁ; LÓPEZ, 2007).

Muitas das internações realizadas têm sido classificadas como pouco resolutivas e, ao mesmo tempo, crescem as preocupações com sua eficiência e inserção no sistema de saúde. Das causas de internações ocorridas em 2001, mais de 50% foram devidas às condições sensíveis à atenção ambulatorial tanto em hospitais de até 30 leitos e entre 31 e 50 leitos (SOLLA, 2005; BRASIL, 2004; ALFRADIQUE, MENDES apud BRASIL, 2006).

Com a edição da Portaria nº. 1044 de 01/06/2004 pelo Ministério da Saúde, que tratou da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) (BRASIL, 2004), ficou estabelecido um posicionamento político público acerca destes serviços. Direcionada aos hospitais que possuem entre 05 e 30 leitos e localizados nos municípios de até 30 mil habitantes e cobertura igual ou superior a 70% da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seu pressuposto foi baseado na necessidade de reorganizar a atenção ofertada por tais serviços e articulá-los à rede básica. A medida estimula a adesão voluntária a um processo de contratualização com definição de metas qualitativas e quantitativas, mas deve ser intermediado pela Secretaria Estadual de Saúde. Adicionado do pagamento relativo à produção ambulatorial dos hospitais, estabelece um novo modo de repasse de recursos por orçamento global para financiamento de suas internações, abandonando o modelo de pagamento por procedimento do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) (UGÁ; LÓPEZ, 2007). No caso do Espírito Santo, até o momento da pesquisa, não havia ocorrido a adesão à PNHPP.

O trabalho ora apresentado traz nos dois primeiros capítulos os aspectos introdutórios para o estudo ao anunciar seu problema, propósitos da pesquisa, contextualização do tema e seu objeto e referencial teórico. Após o terceiro capítulo, que esclarece sobre os aspectos metodológicos adotados para desempenho do

trabalho, são apresentados no capítulo quatro os resultados da pesquisa e sua discussão. Por fim, estão registradas no último tópico dessa dissertação algumas reflexões a título de conclusão sem, entretanto, pretender que tais posicionamentos esgotem o assunto ou se coloquem como absolutos, uma vez que as investigações devem se pautar pelos critérios da historicidade e da colaboração e, portanto, reconhecer com humildade que o conhecimento é aproximado e construído (MINAYO, 2004).

1.2 Um problema da vida prática

Minayo (2004, p. 17) afirma que “[...] nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática.” Mesmo sendo um pressuposto inquestionável a relação que se deve estabelecer entre a produção do conhecimento e a realidade, ainda assim esta leitura estabelece uma espécie de consentimento para que se possa trazer como problema de pesquisa uma inquietação originada numa trajetória profissional vivida em Fundão, no Estado do Espírito Santo (ES), entre 1997 e 2004.

A cidade, situada a 57 quilômetros de Vitória, contava naquele ano com pouco menos de 12 mil habitantes, distribuídos nos distritos. Em cada localidade havia uma unidade básica de saúde, três ao todo, e na sede localizava-se também um hospital filantrópico que se constituía no principal serviço de saúde do município. Assim, as constatações iniciais foram de que a atenção à saúde era demasiadamente centralizada na prestação de serviços hospitalares e a rede básica tinha uma importância secundária. Por outro lado, mesmo se constituindo como referência, a população manifestava descontentamento freqüente com a qualidade e resolutividade de seus serviços.

O financiamento do hospital se dava por recursos oriundos de pagamento por serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e também pelo repasse de recursos próprios da Prefeitura Municipal. Entretanto, havia por parte da prefeitura certa insatisfação, pois dado a receita do município, este aporte repassado tinha

grande impacto em seu orçamento, além de não representar garantia de satisfação de usuários, profissionais e lideranças. Por outro lado, os gerentes e os técnicos ligados ao serviço se queixavam da insuficiência de recursos disponíveis para cobrir as despesas.

Em 1998, o hospital teve o momento máximo de sua crise e suas atividades foram paralisadas. A decisão foi tomada sob forte pressão em função do endividamento da mantenedora, que não tinha como suportar sua crise financeira e gerencial. O pronto-socorro foi mantido em funcionamento e, em 1999, a unidade foi reativada. Também naquele mesmo ano de 1998, deu-se início ao processo de implantação do Programa Saúde da Família que seguiu de forma contínua e crescente nos anos seguintes. Após as eleições de 2000, a Fundação Hospitalar encerrou suas atividades, repassando o hospital para o município. No ano seguinte sua natureza foi alterada para público municipal e o cadastro no Departamento de Informática do SUS (DATASUS) modificado para Unidade Mista de Saúde, ou seja, estabelecimento de saúde capaz de realizar ações ambulatoriais, além de internações de baixa complexidade. Para garantir a assistência hospitalar de melhor resolutividade aos moradores da cidade, deu-se também a transferência de parte das autorizações de internações hospitalares (AIH) para municípios com hospitais de melhor porte.

A experiência citada deixou claro para todos - população, gestores e profissionais - os sinais da crise vivida pelo hospital: a queda no fluxo das internações, a baixa capacidade resolutiva do estabelecimento e o definhamento que a instituição vinha sofrendo através dos anos. Para muitos esta situação era incompreendida, pois as causas que geraram a crise e seus desdobramentos eram complexas e de difícil esclarecimento à primeira vista. Além da tristeza, somava-se a este sentimento de perplexidade, certo saudosismo do tempo em que o hospital tinha maior movimento e seus leitos estavam sempre ocupados. No Conselho Municipal de Saúde o tema gerou debates que buscavam compreender as causas deste processo, que fatos teriam contribuído para os tais “leitos vazios” e quais estratégias poderiam ser adotadas para inibir aquela situação.

Não tardou para que fosse possível verificar que este processo de crise de um hospital de pequeno porte não era fato isolado, ocorrendo exclusivamente em

Fundão, nem tampouco seria algo momentâneo e repentino. Em virtude da participação junto ao Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), em espaços de articulação regional e encontros de natureza técnica, pode-se notar que eram muito freqüentes as queixas e preocupações com a sustentação destas unidades e a qualidade de seus serviços prestados. Contudo, isto que se percebia poderia significar de fato que os hospitais de pequeno porte estariam submetidos a um processo de decadência? Será que eles tenderiam ao declínio e não mais integrariam o sistema de saúde? Para buscar estas respostas, seria preciso avançar por outros caminhos fazendo com que um “problema da vida prática” se tornasse também “intelectualmente um problema”. Assim, no sentido do que apresenta Minayo (2004), as questões postas para investigação estão vinculadas a interesses e circunstâncias condicionadas socialmente, sendo originárias da inserção no real onde encontra seus objetivos e motivações.

1.3 Estão os hospitais de pequeno porte em declínio? O problema e sua contextualização

Os hospitais são instituições relevantes para o sentimento de conforto e bem-estar das pessoas diante de eventos imprevisíveis que colocam em risco a sua saúde e de sua família. Ao lidarem com a dor, a morte e o sofrimento, alimentam a esperança de que pela intervenção realizada no âmbito hospitalar, a saúde poderá ser restabelecida, dando prosseguimento à vida (MALIK; NOVAES, 2007). Por outro lado, também são bastante significativas as atuais preocupações com a sustentabilidade financeira pressionada pelos elevados custos de tecnologia médica (PORTELA, 2007).

A trajetória das políticas de saúde no Brasil demonstra como o modelo assistencial guiou sua estratégia de organização com foco na prestação de serviços médicos e hospitalares de natureza privada, ancorado no financiamento estatal e na participação do capital nacional na venda dos serviços e do capital estrangeiro no fornecimento de equipamentos e medicamentos (MENDES, 1994; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005;). Quando vinculada ao sistema previdenciário, a

assistência à saúde se direcionou primeiramente aos trabalhadores urbanos, garantindo a reprodução desta força de trabalho tão necessária ao processo de industrialização, ao mesmo tempo em que se expressou como questão social, dada as condições de trabalho e de sobrevivência das classes operárias (BRAVO, 2006).

Este modelo de organização da assistência resultou numa rede de serviços médicos e hospitalares que seriam incorporados pelo Sistema Único de Saúde implantado no final da década de 80. Esta herança está de certa forma registrada no estudo de Oliveira et al. (2004) sobre as internações pagas pelo sistema público no ano de 2000 em todo o Brasil. Com objetivo de investigar as redes de atenção hospitalar, a pesquisa identificou que 91% da população residia em locais com hospitais ligados ao sistema e cerca de 75% de todas as internações realizadas ocorreram no município de origem do paciente. Quanto à rede hospitalar básica, verificou-se que a mesma estava praticamente disponível em todo o território nacional, havendo poucos municípios desconectados.

Ao ter o SUS como um de seus princípios organizativos a descentralização, a estratégia de municipalização das ações e serviços de saúde foi gradualmente conduzido e a responsabilidade destas esferas diante da organização da política de saúde variou desde uma concepção dos municípios como simples prestadores de serviços até àquela dos dias atuais de município gestor. Como prestador acentuou-se a necessidade de produtividade crescente das internações hospitalares e atendimento ambulatorial, uma vez que o repasse de recursos estava ligado à apresentação de fatura pelo município. No papel de gestor, foi-se construindo a idéia de que cada município deveria reunir condições para prover integralmente todas as necessidades de saúde de sua população (LEVCOVITZ et al, 2001). De qualquer forma, no centro das responsabilidades de prestação de serviços ou de gestão do sistema, sempre estiveram problemas e incertezas quanto à capacidade gestora dos municípios e o financiamento suficiente do setor.

Segundo Arretche e Marques (2002), em estudo sobre as redes hospitalares no Brasil, é possível encontrar uma capacidade de gestão da rede hospitalar um pouco mais avançada somente nas cidades de maior porte (acima de 100 mil habitantes) e naquelas que se constituem pólos para agrupamento de municípios. Em outro estudo, exclusivamente sobre os hospitais filantrópicos no Brasil, foi apresentada a

seguinte indagação referente aos hospitais pequenos, de porte financeiro micro a médio: “[...] mantidas as atuais condições, seriam estes hospitais sustentáveis no médio prazo? [...]” (LIMA et al., 2004, p. 1259).

Desta maneira, a assistência hospitalar se transformou em um ponto crítico para muitos municípios e seus pequenos hospitais. As afirmações dos autores citados anteriormente fortalecem o problema desta pesquisa, ou seja, estariam os hospitais de pequeno porte em processo de declínio? A inquietação da pesquisa se justifica também, pois considera como hipótese que o volume das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde a estes hospitais localizados no interior do Estado tem apresentado processo de queda.

1.3.1 Tema, objeto e objetivos: delimitações do estudo

Considerando as preocupações levantadas, esta pesquisa se propôs a realizar estudo a partir do **tema** sobre a inserção dos hospitais nos sistemas de saúde, tendo como **objeto** de análise dos hospitais de pequeno porte¹, com até 50 leitos, de natureza pública ou privada, integrantes da rede SUS e localizados em municípios do Espírito Santo com até 30 mil habitantes². Seus **objetivos** foram:

1. Realizar estudo da tendência das internações hospitalares nos municípios com hospitais de pequeno porte no período entre 1992 e 2005.
2. Traçar um perfil dos hospitais de pequeno porte considerando características estruturais e assistenciais
3. Caracterizar as causas de internações hospitalares realizadas nos municípios com hospitais de pequeno porte em 2005.

¹ Independente do recorte da Portaria MS nº. 1044 com relação aos números de leitos hospitalares para seleção dos hospitais de pequeno porte, esta pesquisa adotará a definição constante do Glossário do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), ou seja, são hospitais de pequeno porte aqueles com até 50 leitos. Esta orientação foi indicada pelo setor de regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em mensagem eletrônica enviada pela Gerência de Tecnologia da Organização em Serviços de Saúde no dia 11 de julho de 2006.

² Parâmetro populacional adotado pela Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (Portaria MS nº. 1044, de 01/06/2004).

Este trabalho se coloca na perspectiva de que é necessária a formação de redes de atenção à saúde tendo como eixo norteador o princípio da integralidade. Posto desta forma, espera-se que este estudo apresente potencial para fomentar e contribuir com a discussão de estratégias de readequação destas unidades hospitalares, ou seja, ajude a refletir sobre a contribuição dos pequenos hospitais na rede de assistência à saúde.

CAPÍTULO 2

***É graça divina começar bem.
Graça maior persistir na caminhada certa.
Mas graça das graças é não desistir nunca.***

Dom Hélder Câmara

CAPÍTULO 2

O HOSPITAL NO SISTEMA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Origem, natureza e inserção dos hospitais

Os hospitais são estruturas cujos primeiros indícios de sua origem remontam a Roma Antiga e a Grécia, quando vários templos serviam de abrigo para pobres, doentes e idosos (RIBEIRO, 1993). Antes do século XVIII, os hospitais se comportavam como uma instituição de caridade, de caráter religioso, destinada a fornecer cuidados aos doentes em estado de penúria, além de amparo espiritual e assistência material como no caso de alimentos. Configuravam-se em instituições de exclusão e separação, confinando aqueles que, em virtude do estado de abandono e indigência, não se adequavam aos padrões sociais e culturais.

Somente por volta de 1780, o hospital passou a se constituir como um lugar de cuidados terapêuticos. Neste instante lhe é atribuída a finalidade de intervenção sobre o doente e a doença, buscando a cura do enfermo (FOUCAULT, 2004). Seguindo nesta direção, estabeleceu-se em tempos depois outra função para o ambiente hospitalar: o ensino da prática de medicina que, para a grande maioria, foi apreendida “[...] pouco a pouco, graças a uma experiência transmitida apressadamente [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 71). Toma-se, portanto, a observação da doença no hospital para transformá-lo em escola e esta mudança na estrutura hospitalar propiciaria que o saber médico fosse dado pelo diálogo imediato entre o ensino e o campo concreto da experiência. Neste processo, tanto para quem ensina, quanto para quem aprende “[...] só existe uma linguagem: o hospital, onde a série de doentes examinados é, em si mesma, a escola [...]” (FOUCAULT, 2004, p. 74).

Assim, a clínica seria um novo elemento para a formação médica, cujo discurso passaria, então a:

[...] se ordenar em função de um olhar que não se contenta mais em constatar, mas que descobre. Nesse recurso apressado à clínica, uma outra clínica nascia: aquela que, dentro em pouco, seria a clínica do século XIX. (FOUCAULT, 2004, p. 74)

A clínica livrará o ensino da medicina do caráter esotérico por atribuir-lhe coerência científica, a verdade dada pela observação das doenças, seus sinais, sintomas e causas. A possibilidade de se encontrar a cura se dá pela intervenção de alguém pelo seu saber, recursos e piedade sobre um corpo adoecido, esquecido e abandonado pela pobreza amparada convenientemente pelos ricos que encontram a possibilidade de ajudá-la, pagando para que se conheça mais das doenças que também os poderiam afetar. No hospital, os pobres despertam interesse objetivo pela possibilidade do conhecimento científico, que custeado pelos ricos apóiam esta iniciativa devido ao interesse vital de capitalização (FOUCAULT, 2004).

Eis, portanto, os termos do contrato que realizam riqueza e pobreza na organização da experiência clínica. O hospital aí encontra, em regime de liberdade econômica, a possibilidade de interessar o rico [...] O hospital torna-se rentável para a iniciativa privada a partir do momento em que o sofrimento é transformado em espetáculo [...] (FOUCAULT, 2004, p. 93).

Os hospitais vieram para a administração pública a partir do mercantilismo, um período de mudanças econômicas e sociais quando surgem as cidades como espaços importantes na resolução de problemas econômicos, políticos e sociais. A aproximação entre Estado e hospital foi marcada por interesses que iam desde a necessidade do Estado em dominar o clero presente nas instituições civis, ao cuidado com seu pessoal militar e também o controle de doenças epidêmicas e endêmicas. Portanto, além de pretender afirmar e manter seu poder, o Estado se propunha a “tratar” as cidades, deixando-as em ordem e livre de moléstias, ou seja, próprias para os comerciantes, seus negócios e suas vidas, adequando os espaços para a produção e circulação de bens. O hospital ainda seria um lugar de pobres indigentes e doentes que necessitassem de tratamento médico e os ricos

passariam a utilizá-lo após a queda da mortalidade por infecções intra-hospitalares e com o surgimento de instalações diferenciadas (RIBEIRO, 1993).

Da Inglaterra do século XIX surgiria uma medicina a se ocupar do controle da saúde e corpo das classes mais pobres para torná-las melhores ao desempenho dos seus afazeres. Assim, a medicina da força de trabalho se tornaria um outro momento da medicina social, além da medicina de Estado e da medicina urbana. Novos compromissos seriam estabelecidos ao ato de curar e os trabalhadores seriam objeto de medicalização (FOUCAULT, 2004).

Neste contexto, caberia ao hospital fazer com que o homem, ao adoecer, retornasse o mais rapidamente à circulação como mercadoria num processo onde seriam consumidos produtos que fariam girar capital: medicamentos, equipamentos, material médico. O hospital articulava, portanto, outros interesses formados na produção industrial da saúde. Acrescida à tarefa de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo abarcou a tarefa de reproduzir de outra maneira o capital:

Ele também é uma empresa, realiza uma atividade econômica, em que o capital se multiplica direta e indiretamente. A incorporação e o uso de tecnologias implicam investimentos e custos elevados, cujo retorno ampliado é obrigatório no hospital lucrativo. Se não o é, como no hospital estatal, nem por isso deixa de reproduzir o capital, posto que, além de sua missão de recuperar a força de trabalho adoecida, é lugar de venda e consumo de mercadorias, especialmente de um tipo especial de mercadoria: as tecnologias médicas. (RIBEIRO, 1993, p. 29).

Poucas instituições sociais possuem tanto reconhecimento público como o hospital: “[...] A percepção de sua imprescindibilidade social é absoluta, a segurança de sua eficácia quase materializável, [...], a autoridade incontestável e a onipotência, uma de suas características.” (RIBEIRO, 1993, p. 27). O hospital, portanto, tem posição privilegiada no conhecimento sobre a doença e a arte de curar, uma vez que se espera encontrar o saber e as condições de operar este saber, sejam os profissionais, os medicamentos e inúmeros equipamentos. Portanto, o que motivaria uma pessoa adoecida a buscar por outro serviço? Para que investir em outro modo de cuidar se acaso este não é o mais seguro para o doente? Também para o investidor, o hospital não é um serviço suficientemente rentável? Não é, ainda, um

ambiente apropriado para se conhecer sobre a doença? Estas questões levam ao encontro de justificativas para a incontestável autoridade do hospital no sistema de saúde.

Entretanto, segundo Carapinheiro (2005), para além do interesse sobre o lugar do hospital, é de relevância a especificidade dos poderes com origem e sede hospitalar dentro do sistema global. Para a autora, estes poderes internos ao hospital têm nos médicos seu pilar principal conferido pela posição estratégica em função do saber e competências para tratar e curar e estão distanciados dos múltiplos cuidados presentes no sistema de saúde.

“[...] a tendência hegemônica do sistema de concepções de saúde, da doença e da terapia dos profissionais do hospital, especialmente dos médicos, também tentará estender o seu campo de influência às concepções que sublinham os modos de produção de cuidados médicos não hospitalares [...]” (CARAPINHEIRO, 2005, p. 21).

“Assim, considerado o modelo cultural dominante na organização dos serviços de saúde e concebida a ideologia liberal médica como o seu suporte, identifica-se no corpo médico em geral a <reação à filosofia dos cuidados primários>, a consagração do <imperativo tecnológico> nos sistemas de tratamento, que no limite, conduz à utilização de todos os meios tecnológicos disponíveis, sem a tomada de consideração dos <custos de oportunidade>... (CARAPINHEIRO, 2005, p. 22).

Assim, esta forma de cuidado gerado no contexto hospitalar imprime ao sistema a característica de se tornar exemplar para outros modos de produzir cuidados à saúde, de forma que a expectativa e confiança em torno do padrão médico-hospitalar fortalecem a disseminação de uma cultura que se suporta no saber médico e se faz presente por seus valores na forma de organizar os serviços de saúde.

2.2 A integralidade do cuidado como eixo para discussão do papel dos hospitais

Como se mencionou anteriormente, o hospital continua sendo um dispositivo visto com especial autoridade para tratar, curar, salvar vidas e determinar padrões na forma de cuidado para além de seu espaço. Neste mesmo sentido, o lugar ocupado pelos hospitais no sistema de saúde é determinado também “[...] por uma cultura de auto-suficiência por ser, junto com o médico, a instituição com mais poder que desempenhava um papel modulador e hegemônico do sistema [...]” (OPAS, 2004, p. 72). Torna-se, portanto, uma difícil questão, “[...] encontrar uma forma de integrar os serviços hospitalares no seio do sistema de saúde [...]” (OPAS, 2004, p. 75).

Para Mattos (2006), dois dos conjuntos de sentidos da integralidade se referem à atributos da organização dos serviços e à respostas governamentais aos problemas de saúde. Portanto, visto a integralidade da atenção sob estas duas formas, os hospitais são dispositivos necessários e sua maneira de se inserir no sistema determina sua contribuição à garantia da integralidade, devendo o centrismo e a prática segmentada do hospital ceder espaço para a prática cooperativa em rede (OPAS, 2004).

A compreensão de que o hospital ainda se prevalece de um lugar estratégico no modelo de atenção deve servir como ponto de partida para rever sua posição no sistema (CECÍLIO, 1997). Porém, é preciso reconhecer que a idéia de sistema remete a uma condição ideal e harmônica de funcionamento dos seus componentes e dos fluxos estabelecidos entre eles e os usuários. Na realidade, não é isto que se presencia e a imagem do tecido de uma rede, cujos pontos são definidos e interdependentes, porém flexíveis, é o que mais se aplica como desenho de organização para o Sistema Único de Saúde, conforme afirma Cecílio ao dizer que:

[...] Mais do que um “sistema”, deveríamos pensar numa rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessadas de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. (CECÍLIO, 2003. p.199)

[...] Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede [...](CECÍLIO, 2003. p.199)

Neste tecido a hierarquia é conferida pela necessidade do usuário no momento singular de sua vida, pois acessar o ápice na rede de serviços significa possibilidades diversas para diferentes situações seja para uma pessoa em crise asmática, para outra com indicação de tratamento quimioterápico ou, ainda, aquela dependente de orientações para o controle da hipertensão. Onde o usuário encontra resposta para sua necessidade torna-se então o ponto privilegiado da rede. Vê-se, portanto, que não há serviços no topo de uma pirâmide e que o cuidado integral em saúde é alcançado por um caminho que se faz transversalmente e em rede, sendo o hospital um ponto de atenção. Para Cecílio (2003):

[...] O hospital pode ser visto como um componente fundamental da integralidade do cuidado pensada de forma ampliada, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita [...] (CECÍLIO, 2003. p.200)

Subjacente a esta discussão tem-se a questão da necessidade em saúde que, descrita por Cecílio (2006, p.116) numa perspectiva de reconceitualização da terminologia, lhe atribui dentre outros sentidos, o da “[...] necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]”. Hierarquizar a importância das tecnologias³, sendo elas dependentes de equipamentos – tecnologias duras, ou mais relacionais – tecnologias leves, torna-se um desafio afeto também às pessoas pelas suas necessidades reais e não somente sob responsabilidades das normas técnicas.

Sob efeito deste conjunto de conceitos a influenciar expectativas para o desempenho dos hospitais e seu posicionamento no modelo assistencial, parece oportuno e promissor a afirmação de que:

³ O autor trabalha neste momento com o entendimento de tecnologias envolvidas no trabalho em saúde conforme classificação apresentada por Merhy et. al. (1997, p. 121), ou seja, “[...] leve (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo,autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), Ive-dura (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo detrabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e dura (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) [...]”

[...] Cada dia será mais difícil e arbitrário separar o sistema sanitário por níveis, e o melhor indicador de que o hospital mudou sua posição no seio do sistema de saúde será a quantidade e a qualidade dos seus vínculos com a rede, à medida que se têm desdobrado seus limites (OPAS, 2004, p. 78).

De qualquer forma, apesar de ainda ser uma posição prospectiva, aos hospitais já está sendo dado o desafio de exercerem uma prática cooperativa, admitindo que não sejam mais o centro das redes e que tal lugar deverá ser assumido por diversos pontos - portas de entradas - tratados como ordenadores e desenhistas do conjunto. (OPAS, 2004). O que torna esta imagem prospectiva um desafio é algo que pode ser dimensionado também pela trajetória da organização das políticas de saúde.

2.3 Notas sobre a organização da assistência à saúde no Brasil e a inserção do hospital

Inúmeros estudos registram em comum determinadas características relativas ao processo histórico de desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil e, neste momento, será preciso recuperar algumas delas com objetivo de contextualizar a evolução do modelo de assistência à saúde e o hospital neste processo.

2.3.1 A privatização da assistência médico-hospitalar e a formação do ideário médico na trajetória das políticas de saúde no Brasil

Aciole (2006), em seu estudo sobre a relação entre o público e privado na saúde, relata a incipiência do Estado na execução e prestação de serviços assistenciais. No início do século XX, observa-se que prevalecia a visão higienista das ações públicas pautando-se pela realização de campanhas e medidas de educação sanitárias, com intuito principal de liberar espaços para exportação do café e livrar as cidades de doenças que pudessem colocar em risco o processo de industrialização. Ao Estado não cabia propiciar assistência individual para enfermos e ela se dava por uma

relação privada entre o paciente e o médico ou por instituições de filantropia que se ocupavam da população pobre e indigente.

Esta reflexão se contextualiza a partir de um cenário situado na década de 20, quando a urbanização promoveu modificações na qualidade de vida da população, o processo de industrialização demandou a formação de uma mão-de-obra diferenciada e ocorreu o incremento da população por grupos migrantes vindos de diversos países. A modificação do perfil demográfico e econômico trouxe impactos sociais e o quadro de saúde foi marcado por doenças como a malária, esquistossomose, febre amarela, ancilostomíase, doença de chagas, além do agravamento da situação causado pela fome e pelo analfabetismo. Tudo isto impactando populações do campo e das cidades e exigindo um comportamento vigoroso do Estado que resultasse tanto em medidas de controle deste quadro, como também na garantia de uma condição social compatível com a modernização e a vida urbana espelhadas na sociedade europeia (ACIOLE, 2006).

Entretanto, conforme trata o autor, diante deste cenário encontrava-se um Estado incapaz de promover ações de controle e assistência, além do que também a prática médica era de acesso muito restrito. Havia, então, uma longa distância entre os problemas e a possibilidade de resolvê-los. A dimensão da questão da saúde demandava uma abordagem coletiva, mas a incipiência do Estado deixou espaço para que essa resposta fosse pautada pela interferência de grupos representantes das elites políticas e econômicas e dos profissionais de medicina. Estes buscariam a reserva do mercado como “[...] um território livre e a salvo de qualquer interferência externa, em que a medicina se afirmará com sua cientificidade e ética próprias.” (ACIOLE, 2006, p. 135).

Segundo Amélia Cohn (2005), a assistência à saúde por intermédio da medicina previdenciária atendeu às demandas do processo de industrialização, na garantia da reprodução da força de trabalho e ao mesmo tempo em que fomentava o capital vinculado à indústria da saúde. Entretanto, não deixou de responder a um processo de luta dos trabalhadores por melhorias nas condições de vida e trabalho. Seu início ocorreu a partir da década de 20 com as Caixas de Aposentadoria de Pensões (CAPs), tendo sido ampliada em sua cobertura com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) na década seguinte.

Este modelo de assistência médica previdenciária cresceria progressivamente, sobretudo a partir de 60, desvinculando-se das ações de saúde pública que ficavam sob responsabilidade de outra pasta ministerial. A assistência previdenciária à saúde, baseada em atendimentos médicos, internações hospitalares, apoio diagnóstico e procedimentos odontológicos, era oferecida por meio de empresas privadas, destinando-se inicialmente aos trabalhadores urbanos. Estas características instalaram nas políticas do setor as dicotomias entre saúde pública e assistência médica e entre público e privado (COHN et al., 2006)

Sobre este tema, a evolução da assistência médica vinculada ao sistema previdenciário, Braga e Paula (2006) chamam a atenção do leitor para que considere certas questões, dentre elas, a magnitude deste sistema enquanto modelo de atenção à saúde, o crescimento dos trabalhadores assalariados urbanos e rurais pressionando pela ampliação da assistência médica previdenciária e o

[...] progresso tecnológico ocorrido após a guerra na área da atenção médica, elevando sua eficiência – e custos - e transformando o hospital no centro do sistema. A medicina previdenciária será assim, essencialmente, hospitalar e curativa. (BRAGA; PAULA, 2006. p.67)

Estes mesmos autores demonstram que, das despesas totais da Previdência Social com assistência médica entre 1960 e 1967, a assistência hospitalar variou de 22 para 58% e seu gasto foi elevado em 9 vezes. Para a assistência ambulatorial os gastos aumentaram em duas vezes no mesmo período. Isto só foi possível pela integração entre o Estado, as empresas de serviços médicos, como clínicas e hospitais, e as indústrias farmacêuticas, de equipamentos e de insumos médicos. Estava colocado um setor de importância econômica assentado no modelo cujo padrão, típico de sociedades industriais, era o sistema hospitalar. Este, por sua vez, concentrava e demandava recursos tecnológicos e especialização da mão de obra (BRAGA; PAULA, 2006).

Luz (1986), em seu estudo acerca da hegemonia das instituições médicas no Brasil, aborda os discursos presentes em organismos públicos e privados vinculados à saúde e avalia que o período entre 60 e 64 foi um momento de crise do Estado. As instituições de saúde se constituíram num dos “pontos nevrálgicos” por não

apresentarem em seu discurso respostas às condições de vida e não refletirem as expectativas da classe trabalhadora. As reivindicações populares, que eram por melhorias tanto do atendimento prestado pelos IAPs, como das condições de funcionamento dos hospitais, foram capitalizadas na segunda metade da década, mas em benefício dos interesses dominantes. Assim, a primeira demanda foi interpretada como unificação da previdência, enquanto que a segunda foi equacionada ao nível institucional pela proposta de universalização da assistência médica hospitalar. Pela unificação seriam beneficiados imediatamente a corporação médica, a tecnologia da saúde e ao recente empresariado clínico-hospitalar.

A unificação dos institutos se deu com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, e significou a consolidação da prestação de serviços por intermédio de empresas privadas. Não representou a materialização de uma política de investimento na rede própria da previdência e a estratégia adotada resultou em maior vigor ao capital privado. À época da unificação da previdência, os hospitais oficiais eram em número de 22 estabelecimentos e, em 1967, dos 2800 hospitais existentes no país, 2300 eram contratados pelo INPS (BRAGA; PAULA, 2006).

Também como medida de expansão da atenção médica e resultado de pressões populares, foi criado o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (1963) com recursos recolhidos pelo produtor rural ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários (IAPI). Como a arrecadação não se comportou de acordo com o esperado, a lei não se consolidou e a população rural contribuinte só foi beneficiada de fato pela assistência médica a partir de 1971 com a instituição do Pró-Rural e definição do FUNRURAL como gestor do programa (LUZ, 1986; 2007).

A dominância da lógica privatista na saúde já vinha ganhando maior ênfase desde 1964, quando o governo federal preocupou-se com medidas de modernização da rede hospitalar, como a aquisição de materiais e equipamentos através de créditos estrangeiros e o incentivo à indústria farmacêutica internacional. Este momento é marcado pelo início dos anos de ditadura militar que, no campo da saúde, representou o sucateamento do setor público associado às ações sanitárias e aprofundamento da dicotomia saúde pública e assistência médica (LUZ, 1986; MERHY, 1997).

O discurso médico assistencial privatista encontraria terreno adequado para se impor desde o final dos anos 60, inclusive subordinando outros discursos presentes no interior das instituições médicas. Para Luz (1986, p.118), este discurso encontrou no INPS seu aparelho central de exercício de macro poder e o hospital como “[...] espaço privilegiado de reprodução do saber médico [...]”, o que direcionaria tanto a futura prática profissional, quanto o desenho do modelo assistencial. Também no campo da formação, ocorre o aumento do número de escolas médicas, da demanda por vagas nas faculdades, além de crescer a necessidade de mais recursos para o ensino da prática hospitalar. A prática de uma medicina liberal foi reduzida pela absorção dos profissionais pela estrutura hospitalar previdenciária, onde encontrou ambiente fértil para se desenvolver enquanto prática privatizada sob o incentivo do Estado. Atendendo a esta demanda, foi necessário proceder a mudanças no modelo de ensino e, a partir dos conteúdos programáticos dos cursos, tentou-se privilegiar o ensino considerando um quadro nosológico próximo da realidade brasileira, o que fomentaria o processo de medicalização da sociedade (ACIOLE, 2006; LUZ, 1986).

Há uma grande massa nos centros urbanos a ser coberta pela assistência médica. Há potencialmente toda a população a ser medicalizada [...]. A medicalização da vida social – vista como impregnação da sociedade pelas instituições médicas – torna-se projeto político prioritário do bloco do poder [...] (LUZ, 1986, p. 119).

A medicalização social se tornaria um projeto abrangente e fora do controle do Ministério da Saúde, uma vez que as verbas que deveriam ser alocadas nesta pasta foram direcionadas para outros setores considerados estratégicos pelo governo e também pela transferência das atividades deste ministério para outros órgãos. A prática médica seguiria orientada pela lei da divisão e especialização do trabalho, de forma a se tornar sofisticada e cara, distanciando o médico de seu paciente ao segmentar o corpo para tratá-lo. Os interesses desta medicina voltada para o lucro serão representados pela Associação Médica Brasileira e Federação Brasileira de Hospitais (LUZ, 1986; 2007).

A assistência médica previdenciária de característica hospitalar e a formação profissional orientada para a especialização e tecnificação contribuíram para determinar a figura do médico e sua prática. Influenciaram também o mercado da

saúde, modelando quem poderia oferecer serviços e para qual clientela estes serviços seriam oferecidos. A partir da Segunda Guerra, também as grandes indústrias químico-farmacêutica e de equipamentos hospitalares e laboratoriais passariam a influenciar tanto na prática quanto na produção e reprodução do saber médico (LUZ, 1986; BULCÃO; EL-KAREH; SAYD, 2007).

A respeito da prática médica os autores enfatizam que esta sofreu inspiração do modelo de atenção dominante nos países capitalistas industrializados, sobretudo os EUA, apoiada em exames laboratoriais e avaliações especializadas e, paralelamente, na assistência hospitalar, sofisticada e encarecedora do ato médico. De maneira que a consecução do modelo centrado na lógica hospitalar privatista, inspirada em padrões de alto custo, tem sucesso na medida em que aglutina a corporação médica, responde aos seus interesses e também aos da indústria (PAIM, 2002). Esta lógica encontra suporte na assistência previdenciária preocupada em manter o corpo do trabalhador apto para o trabalho e também na formação médica orientada para a especialização e tecnificação do cuidado dispensado a este corpo, cuja discussão assume importância em função da

[...] crença no poder ilimitado que a Medicina adquire em sua trajetória histórica, em que se institui como campo normativo e interventor sobre este [o corpo]. Processo em que vai produzir a fetichização de sua eficácia como doadora de saúde e assegurar continuamente sua reprodutibilidade como prática, afinando-se em estreita vinculação aos interesses vitais do modo de produção capitalista [...] (ACIOLE, 2006, p. 331).

A formação do ideário médico, entretanto, já vinha delineando seus princípios em períodos anteriores. Apesar de distinções entre correntes do agrupamento médico, conseguiu-se estabelecer a partir do Congresso Nacional dos Práticos em 1922, um conjunto de interesses da profissão, entre os quais “[...] a hegemonia de condutas desejáveis, domínio do conhecimento científico, obtenção e manutenção do monopólio do mercado de trabalho e a formalização de normas e conduta [...]” (ACIOLE, 2006, p. 129). Três perfis profissionais foram firmados no congresso, os higienistas, os generalistas e os especialistas, sendo que, à exceção dos primeiros, os demais foram contrários à presença do Estado na saúde e no mercado de trabalho, pois “[...] para estes, o incremento do papel intervencionista no Estado, traz em si, simultaneamente, o poder de ampliar e reduzir a oferta de trabalho para o

médico [...]” (ACIOLE, 2006, p. 131). Porém, no decorrer da trajetória da profissão médica parece ter sido possível conviver com a presença do Estado, de forma que

[...] Nesse processo de legitimação expande cada vez mais seu território de práticas, amplia os objetos sob sua intervenção [...] e busca estender seus serviços a contingentes crescentes de população, tornando-se pública, em suas funções e privada, em sua natureza. De um lado, dependente da vinculação ao Estado; de outro, dependente da relação liberal de captação de clientela no mercado. (ACIOLE, 2006, p. 331-2)

Entretanto, a evolução do modelo de assistência à saúde, implantado pelo Estado através da previdência, tratou de beneficiar aos médicos e também aos burgueses ao assegurar-lhes uma identidade mercadológica através do hospital que centralizava os cuidados assistenciais, cujo produto principal seria a internação. Assim os hospitais se apresentavam aos médicos

[...] como o lugar por excelência para o exercício da medicina, transformada tecnologicamente em perícia procedimental para eficácia interventora, e como espaço de legitimação dessa prática sobre os clientes preferenciais destes [...] (ACIOLE, 2006, p. 178)

Aos burgueses, os hospitais também cumpriram excelente papel, ou seja,

[...] lugar de encontro e consumo tanto de tecnologia médica [...] como o espaço de continuidade de sua liberdade de escolha e de encontro com o agente operativo de tais tecnologias, anunciadas cotidianamente na rede de consultórios e clínicas. (ACIOLE, 2006, p. 178)

Em síntese, os arranjos que conduziram e fizeram do hospital o serviço de excelência na assistência à saúde, cuja centralidade perdura até os dias atuais, dizem respeito à capitalização do setor, ou seja, às estratégias de acumulação de riquezas. Qualquer processo diferente que pretenda rever sua posição, seu papel no sistema de saúde e sua contribuição na promoção à saúde, deve observar as forças que o alçaram para o lugar central do modelo de assistência e as formas contemporâneas que tomam estas forças de forma a identificar seus arranjos e interesses.

2.3.2 Institucionalização do padrão médico-hospitalar privatista na assistência à saúde

Dois mecanismos institucionais marcaram a assistência médica privatista entre os últimos anos de 60 até a segunda metade de 70: o Plano Nacional de Saúde (PNS) (1968) e o Plano de Pronta Ação (PPA) (1974). Estes planos foram importantes como instrumentos legais de privatização da atenção médica e por instituir os padrões curativo, hospitalar e especializado da assistência. Quanto ao primeiro, anunciado pelo Ministro da Saúde Leonel Miranda, propunha harmonizar este conceito ao crescimento econômico, às necessidades da indústria e do comércio de medicamentos, e também aos interesses da categoria médica no aspecto de uma prática de economia de mercado (LUZ, 1986; MERHY, 1997; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

O Plano só se viabilizaria mediante a adesão dos médicos que, por sua vez, estavam ameaçados de exercitar sua prática liberal pelos altos custos dos equipamentos necessários à montagem de seus negócios e também pela queda do poder aquisitivo da população dificultando que assumissem a compra destes serviços particulares. Para adesão dos profissionais médicos e a conseqüente efetividade do Plano, a assistência deveria ser privatizada, conforme estabelece em um de seus artigos que “[...] as atividades de assistência médica devem ser, primordialmente, privada, ‘sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público” (LUZ, 1986, p. 132).

Tratava-se o PNS de um plano de remuneração aos médicos liberais e às entidades e hospitais privados e não fazia referência às condições de saúde da população (MERCADANTE et al., 2002). Em sua proposta estava a

“[...] privatização integral do sistema nacional de proteção e recuperação da saúde, regime de livre escolha do médico e do hospital pelo cliente e participação compulsória direta e imediata do usuário no custeio dos serviços”. (MELLO apud ALMEIDA, 2006, p. 381)

O Plano foi abandonado ao final de 1969 e, mesmo não tendo sido implementado concretamente, suas idéias de privatização seriam levadas com competência a partir

da reforma da previdência social. Sua inviabilidade se deu por inúmeros motivos, como por exemplo, erros metodológicos, insustentabilidade econômica pelo Estado e resistência institucional por parte de representantes da saúde pública e pretender avançar prematuramente na legalização da privatização da atenção médica, beneficiando pequenos e grandes produtores de saúde (LUZ, 1986; MELLO apud ALMEIDA, 2006).

Apesar de não haver prosseguido, segundo Luz (1986), o Plano foi capaz de instituir uma forma jurídica de privatização através da adoção dos mecanismos de convênio e de pagamento de atos médicos por unidades de serviços. De acordo com Mendes (1994), as unidades de serviço, mecanismos de remuneração dos serviços contratados e conveniados tinham seu valor variável conforme a complexidade do ato médico o que propiciava o processo de capitalização das empresas médicas e da incorporação tecnológica.

Na década de 70, a assistência médica privatista se fortalece com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (1974) no governo militar do Presidente Geisel, retirando do Ministério do Trabalho estas atribuições. Diante de um quadro de tensões econômicas e sociais, a criação do ministério ao lado de outras iniciativas como a implantação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) seria uma medida da ditadura militar com objetivo de orientar e integrar as políticas na área social. A atuação do CDS deve ser vista com a finalidade de controlar órgãos fortes e de importante grau de autonomia como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BRAGA; PAULA, 2006).

A partir dele foi criado em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) sob gerência da Caixa Econômica Federal com objetivo de dar suporte financeiro aos projetos sociais. Sua operação teve início no ano seguinte e os financiamentos poderiam ser destinados a projetos de interesse dos setores público e privado nas áreas de educação, saúde e saneamento, trabalho, previdência e assistência social. Previa também apoio a programas de caráter social para atendimento de pessoas físicas, o que não foi efetivado. A divisão dos recursos para o financiamento de projetos era de 60% para o setor público e 30% para o setor privado, que poderiam ser gastos com despesas de qualquer natureza, além de 10% para pessoas físicas (BRAGA; PAULA, 2006).

Para avaliar o resultado do FAS o autor observa as propostas aprovadas até agosto de 1977 e conclui que no global foi atendida a distribuição percentual estipulada para o financiamento entre o público e privado. Entretanto, na análise da aplicação conforme as áreas sociais, isto não ocorreu. No caso da educação, 88% foram destinados para o setor público e na saúde se deu praticamente o inverso, com quase 80% sendo direcionado para iniciativa privada. A maioria dos projetos na área da saúde foi de assistência médico-hospitalar, com ênfase ao atendimento prestado pelos hospitais. Dentre as propostas apresentadas, cerca de 74% pretendiam a instalação de leitos hospitalares e, destas, 62% eram de hospitais privados lucrativos. A capacidade hospitalar criada na rede privada refere-se a serviços de médio porte (51 a 150 leitos) e de pequeno porte (até 50 leitos) na rede pública. Para o Espírito Santo, a posição dos projetos contratados pelo FAS até julho de 1978 era de 95 leitos, num total de 12.346 para toda a região Sudeste (BRAGA; PAULA, 2006).

Desta forma, o FAS resultou na expansão da rede hospitalar, privilegiando a privatização da assistência médica e completando uma cadeia de financiamento governamental no setor privado, que já contava com recursos das contribuições previdenciárias, mas que eram destinadas unicamente ao custeio dos serviços. Potencializando o objetivo de ampliar a assistência médica a toda população a partir dos hospitais privados, o FAS encontrou parceria junto ao Plano de Pronto Ação – (PPA) (BRAGA; PAULA, 2006; CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Lançado em 1974 em meio a uma série de denúncias de irregularidades nos hospitais privados contratados pela previdência, o PPA definiu a política de assistência médica do Ministério da Previdência e Assistência Social e retomou os princípios do Plano Nacional de Saúde de 1968 (MELLO, 1981; LUZ, 1986; MERHY, 1997). Seu efeito principal foi a aceleração dos contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado para ampliar a oferta aos contribuintes da previdência (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001). O PPA foi conhecido por ter universalizado o atendimento às urgências desvinculando-o da filantropia e da contribuição previdenciária e também por haver reorientado a relação entre prestadores e Previdência Social utilizando-se de diversas formas como os contratos, credenciamentos por serviços prestados e convênio por subsídio fixo (MENDES, 1994). Assim,

A ação combinada do PPA e do FAS representou, na verdade, um mecanismo de alavancagem do setor privado, aquele abrindo mercado cativo e este garantindo uma expansão física adicional, com recursos subsidiados, especialmente na área hospitalar.

O papel do FAS parece mais importante do ponto de vista qualitativo que quantitativo, isto é, os investimentos foram relativamente concentrados na expansão e no incremento de serviços de alta densidade tecnológica. (MENDES, 1994, 24).

Observando apenas o setor contratado da Previdência, tem-se que nos anos de 1971 a 1977, as internações cresceram 322%, as consultas médicas 638% e os serviços de apoio diagnóstico 434%. Como resultado do impacto destas medidas combinadas tem-se que o número de leitos privados no país variou de 74.543 para 384.255, no período entre 1969 e 1984, significando um aumento de 465% (MENDES, 1994).

Conforme previa o PPA, os hospitais próprios da Previdência Social seriam destinados a serviços de alta especialização, pesquisa e aperfeiçoamento, ou seja, os serviços mais dispendiosos seriam arcados pelo setor público. O plano contemplou ainda a livre escolha de clínicas, profissionais e hospitais por parte dos beneficiários, o que escondia o beneficiamento da remuneração pela “quantidade” de atos médicos. Tal fato propiciava fraudes, como as internações desnecessárias e as cirurgias desdobradas para caracterizar um número maior de procedimentos (MELLO, 1981). Assim, a década de 70 representou o período de maior expansão da assistência médica em número de leitos disponíveis, cobertura e volume de recursos arrecadados, mas a forma de pagamento às empresas privadas feito por “Unidades de Serviço” propiciava a corrupção. Acompanhou este período o aumento das faculdades de medicina voltadas à formação de profissionais especialistas

A construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados com dinheiro público, mais especificamente com recursos da Previdência Social, associada ao enfoque na medicina curativa, foi concomitante à grande expansão das faculdades particulares de medicina por todo o país. Os cursos de medicina desconheciam, de modo geral, a realidade sanitária da população brasileira, pois estavam voltados para a especialização, para a sofisticação tecnológica e para as últimas descobertas das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61-2).

Finalmente, com a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei n.º 6229 de 17 de julho de 1975, tratou de institucionalizar o modelo de atenção então praticado ao definir dois campos, o do Ministério da Saúde voltado para ações e medidas de interesse coletivo e o do Ministério da Previdência e Assistência Social responsável pela assistência médica individual. Na verdade, definia assim as competências das instituições públicas e privadas, reservando para estas as ações mais rentáveis de atenção médica. Dois anos depois ocorre a criação do Sistema Nacional da Previdência Social que, aliado ao SNS, consolidou a base jurídico-legal do sistema de saúde e dará origem ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (MENDES, 1994, p. 25; MERCADANTE, 2002).

Assim, toda esta estrutura forneceu a base para um modelo que se assentou num tripé: o *Estado* – financiador do sistema; o *setor privado nacional* – maior prestador de serviços médicos e o *setor privado internacional* – importante produtor de equipamentos e medicamentos. A expansão deste sistema se deu, portanto, através da articulação entre Estado e setor privado vindo a saúde se constituir num setor valioso de acumulação de capital e que, por sua vez, tem no hospital um terreno potente para frutificar os interesses em questão (MENDES, 1994).

O modelo hegemônico de assistência à saúde chega à década de 80 estruturado a partir da lógica da atenção médica, centrado em serviços hospitalares e de natureza privada. É sabido que este processo não se deu sem resistência e sem um movimento que discutisse uma pauta alternativa ao modelo assistencial hegemônico tanto pela via da organização política, quanto pela via institucional (MENDES, 1996; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; LUZ, 2007). Assim, poder-se-ia abordar paralelo ao tema em foco, questões como a evolução da atenção primária, sua doutrina e as alternativas assistenciais que inspirou; as situações de crise e sinais de esgotamento do modelo médico-assistencial privatista⁴, como denúncias de fraudes, a seletividade no atendimento e os baixos níveis de saúde da população; além do movimento pela reforma sanitária relevante pela contraposição ao modelo hegemônico e institucionalização da saúde como direito universal dos brasileiros. Entretanto, tratar deste assunto foge dos objetivos do estudo, mas seu registro se

⁴Termo utilizado por Mendes (1996) ao tratar do modelo de assistência à saúde hegemônica no país até o final da década de 80.

faz necessário para marcar a existência das contradições presentes na história das políticas de saúde no país.

2.4 Assistência hospitalar pública do Espírito Santo e hospitais de pequeno porte nos municípios do interior

Silva (1995)⁵, que tratou do desenvolvimento dos serviços de saúde no Espírito Santo da colonização até os anos 80, concluiu que este processo apresentou características distintas ao longo do extenso período estudado, o que a fez abordar o tema considerando quatro momentos: o primeiro da colonização até o final da década de 30, onde detalha o aparecimento dos primeiros serviços assistenciais e medidas de saúde pública; o segundo marcado pela implementação e expansão da rede de serviços nas décadas de 40 e 60; o terceiro que se dá durante a década de 70 foi definitivo para o incremento da rede de serviços de saúde e, por fim, o momento transcorrido nos anos 80.

Entretanto, tendo como base esta periodização e suas características e também a consulta em outras fontes, pretende-se destacar dois estágios da assistência hospitalar com intuito de buscar compreendê-la a partir do desenvolvimento dos serviços de saúde do ES e, de maneira especial, o surgimento dos hospitais de pequeno porte. O primeiro transcorre da colonização até os anos 60 e o segundo foi observado nos anos 70 e suas características serão tratadas a seguir.

⁵ Este estudo foi gentilmente cedido para consulta pela autora, Prof^a. Doutoranda Maria de Fátima Silva. Sua transmissão se deu via e-mail e, portanto, a identificação das páginas nas citações respeitou a numeração conforme se apresentava no referido arquivo, podendo não coincidir com a versão impressa.

2.4.1 Das práticas de caridade à inserção da assistência hospitalar na pauta governamental

Neste primeiro estágio, identificou-se que a assistência hospitalar no ES partiu de um momento onde tinha um caráter de isolamento dos doentes e prestada preferencialmente por instituições de caridade. Havia uma presença incipiente e pouco expressiva do Estado, que de maneira bastante lenta passou a incorporá-la, mantendo também o caráter de asilamento de doentes. Como se considera a periodização proposta por Silva (1995), o tempo observado compreende os dois primeiros momentos, ou seja, desde a colonização até os anos finais da década de 30 e o intervalo compreendido pelas décadas de 40 e 60.

Pelos estudos de Silva (1995) e Cabral (1992) percebe-se que também no ES as primeiras práticas de assistência hospitalar estiveram intimamente relacionadas com instituições religiosas. O atendimento hospitalar se destinava aos portadores de doenças infecto-contagiosas e de transtornos mentais, possuindo um caráter de isolamento dos doentes, geralmente pobres e indigentes. Este era um padrão comum aos hospitais desde o início do século e, mesmo com a participação e colaboração do governo, predominava a natureza de instituições de caridade prestando socorro aos mais necessitados e excluídos. O Estado não possuía uma responsabilização direta na prestação de assistência hospitalar, sendo esta uma “oferenda” das organizações religiosas para o socorro dos necessitados ou um serviço de acesso restrito e privado por aqueles que pudessem arcar com seus custos.

Como é possível perceber, também no Espírito Santo, os hospitais desempenharam um importante papel para a condução da ordem política e econômica, na medida em que “higienizavam” as vias públicas, retirando de circulação os adoecidos e loucos indigentes e desvalidos. Com isso, se aproximava do que já era a prática sanitária no Rio de Janeiro e São Paulo, que por sua vez almejavam os padrões ditados pela modernidade européia.

No período compreendido **da colonização até o final da década de 30**, Silva (1995) informa sobre serviços hospitalares localizados na capital e adjacências:

Hospital São José, Hospital de Isolamento da Ilha do Príncipe, Hospital de Isolamento da Ilha da Pólvora, Leprosário de Itanhenga e Leprosário Ilha do Cal. Destacou-se como pioneira a Santa Casa de Misericórdia de Vitória, transformada por D. João VI em hospital no ano de 1818. Mantinha-se por meio de doações, aluguéis de prédios, diárias de soldados hospitalizados e atendimentos particulares, além de algumas contribuições por parte do governo. Segundo Fernandes (2003), a Santa Casa de Vitória realizou a primeira cirurgia em 5 de maio de 1857.

O propósito do governo com o atendimento hospitalar voltava-se para os casos de tuberculose e hanseníase, além de uma atuação em situações de emergência causadas por epidemias, como as de febre amarela e varíola. As ações eram concentradas na capital, mas por volta da metade dos anos 20, para exercerem ações sanitárias, existiam no interior do Estado os delegados de higiene municipal, função a ser desempenhada preferencialmente por médicos. Entretanto,

[...] por não serem remunerados, evidentemente não dispunham de tempo e intenção de sacrificar as horas dedicadas à clínica privada, ficando a saúde pública no interior sujeita à ação de fiscalização dos exercícios da medicina e farmacêutica e do comércio de drogas, as quais contava ainda, com o auxílio de autoridades policiais. (CABRAL, 1992, p. 26)

Silva (1995), ao avaliar o desenvolvimento dos serviços de saúde a partir de 1930, afirma ter ocorrido um movimento de expansão das atividades de saúde pública procurando o Estado atuar não só em momentos de surtos, mas desenvolver programas de combate às endemias rurais e de proteção à maternidade e infância. Surgem Postos Municipais de Higiene, a Liga Espírito Santense contra a Tuberculose, o Serviço de Profilaxia da Lepra e a Liga Espírito-Santense de Proteção e Assistência à Infância. É também neste período que ocorre a implantação do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória.

Na Constituição Estadual de 1935 (CABRAL, 1992) foi estabelecido um percentual das rendas tributáveis para custeio e expansão da saúde pública e assistência hospitalar, apontadas também como responsabilidades do município. Conforme se observa pelo relato do autor, chama a atenção que os organismos institucionais da saúde, que se alternaram até aquele momento, relacionavam como suas atribuições o policiamento das profissões de farmacêuticos e médicos e o combate de doenças

transmissíveis (CABRAL, 1992). De maneira a sugerir que o Estado estabelecia para “outros” a “vocalização” de prestar assistência hospitalar e ainda não a incorporando claramente como um de seus encargos.

De maneira geral, Silva considera que o período de **1940 ao final da década de 1960** foi um momento de implementação e expansão da rede de serviços, quando ocorreu a criação e reorganização de inúmeros serviços básicos como postos de saúde, de puericultura, de higiene e centros de saúde nos municípios. Apesar de manter como motivação principal o tratamento das doenças mentais e infecto-contagiosas, observa-se a ampliação da rede hospitalar estadual também por hospitais gerais, além dos destinados à assistência ao parto. Como característica desta rede tem-se o caráter especializado e dispendioso em virtude do perfil de utilização dos leitos e a organização de serviços para cobertura regional. A autora cita a implantação dos seguintes serviços hospitalares: Maternidades de Muqui, da Santa Casa de Vitória e de São Mateus; Hospital Policlínica Antonio Aguirre em Argolas; Hospital Sylvio Avidos em Colatina; Sanatório Getúlio Vargas e Hospital Colônia Adauto Botelho.

Conforme apresenta a referida autora, a expansão e organização dos serviços contaram com financiamento do Governo Federal através da Legião Brasileira de Assistência (LBA), do Departamento Nacional da Criança e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões que investiram na construção de unidades de saúde para atendimento de seus segurados. Houve investimento também através do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), entidade vinculada ao Ministério da Educação e Saúde que resultou de pacto entre EUA e Brasil, em decorrência de acordos durante a II Grande Guerra Mundial.

Do ponto de vista político estadual, este período é marcado por diversas alterações no órgão de saúde. Em janeiro de 1947, foi criada a Secretaria de Saúde e Assistência do Espírito Santo, sendo extinta em dezembro do mesmo ano, quando o Departamento Estadual de Saúde assume suas funções (SILVA, 1995). Ligado a este Departamento, havia

[...] o serviço de assistência médico-social, o qual era subdividido em setor de cooperação e controle de hospitais gerais, de câncer, os serviços distritais, com a capital e interior. (CABRAL, 1992, p. 38)

No início de 1963 a Secretaria é reinstalada com a mesma nomenclatura, porém o projeto original de criação sofreu vetos que reduziram suas responsabilidades (SILVA, 1995). As mudanças então pretendidas com a reforma do Departamento Estadual de Saúde foram motivadas pelo desejo de corrigir distorções em sua estrutura, das quais, “[...] a ampla autonomia técnica, administrativa e financeira adquirida pelos hospitais [...]” (CABRAL, 1992, p. 47). Conforme o autor, o projeto, que teve aprovação de seus 59 artigos pela Assembléia Legislativa, foi colocado em vigor pelo governo com apenas quatro, dotando a Secretaria de Saúde e Assistência de uma estrutura esvaziada.

Tendo ocorrido a unificação nacional dos IAP's através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a estrutura administrativa da Secretaria sofreu novas mudanças e no governo de Christiano Dias Lopes Filho passou a se responsabilizar pela fixação da política estadual de saúde pública e de atividades médico-sanitárias, pelos serviços hospitalares e atividades odontológicas, além de pesquisas odontossanitárias. (SILVA, 1995). Para tratar da assistência hospitalar foi criada a Fundação Hospitalar do Espírito Santo (FHES), órgão vinculado à Secretaria, mas com autonomia técnica e financeira. Segundo a autora, esta iniciativa estabeleceu um marco para a saúde ao ampliar a extensão da cobertura hospitalar, de maneira que a rede hospitalar sofreu um incremento na oferta de leitos.

A instituição de um órgão autônomo para tratar da assistência hospitalar contribuiu para selar uma prática dicotomizada entre as medidas de assistência médico-hospitalar e as de assistência médico-sanitária. A desvinculação no âmbito institucional dificultava a articulação e intercâmbio destas ações, além de contribuir para firmar a idéia de que o tratamento da questão hospitalar era algo de destaque, seja no sistema, seja no plano governamental. Por outro lado, este arranjo demonstra também a presença da medicina previdenciária no ES cujo padrão era a assistência médico-hospitalar, mesmo limitada para responder às condições de saúde.

[...] O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública, em termos da política estatal, a partir de 1966, apesar do seu predomínio se anunciar tendencialmente desde os começos da década de 60. Esta alteração na política nacional de saúde se explica tanto pela intensa urbanização dos anos 40 e 50 como principalmente pela mudança do padrão de acumulação a partir de 1956, quando a transformação e ampliação da economia conformaram uma dinâmica de acumulação

especificamente capitalista, tornando a medicina previdenciária um requerimento efetivo para o processo de trabalho.

A alteração na política de saúde com o significativo crescimento do subsetor de medicina previdenciária se dá numa fase em que, todavia se mantém agudos problemas na área de saúde pública. Isto vai configurando uma demanda ilimitada por assistência médica [...] (BRAGA e PAULA, 2006, p. 53)

Quanto à situação de saúde no ES, esta se apresentava de maneira precária e gerava uma busca por mais e melhores atendimentos. Um bom indicador das condições de vida e desenvolvimento de uma população, por ser sensível à variabilidade socioeconômica e às desigualdades daí decorrentes, a Taxa de Mortalidade Infantil denunciava a precariedade da situação de vida e saúde. No período entre 1965 e 1969, esteve sempre próxima à marca de 90/1000 nascidos vivos, chegando a ultrapassar no primeiro ano desta série (ESPIRITO SANTO, 1973).

Os anos 60 trazem impulso de outra natureza à assistência à saúde no aspecto da mão-de-obra médica. Instalada pelo Governo Estadual, a Faculdade de Medicina iniciou seus cursos em 1961 e poucos anos mais tarde deu-se a criação da Escola Superior de Ciência Médica. A esta época, “[...] os médicos, no Estado, eram poucos e mal distribuídos. Assim acabava existindo município sem médicos [...]” (FERNANDES, 2003, p. 94). De acordo com o Conselho Regional de Medicina (CRM) do ES, no ano de 1959, havia o registro de 120 inscrições realizadas por médicos que escolheram o Estado como local principal de exercício da profissão. No transcurso de 1960-1964 e 1965-1969, o mesmo se deu com 133 e 298 inscrições respectivamente (CRM, 2007).

Assim, percebe-se que a assistência hospitalar passou a incorporar a pauta das ações do governo, como também a preocupação com a formação da mão-de-obra médica. Isto demonstra a consolidação de um modelo de atenção voltado para a internação e ampliação de leitos, pois, baseado nos dados dos Anuários Estatísticos do Brasil (IBGE), houve um avanço na oferta de leitos de mais de 424% entre os anos 1945 e 1970, o que elevava respectivamente a proporção de 1.5 para 3.3 leitos para cada mil habitantes. Contudo, tais iniciativas no campo da saúde responderiam às demandas do modelo de desenvolvimento econômico a tomar impulso na década

seguinte – a industrialização, quando se fixaria também no ES o padrão médico-hospitalar privatista adotado pela assistência médica previdenciária.

2.4.2 Institucionalização da participação privada na assistência hospitalar

Para orientar a percepção das características da assistência hospitalar no ES considerou-se a **década de 70**, conforme periodização do desenvolvimento dos serviços de saúde no ES proposto por Silva (1995), que de acordo com a autora será definitiva para o incremento da rede de serviços de saúde. Tendo sido incorporada institucionalmente pelo Estado, a prestação de assistência médico - hospitalar caracteriza-se neste segundo estágio pela contratação de serviços de natureza privada e dependente do Governo Federal. Segundo Silva (1995), da rede hospitalar existente em 1970 predominava a natureza privada dos leitos e mais da metade dos serviços era do tipo casa de saúde e abrigava cerca de 23% dos leitos.

A rede hospitalar, no Estado do Espírito Santo, totalizou, em 1970, cerca de 37 hospitais e 43 casas de saúde. O total de leitos registrados no mesmo ano atingiu 5.334; 4.088 leitos encontravam-se em hospitais de médio e grande porte e 1.247 leitos em casas de saúde, sendo que a rede particular de assistência hospitalar centralizou a maioria dos leitos existentes. (SILVA, 1995, p. 89)

Neste período, a implantação dos grandes projetos industriais no Estado alterou sua base econômica e fez aumentar o contingente populacional urbano, o que provocou uma demanda maior por infra-estrutura e por medidas de alcance social principalmente nas áreas de educação, saúde e habitação. O crescimento econômico pela via da industrialização provocaria a necessidade do investimento em setores sociais, seja para responder a pressões populares diante da precariedade das condições de vida, seja para dar suporte à implantação dos grandes projetos.

As principais características dos serviços de saúde no estado, nesse período, foram o incremento de unidades básicas e a reestruturação da rede ambulatorial e hospitalar já existente. Foi um período marcado por grandes mudanças na estrutura econômica estadual, com a implementação de grandes projetos industriais para o estado [...] (SILVA, 2005, p. 98)

[...] Mesmo com o empenho da administração estadual, o incremento do setor da saúde acompanhou a localização da expansão industrial, que se concentrou principalmente na região da Grande Vitória e adjacências. Foram construídas unidades de saúde básicas e hospitais na referida região para atender a população de todo estado [...] (SILVA, 2005, p. 105)

[...] No Estado do Espírito Santo, a expansão na área da saúde, mesmo tentando acompanhar o processo desenvolvimentista, acontecia na medida em que o progresso emergia de forma setORIZADA, como: vigilância dos portos, após expansão dos portos do estado; realização de convênios setORIZADOS, que estimularam o desenvolvimento e a ampliação de serviços e atividades isolados institucionalmente como os realizados pelo INPS, FSESP [...] (SILVA, 2005, p. 105-6)

Relatórios de atividades da Secretaria de Estado da Saúde citam a implantação dos Programas de Assistência Médico-Hospitalar, de Assistência Médico-Sanitária e de Integração da Assistência Médica direcionando o desenvolvimento da assistência à saúde nos municípios do Estado (ESPÍRITO SANTO, 1973; 1975; 1977). Os programas tiveram apoio do Governo Federal que influenciou o padrão de prestação e organização dos serviços nos moldes da política nacional. Inseridos no primeiro programa, os hospitais estaduais mantiveram a característica de prestação de atendimento especializado, voltado principalmente para portadores de doença mental crônica, hanseníase e tuberculose. Dos 5.944 leitos disponíveis no ES, a rede oficial estadual possuía 36% que, em sua maioria, dado o perfil dos hospitais, serviam a uma internação de longa permanência e baixo rendimento (ESPÍRITO SANTO, 1973). Comparando estes números com os de 1970 apresentados por Silva (1995), é possível verificar um aumento superior a 11% na oferta de leitos no ES.

A respeito da Fundação Hospitalar do Espírito Santo, tinha-se a noção de que fora erguida sobre uma “[...] base arcaica, por estarem as suas Unidades orientadas para auxiliar a iniciativa privada e mesmo a pública na solução dos grandes problemas de Saúde Pública ou de Assistência Preventiva [...]” (ESPÍRITO SANTO, 1973, p. 68). A rede hospitalar no Espírito Santo contava com 79 hospitais, sendo 12 pertencentes à Fundação Hospitalar do Espírito Santo, que foram “[...] plantados em obediência a critérios geográficos, sem conhecimento das necessidades assistenciais [...]” (ESPÍRITO SANTO, 1973, p. 69). Ao final deste ano, concluiu-se que foi um período bastante produtivo para a FHES e as razões demonstram o significado dos recursos previdenciários, pois

[...] As receitas industriais ultrapassaram as previsões mais otimistas fazendo com que [...] se conseguisse superar uma expectativa de déficit surgida desde a montagem do orçamento do exercício. Estimada inicialmente em Cr\$ 4.100.000,00 (quatro milhões e cem mil cruzeiros), as receitas de serviços das Unidades Hospitalares ultrapassaram à casa dos Cr\$ 5.000.000 (cinco milhões de cruzeiros). (ESPÍRITO SANTO, 1973, p. 86-7)

A participação federal, atribuída à “[...] crescente confiança adquirida pelo Governo de Estado [...]” (ESPÍRITO SANTO, 1973, p. 11), se traduziu com o estabelecimento de acordos convenientes firmados, dentre os quais, com o FUNRURAL (1968 e 1973), Central de Medicamentos - CEME (1972), INPS (1972), Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM (1973). Segundo o relatório, tais convênios possibilitaram a expansão da cobertura de extensas áreas do território estadual. Em 1975, a presença federal foi reafirmada ao admitir-se que

Quando se estuda o problema de receitas dos serviços hospitalares, há que se fazer um enfoque especial no grande e indispensável cliente desses serviços no Brasil: o INPS [...](ESPÍRITO SANTO, 1975a, p. 62)

Além dos serviços prestados pelas Unidades Hospitalares ao INPS, uma ponderável parcela das receitas industriais do FHES era oriunda do Convenio de Integração de Assistência Médica, firmado entre o Governo do Estado e o INPS e de execução da Fundação Hospitalar (ESPÍRITO SANTO, 1975a, p. 62).

Entre 1971 e 1975, foram sendo instituídos dispositivos legais pelo Estado que davam direcionamento à política de saúde, como a criação do Código Estadual de Saúde em substituição ao defasado regulamento sanitário em vigor desde 1940. O código renovava em seu texto as funções da Secretaria de Estado incorporando as já definidas em medidas anteriores, ou seja,

[...] estudo, pesquisa, orientação e coordenação de todas as atividades relativas à saúde pública em geral e à assistência médico-sanitária em particular, bem como das medidas que visem à promoção, preservação e recuperação da saúde do Estado. (CABRAL, 1992, p. 52)

No mesmo ano, a Emenda Constitucional nº 1, de 31 de novembro, que alterou a Carta de 1967, coloca como obrigação do Estado o desenvolvimento de atividades de promoção, preservação e recuperação da saúde de seus habitantes, ainda que

em cooperação com outros órgãos, enfatizando os de iniciativa privada. Estes, tanto cooperariam com a saúde, como também seriam auxiliados pelo Estado insinuando um tipo de parceria cuja motivação parecia nascer de uma conduta desprovida de interesses particulares. Assim, num texto constitucional, firmou-se que para cumprir com sua obrigação deveria o Estado prover assistência médica

[...] mediante serviços próprios ou pelo incentivo à iniciativa privada, assegurando gratuidade aos que não possam retribuir a prestação [...], bem como auxiliar os de iniciativa privada que, direta ou indiretamente, complementam suas atividades. (CABRAL, 1992, p. 53)

No Governo Élcio Álvares, com o intuito de adequar a estrutura do Estado às necessidades e propósitos do governo, foi aprovada a Lei nº. 3043, de 31 de dezembro de 1975. A referida lei estabeleceu no seu artigo 3º os objetivos e metas para as áreas econômica, institucional e social, onde se incluía a saúde para a qual esperava-se

[...]
 b) a assistência e proteção à maternidade, à infância, à velhice, aos socialmente desajustados e aos inválidos;
 c) o oferecimento de serviços médicos e hospitalares, principalmente no combate às doenças transmissíveis, o fornecimento de medicamentos, a defesa sanitária da população e a promoção da higiene mental;
 [...] (ESPÍRITO SANTO, 1975b)

Para atender à reforma, o texto legal enumerava os órgãos da estrutura básica do Estado e suas atribuições, e no caso da Secretaria de Estado da Saúde – SESA, designava no artigo 34

[...]
 a restauração da saúde da população de baixo nível de renda; a pesquisa, estudo e avaliação da demanda de atenção médica e hospitalar, face às facilidades previdenciárias e assistenciais públicas e particulares; a prestação supletiva de serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais de urgência e de emergência;
 [...]
 a perfeita integração com entidades públicas e privadas, visando articular a atuação e a aplicação de facilidades e de recursos destinados à saúde pública no Estado
 [...] (ESPÍRITO SANTO, 1975b)

Esta conjuntura apresentou uma base institucional para suportar a formação de um padrão de assistência à saúde aberto à privatização da prestação de serviços. Entendendo as facilidades deste momento, os prestadores privados de serviço encontrariam no hospital o espaço ideal para se desenvolverem. Apesar de o Governo Estadual pretender avançar na oferta de leitos hospitalares como um padrão moderno de responder às novas exigências da saúde (ESPÍRITO SANTO, 1977), o que se presenciou foi o avanço da iniciativa privada (Gráfico 1). Conforme dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (IBGE), detinha 66.8% dos leitos disponíveis no ES em 1980. Os leitos públicos que, em 1976, representavam 35.5%, chegariam em 1980 com um percentual de 33.2.

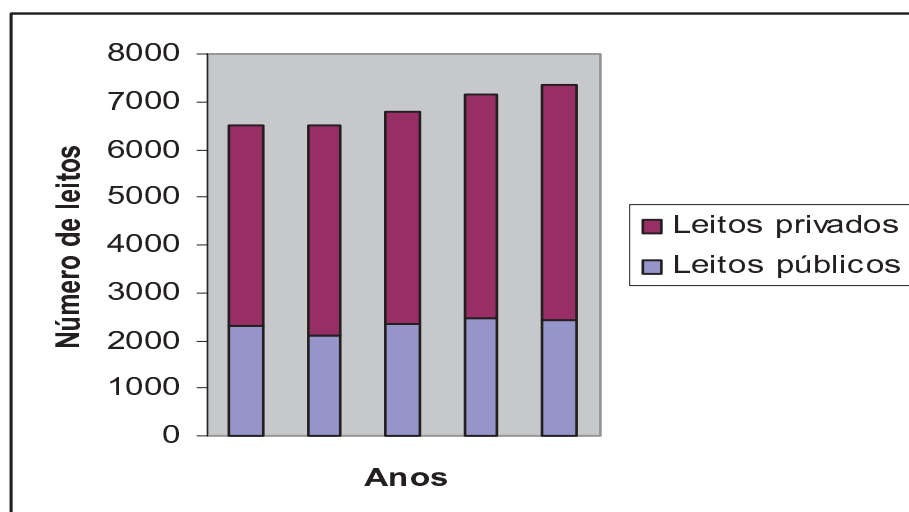


Gráfico 1 – Leitos privados e públicos. ES, 1976-1980
Fonte: IBGE - PAMS, 1976-1980.

A respeito da formação e trabalho médico, segundo Fernandes (2003), em palestra proferida durante sessão do Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo – IHGES (IHGES) foram formados mais de três mil profissionais no Estado até 1974. Num relato empolgado, afirmou que os médicos eram em suficiência, mas que teriam abdicado da natureza liberal de seu trabalho ao se vincularem ao Estado. O discurso é oportuno pela maneira como apresenta a corporação médica, demonstrando que estariam desprovidos de interesses e rendidos pela assistência pública.

[...] Não faltariam mais médicos. Em compensação houve uma proletarização da classe médica, que para sobreviver fazia concessões que jamais pensara em fazer. Começava a predominar a influência da previdência social. Sete Institutos de Aposentadoria e Pensões ampliavam mais e mais sua ingerência na assistência médica. Os hospitais, por sua vez dependiam cada vez mais e mais destas instituições. (FERNANDES, 2003, p. 95)

[...] os médicos foram se tornando cada vez mais dependentes do Estado declinando do aspecto liberal do exercício da profissão Médica e conseqüentemente da chamada clínica privada ou particular. (FERNANDES, 2003, p. 95)

Quanto ao crescimento da categoria profissional médica, de acordo com informações fornecidas pelo Conselho Regional de Medicina, no período entre 1970-1979 foram realizados quase 1.600 registros de primeira e segunda inscrição⁶ no ES (CRM, 2007).

Entretanto, apesar dos médicos serem absorvidos pelo setor público, o que foi feito tanto direta quanto indiretamente, a expectativa quanto à capitalização a partir do consumo de serviços médicos estava presente nas instituições prestadoras, particulares em sua maioria. Não se tratava de abrir mão da vocação liberal, mas talvez adaptar o caráter lucrativo desta vocação ao que a conjuntura apresentava, ou seja, a privatização dos serviços públicos ou a prestação privada de bens ou serviços sociais públicos. Novamente, tem-se aqui a oportunidade de observar uma reflexão sobre o posicionamento da categoria que

Com o declínio da classe médica, a incompetência e o descaso da assistência médica pública e os altos custos da medicina privada surgem espaços que foram paulatinamente ocupados pela medicina de grupo ou serviços médicos de empresas. (FERNANDES, 2003, p. 95)

Devido a dificuldade em manter o caráter liberal através da própria iniciativa e arcar com os custos dos consultórios e clínicas particulares, preferiu-se a adesão aos contratos públicos de pessoa jurídica para prestação de serviços privados, incorporando-se, como já foi dito às “facilidades” da previdência. Assim, em 1976, havia 884 postos médicos em estabelecimentos públicos com 33.5% destes em serviços com internação, enquanto que na rede particular estes valores eram de 934 postos com 81% em locais de internamentos (IBGE, 1976).

⁶ Conforme esclarecimento do CRM-ES, o registro de primeira inscrição é feito na jurisdição de principal atuação do profissional e a de segunda significa que o médico possui registro em outra jurisdição e atua no ES de forma secundária, como por exemplo, em plantões esporádicos.

Documentos elaborados por diversos setores do Governo Estadual (ESPÍRITO SANTO, 1981a; 1981b; 1981c; 1981d; 1981e) como subsídios ao planejamento regional⁷ do ES utilizou no diagnóstico do setor saúde⁸ dados de leitos e hospitais gerais e especializados vinculados à rede estadual dos anos de 1975 e 1976. Segundo o diagnóstico, havia concentração de hospitais e de oferta de leitos em determinadas regiões e, mesmo nas de melhores percentuais, observou-se a disparidade interna na distribuição dos leitos entre seus municípios. Além disto, há certa ênfase ao tentar demonstrar a existência de uma oferta inferior de leitos nos municípios e regiões, o que poderia nortear os investimentos futuros na área.

Mesmo com a pulverização dos serviços hospitalares, ocorreu a concentração dos leitos em determinados municípios. Segundo o referido estudo do Governo Estadual, considerando os hospitais gerais e especializados vinculados à rede pública, seis municípios do ES apresentaram em 1976 uma oferta de leitos superior ao parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS) adotado de 5 leitos/1000 habitantes: Vitória, Cariacica, Cachoeiro do Itapemirim, Castelo, Muqui e São José do Calçado, os demais eram deficitários, havendo aqueles que não possuíam hospitais: Boa Esperança, Fundão, Mantenópolis, Pancas e Serra, localizadas ao norte do Estado, e ao sul, os municípios de Apiacá, Atílio Vivácqua, Bom Jesus do Norte, Divino São Lourenço, Dolores do Rio Preto, Presidente Kennedy, Piúma e Rio Novo do Sul (ESPÍRITO SANTO, 1981a; 1981b; 1981c; 1981d; 1981e).

Conforme o mesmo trabalho, na Região de Vitória concentrava-se 44% dos hospitais, sendo que na capital estariam 60% destes. Era a única região a ter saldo positivo de leitos em função das cidades de Vitória e Cariacica. Em segundo lugar, estava a Região de Cachoeiro do Itapemirim, com 23% dos hospitais e 19.3% dos leitos. A Região Linhares, composta pelos municípios de Linhares, Conceição da Barra, São Mateus e Aracruz era a região mais deficiente ofertando 239 leitos para

⁷ O referido documento trabalha com as seguintes Regiões e número de municípios: Vitória (15), Colatina (06), Nova Venécia (08), Linhares (04), Cachoeiro do Itapemirim (20).

⁸ A fonte para os dados de leitos e hospitais utilizada é a publicação Hospitais do Brasil (1976). Para esclarecer a metodologia esclarece que o diagnóstico de saúde foi dividido em dois grupos, um deles sobre a rede de equipamentos e recursos humanos “[...] subdividida em rede preventiva ou equipamentos para - hospitalares que são os Centros de Saúde, Unidades de 1ª, 2ª e 3ª classes e Unidade Rural, e rede curativa composta de hospitais gerais e especializados”. (ESPÍRITO SANTO, 1981^a, p. 99)

uma necessidade de 1.069 (ESPÍRITO SANTO, 1981a; 1981b; 1981c; 1981d; 1981e).

Ao tomar para análise os dados sobre estabelecimentos de saúde da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária (PAMS) (IBGE)⁹ para os últimos anos da década de 70, observa-se ter ocorrido uma queda em termos proporcionais nos estabelecimentos com oferta de internação, tanto na rede privada quanto pública. Em 1976, tais serviços representavam 36.23% dos estabelecimentos de saúde e, no ano de 1980, para 26.21%. Entretanto, este comportamento não influenciou negativamente o avanço da instalação de leitos (Gráfico 2). A rede privada fez uma opção mais determinada por ofertar o atendimento de internação em seus estabelecimentos e chega em 1980 com mais de 43% de seus serviços com este tipo de atendimento. No setor público este valor seria de 9.56% dos serviços de saúde. Relativo ao financiamento observa-se uma crescente vinculação dos estabelecimentos de saúde ao Governo Federal, através dos órgãos da previdência. Dos serviços conveniados a algum órgão em 1976, 56.25% eram com o INPS/INAMPS e, em 1980, eles significavam 82.9%.

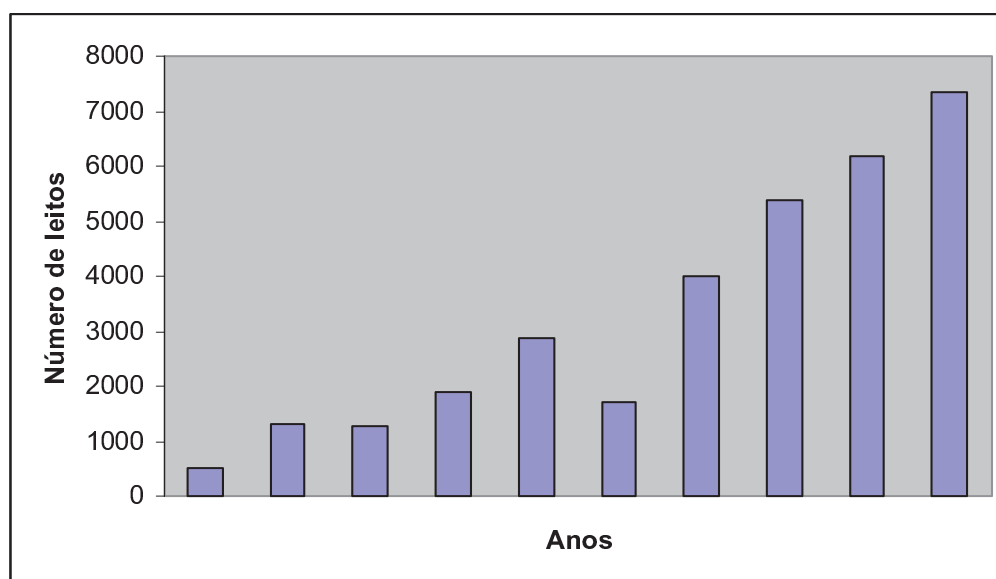


Gráfico 2 – Leitos em estabelecimentos de internação em períodos quinquenais. ES, 1935 – 1980.
Fonte: IBGE - PAMS, 1976-1980.

⁹ A PAMS incluiu como estabelecimentos de saúde com internação um elenco vasto de serviços, dentre eles os do tipo unidade integrada de saúde, santa casa, casa de caridade, maternidade, casa de saúde, sanatório, hospital colônia, leprosário, manicômio, clínica ou casa de repouso, clínica de convalescença, centro de reabilitação e pronto-socorro, desde que possuíssem leito e instalações apropriadas e contassem com assistência permanente de pelo menos 1 médico.

Assim, a institucionalidade da participação privada no sistema de saúde do ES propiciaria a adoção de um padrão de atenção centrado na oferta de leitos hospitalares. O governo estadual se colocou um papel coadjuvante na determinação da política de assistência hospitalar e forneceu condições para o cumprimento das medidas e projetos nacionais em acordo à política previdenciária da época. Um resultado deste padrão será a pulverização dos hospitais, preponderando a iniciativa particular e as unidades de pequeno porte.

2.4.3 Interiorização dos serviços e pulverização dos hospitais de pequeno porte

Em âmbito nacional a prestação dos serviços assistenciais à população rural, sofreu impulso quando promovida pelo Fundo de Assistência e Previdência Rural (FUNRURAL) a partir de 70. Os serviços eram realizados por terceiros, com ênfase na assistência hospitalar. Sua regulamentação não previa a assistência direta, sendo adotada também a terceirização dos serviços, o que propiciava da mesma forma a capitalização privada da saúde. Com sua extinção, em 1977, as atividades de assistência médica foram incorporadas pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (LUZ, 1986; BRASIL, 2003).

Na expansão dos serviços de saúde em municípios do interior do ES, no início da década de 70, tiveram importância os convênios firmados com o FUNRURAL cujo objetivo era a interiorização de profissionais médicos, farmacêuticos e dentistas (1968) e prestação de serviços assistenciais (1973); com a Central de Medicamentos (CEME) (1972) para fornecimento de medicamentos e também com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (1972) que utilizava a estrutura da Secretaria de Estado, ou seja, área física e horários ociosos, além de pessoal disponível para atendimento de segurados através do Programa de Integração de Assistência Médica (ESPÍRITO SANTO, 1973; 1975). Em 1975, estavam vinculados a este programa 18 unidades sanitárias e centros de saúde, dos quais apenas 01(um) na capital e os demais nas cidades do interior.

O Programa de Assistência Médico Sanitária foi tratado com relevância pelo governo estadual, pois mantinha conformidade com as linhas do Plano Nacional de Desenvolvimento (PND-1972/1974) e apresentava significativo volume de recursos para um grupo variado de ações atingindo também os municípios do interior. Subdividia-se em seis projetos básicos com finalidades que se diferenciavam, mas que eram ao mesmo tempo complementares, dentre as quais a ampliação e reforma de serviços básicos; aquisição de equipamentos e medicamentos; fixação de profissionais médicos no interior; assistência domiciliar por unidade móvel e assistência odontológica (ESPÍRITO SANTO, 1973). A respeito destes projetos, Silva (1995) avalia que

[...] foram implantados sem uma prévia análise das condições sanitárias locais, nem acompanhamento e avaliação, resultando num deficiente modelo de atenção à saúde da população [...] (SILVA, 1995, p. 106)

Na segunda metade da década de 70, mantiveram-se algumas iniciativas importantes para o incremento dos serviços de saúde nas localidades rurais, como a interiorização dos médicos, a construção de unidades sanitárias em todos os municípios e a integração da assistência médica prestada pela previdência. Esta dinamizava o atendimento das unidades e também gerava novos recursos para o órgão responsável pelo convênio, a Fundação Hospitalar do Espírito Santo. Desta maneira, a expansão da assistência também se deu através da atenção ambulatorial, que segundo Braga e Paula (2006), guarda relação com a capitalização da medicina e com a atenção hospitalar.

[...] O crescimento da assistência ambulatorial não é contraditório com a tendência à capitalização vivida pela assistência à saúde no Brasil. E mais: na medida em que este atendimento ambulatorial se acopla à expansão da realização de serviços complementares de diagnóstico e tratamento, ele pode vir a ocupar uma posição de destaque no processo de acumulação de capital. Para tal, basta que seja criada no hospital uma base técnica articulada com a rede de serviços complementares (dentro e fora do hospital) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica [...] (BRAGA; PAULA, 2006. p.115).

O desenvolvimento dos serviços de saúde na zona rural do ES também foi influenciado pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

(PIASS) que recebia financiamento da Previdência Social e tinha o propósito de ampliar a cobertura assistencial básica em comunidades rurais. O programa foi implantado em âmbito nacional em 1976 e priorizava suas ações para os estados do Nordeste e de Minas Gerais. Em 80 foi intensificado com as Ações Integradas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2003). Entretanto tratou-se de uma expansão descompromissada com a qualidade da atenção e com a operação dos serviços assistenciais.

[...] A construção das chamadas unidades sanitárias rurais foi definida para ser localizada em vilas ou lugarejos cuja concentração populacional estivesse na faixa de 500 a 1.000 habitantes [...] A maioria dessas unidades foi implantada com interesses eleitoreiros. Tais unidades chegaram a funcionar e muitas de forma precária [...] (SILVA, 2005, p. 98)

Se analisarmos a rede de prestações de serviços, de meados da década de 70 para cá, concluiremos que vem se deteriorando progressivamente a situação dos Centros de Saúde e Unidades Sanitárias [...]. A partir de 1981, a rede se expandiu com a construção de inúmeras Unidades Sanitárias Rurais – mais de uma centena – erigidas sem que se viabilizasse, ao mesmo tempo, recursos humanos e materiais para equipá-las. Em consequência, uma boa parcela destas Unidades Sanitárias foi fechada e abandonada à própria sorte. (ESPÍRITO SANTO, 1983, p. 06)

O PIASS tentava mudar a estratégia de interiorização das ações de saúde e, ao invés de atrair mão-de-obra médica, buscou a implantação de minipostos de saúde em locais que não interessavam às empresas de saúde e, portanto, “[...] não se chocavam com setores privatizantes da prática médica e da Previdência Social”. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 70). Utilizava pessoal auxiliar, originário da própria comunidade, com objetivo de reduzir custos e criar um aporte com pessoal técnico das unidades de saúde. Em virtude deste modelo, tornou-se alvo de clientelismo político local, fato também ocorrido no ES conforme assinala Silva (1995).

Paralelo ao desenvolvimento das ações ambulatoriais nos municípios do interior percebe-se também a instalação de estabelecimentos de internação seguindo o padrão assistencial vigente. De acordo com dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (PAMS) (IBGE, 1979), havia 114 estabelecimentos de saúde, dos quais 73 com até 50 leitos, ou seja, 64% do total. Prevalencia também a natureza privada, com 65 unidades, além de estarem localizados majoritariamente fora da

capital que detinha apenas 8 (oito) serviços com até 50 leitos. Devido à amplitude considerada para classificação dos estabelecimentos com internação, estes dados não permitem um posicionamento conclusivo em direção aos hospitais de pequeno porte, mas eles são indicativos da predominância de pequenos serviços com internação de natureza privada pulverizados nos municípios do Estado, especialmente fora da capital.

O FUNRURAL, durante sua vigência, participou financiando diretamente a construção destes serviços e dotando-os de material e equipamento necessário ao seu funcionamento e manutenção. Além disto, remunerava pelos serviços prestados, inclusive estimulando sua permanente produtividade, através do monitoramento para que os hospitais atingissem as metas mensais de internação. Os serviços eram administrados por entidades privadas sem fins lucrativos compostas por moradores das localidades (informação verbal¹⁰).

Outra estratégia para a construção destes hospitais se deu pela mobilização das comunidades, envolvendo as igrejas, pequenos produtores e proprietários rurais. Nestas circunstâncias, é possível pensar que o hospital fosse então um serviço muito precioso para a população, por ser fruto de um movimento de coesão comunitária e ter um objetivo tão relacionado ao cuidado da vida, dando uma sensação de zelo e amparo. Mesmo quando erguido desta forma, a participação do FUNRURAL ou do INAMPS viria a seguir dando sustentabilidade para implantação e desenvolvimento das atividades assistenciais hospitalares (informação verbal¹¹).

Considerando o que se tratou até o momento e analisando outros dados da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (IBGE), pode-se identificar que, ao chegar à década de 80, os estabelecimentos de saúde com até 50 leitos de internação já eram representativos no ES, com predomínio da natureza privada e de localização marcadamente externa à capital. A pesquisa registra que, em 1980, dos 108 estabelecimentos com internação, 63 tinham entre 01 e 50 leitos, ou seja, quase 60%. Destes, 54 serviços eram privados e apenas 7.9% se localizavam na cidade de Vitória. Havia ainda um percentual reduzido de 11% dos municípios que em 1981 não apresentavam oferta de leitos (DATASUS, 2007).

¹⁰ SANTANA, I. N. Hospitais de pequeno porte no interior do Espírito Santo. 2007. Entrevista concedida a pesquisadora, Vitória, 30 de julho de 2007.

¹¹ Ibidem

Estes dados estão inscritos num cenário inicial da década de 80, caracterizada pelo período de transição democrática, de instalação da Nova República e de intensas mobilizações políticas. “[...] a demanda pelo resgate da ‘dívida social’ acumulada no período autoritário colocou a saúde na agenda política [...]” (PAIM, 2002, p. 277). No campo da saúde, influenciados pela preocupação com a redução dos custos do sistema, ocorreu um investimento na rede ambulatorial através de programas que buscavam a integração das ações de saúde e a inclusão dos municípios na sua operação e programação (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Nestes anos também emergiram as teorias neoliberais do Estado Mínimo, propugnando sua diminuição e atribuindo ao mercado a capacidade de se comportar como regulador da alocação de recursos e provedor de necessidades individuais. Fortaleceram-se os mercados financeiro e monetário e em paralelo estava em curso a defesa de esvaziamento do Estado, utilizando justamente o discurso de sua ineficiência e dos altos custos de suas ações. O pensamento neoliberal apostava num Estado enfraquecido (VIANNA, 1997). Conforme a autora, os “modelos de política social tem sido alvo fácil dos neoliberais em sua defesa do Estado mínimo e das liberdades de escolha individual e do próprio mercado, como elementos centrais na busca, para eles, da igualdade com equilíbrio”. (VIANNA, 1997, p. 203-4).

Ao mesmo tempo também foi um período de efervescência do movimento pela reforma sanitária pautado pelo direito à saúde de maneira universal, sob responsabilidade do Estado, oferecida gratuitamente, de forma descentralizada e com participação popular. Ao final do período tem-se instalado um novo arcabouço para o sistema público de saúde cujos princípios doutrinários e organizativos se espelharam nessas propostas trazidas pelo movimento sanitário. Entretanto, o novo sistema não deixou de absorver e incorporar a participação da iniciativa privada (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001).

Durante esta década o ES absorveu os programas federais e teve sua rede de serviços expandida a partir da atenção ambulatorial e também hospitalar para municípios do interior, dando continuidade à implantação dos pequenos hospitais no interior do ES. Permaneceu a dependência dos convênios com o nível federal, cujo alicerce principal destas estratégias foi articulação entre INAMPS e Secretaria de Estado da Saúde (SILVA, 1995). Neste contexto e direção, deu-se a implantação

das Ações Integradas de Saúde (AIS) por iniciativa do Governo Federal, o que fomentou um posicionamento mais crítico por parte dos municípios quanto à construção de um modelo que se aproximasse mais do nível local e considerasse problemas como ampliação do acesso e da atenção à saúde.

[...] No entanto, as AIS começaram a transformar a organização dos serviços de saúde no estado, conseguindo uma mudança de atitude dos administradores estaduais e municipais. Tais administradores reivindicavam o desenvolvimento de um modelo que desse conta de questões como: universalização, descentralização, integralidade das ações entre outras demandas. (SILVA, 1995, p. 115)

[...] havia no estado, integrados às AIS, 11 hospitais do governo estadual, 2 hospitais universitários e 12 entidades filantrópicas. Entretanto, 45% das internações eram realizadas pela rede particular contratada [...] (SILVA, 1995, p. 118).

Com as AIS, pela primeira vez, os municípios passariam a receber recursos federais oriundos da Previdência, por prestação de serviços médicos, odontológicos e de enfermagem. O programa representou o fortalecimento da rede básica ambulatorial, a revisão do papel dos serviços privados e a participação comunitária na gestão dos serviços (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001, p. 38; ESCOREL, NASCIMETO, EDLER, 2005). Entretanto, mesmo com os avanços do programa não deixou de existir resistências que beneficiavam a política de compra de serviços da iniciativa privada e

[...] Ao contrário, a partir de 1984, a direção geral do INAMPS passou a praticar uma política de favorecimento à iniciativa privada, através do uso de expedientes fraudulentos no sistema AIH (autorização de internação hospitalar), aumentos nos valores das tabelas de remuneração e claras alianças da tecnoburocracia com a área hospitalar privada. (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005, p. 76)

A rede de serviços básicos, apesar de presente em todos os municípios do Estado, era pouco eficiente e desarticulada. O Estado não exercia qualquer controle sobre a rede hospitalar privada prestadora de serviços vinculada à Previdência Social. Entretanto, foi se constituindo ao longo da década a demanda por um sistema de saúde integrado, com participação da instância local na programação de maneira a considerar suas necessidades e que pudesse articular as ações de assistência

individuais e coletivas, além da ampliação da cobertura assistencial. De qualquer forma, não é esta a situação do sistema de saúde do ES ao final do período de 80 quando se dá a implantação do SUDS no Estado, ou seja, quando este deveria absorver a rede de serviços do INAMPS. Diagnóstico elaborado pela FUNDAP – com objetivo de subsidiar a elaboração do Modelo Assistencial adequado a implantação do SUDS-ES, constatou que as unidades ambulatoriais funcionavam em precárias condições resultando em ações de baixa resolutividade. Este desempenho direcionava a população para a rede hospitalar em busca de solução dos problemas. Este movimento além de sobrecarregar os hospitais implicaria em ociosidade das unidades básicas. (FUNDAP, 1989)

Pode-se dizer que o padrão de assistência médico-hospitalar tanto havia se acomodado que, ao final da década de 80, a Secretaria de Estado da Saúde e a União, por meio do INAMPS, apresentaram um plano para ampliar a oferta de leitos hospitalares. O documento compara a oferta de leitos com dois parâmetros, um da Portaria MPAS nº 3046/82 (2,32 leitos/habitante), e outro que é uma média entre a zona rural e urbana proposta pela OMS (4.5 leitos/habitante), concluindo que pelo primeiro indicador havia uma oferta excessiva atingindo mais de 120% da demanda. Pelo segundo parâmetro, havia um déficit em torno de 34% e a proposta se orientou por este e o esforço seria de ampliar a oferta em mais 2702 leitos no Estado (ESPÍRITO SANTO, 1987).

Entretanto, o mesmo documento reconhece a fragilidade de todo o sistema e a ineficácia em se pautar as ações de saúde pela oferta de leitos, uma vez que

[...] deve-se levar em conta, também a qualidade destes leitos para um melhor desempenho dos serviços de saúde à população. Deve-se também dotar tais serviços de uma maior resolutividade, evitando, desta forma, a sobrecarga de pacientes nos hospitais da capital [...](ESPÍRITO SANTO, 1987, p. 10).

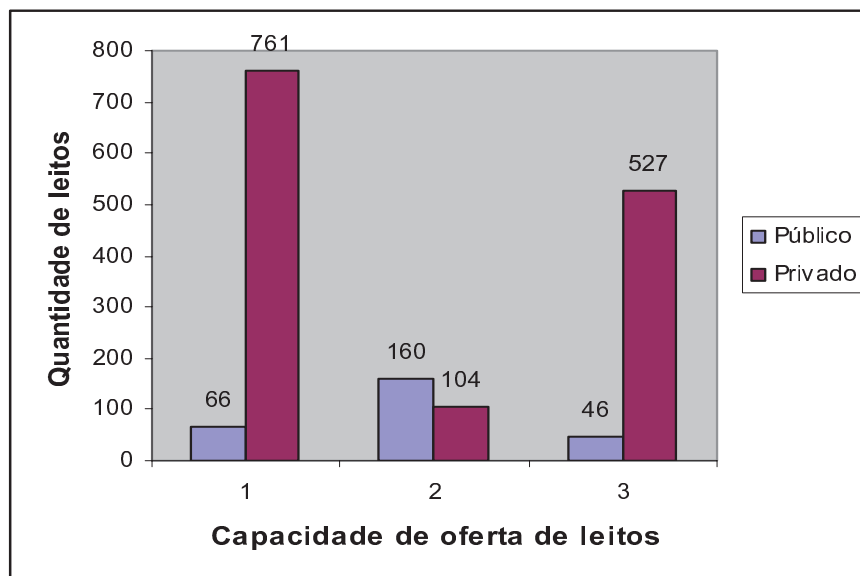
Há, ainda, que se levar em conta, a capacidade ociosa da maioria dos serviços de saúde, a nível ambulatorial, que funcionam em um só expediente, durante cinco dias da semana, portanto sem capacidade resolutiva deste nível, necessitando haver uma expansão... e melhoria desses serviços. (ESPÍRITO SANTO, 1987, p. 10).

Quanto ao reflexo destas medidas para a organização e manutenção dos hospitais de pequeno porte no interior do ES, constata-se a valorização do leito hospitalar

enquanto padrão de atenção e, por conseguinte, de seu produto, a internação. Os dados a seguir são demonstrativos deste modelo instalado no início da década de 90, momento em que a saúde buscava se restabelecer pelos marcos doutrinários da reforma sanitária, críticos ao modelo hegemônico herdado pelo Sistema Único de Saúde. Entretanto, tratava-se também de uma década em que o predomínio do pensamento neoliberal se projetaria e, segundo Almeida (1997), objetivava, principalmente, desregular e liberar os mercados, privatizar as empresas estatais e serviços públicos e reduzir o tamanho do Estado e de suas responsabilidades sociais.

Usando como referência o parâmetro populacional adotado pela presente pesquisa, ou seja, municípios com até 30 mil habitantes, tem-se que ao chegar em 1990, eles eram 48 dos 67 municípios do ES (DATASUS, 2007). Destes, apenas 10 não tinham oferta de leito, o que representava cerca de 4% da população do Estado, formando desta maneira o único grupo descoberto em todo o ES, pois dos demais municípios do Estado, todos possuíam registro de leito. Os dados demonstravam concentração de leitos em alguns municípios, mas também a dispersão dos pequenos serviços, uma vez que a proporção de leitos em 1990 era variada: 2.8 leitos/1000 habitantes (municípios com oferta entre 1 e 50 leitos), 1.4 leitos/1000 habitantes (municípios com oferta entre 51 e 100 leitos) e 5.5 leitos/1000 habitantes (municípios com oferta entre 101 e 150 leitos). Neste momento, o Estado possuía 3.2 leitos/1000 habitantes, havendo 6.461 leitos privados e 1.733 públicos.

A preponderância dos leitos na iniciativa privada nos municípios com até 30 mil habitantes apresentava-se de forma inquestionável (Gráfico 3). Os leitos públicos estavam instalados em apenas 5 (cinco) municípios com este perfil populacional.



Legenda: (1) entre 1 e 50 leitos; (2) entre 51 e 100 leitos; (3) entre 101 a 150 leitos.

Gráfico 3 – Total da oferta e natureza dos leitos nos municípios com até 30 mil habitantes. ES, 1990.
Fonte: DATASUS - PAMS, 1990.

Buscando aproximar neste momento do trabalho os municípios incluídos no presente estudo sobre os hospitais de pequeno porte, foram selecionados alguns dados sobre leitos registrados pela Pesquisa de Assistência Médica e Sanitária 1981-1990 (IBGE). Pode-se dizer que neste período os municípios do estudo apresentaram algumas variações quanto ao registro de leitos. Nos dois últimos anos, nota-se registro para Atílio Vivacqua, João Neiva, Laranja da Terra, Vargem Alta e Venda Nova do Imigrante. Fundão e Jaguaré possuem leitos a partir do ano de 1984 e Ibatiba e Pedro Canário a partir do ano seguinte. Para Rio Bananal a pesquisa registra a existência de leitos nos anos de 1986 e 1987, num quantitativo de 2 e 5 respectivamente. A variação no período de registro de leitos entre os municípios citados acompanha as datas de criação e instalação, conforme consulta ao Instituto de Pesquisa do Espírito Santo (IPES). Exceto em Atílio Vivacqua e Fundão, uma vez que ambos viveram estes processos em anos bem anteriores aos da pesquisa citada.

Numa observação pontual percebeu-se que, dos municípios do estudo, 17 possuíam em 1990 (PAMS) um número de leitos superiores que em setembro de 2006. As principais diferenças são encontradas em Conceição do Castelo, Fundão, Jerônimo Monteiro, Mimoso do Sul, Muniz Freire, Pedro Canário e Santa Leopoldina. Estas

observações, conforme já foram vistas, confirmam o fato de que o padrão de assistência através da oferta de internações era amplamente adotado pelos municípios e que em momentos anteriores este investimento foi ainda mais significativo.

CAPÍTULO 3

***DAS UTOPIAS
Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!***

Mário Quintana

CAPÍTULO 3

O CAMINHO DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa do tipo descritiva, de natureza quantitativa que, para cumprir os objetivos apresentados no capítulo inicial, adotou os procedimentos de investigação bibliográfica, documental e estudo de tendência das internações através da técnica de regressão linear simples. Como já esclarecido, foi estabelecido como objeto da pesquisa os hospitais de pequeno porte de até 50 leitos, localizados nos municípios com até 30 mil habitantes no Espírito Santo. Para este estudo, foi adotada a classificação de hospitais de pequeno porte presente no Glossário do Ministério da Saúde (Brasil, 2004) e o recorte populacional da Portaria GM/MS nº 1044 de 01 de junho de 2004, que define a Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte.

3.1 Identificação dos municípios e seleção dos hospitais de pequeno porte

Tomou-se como referência a estimativa populacional para os 78 municípios do Espírito Santo para o ano de 2006, divulgada pelo Serviço de Estatística do DATASUS para identificação daqueles com até 30 mil habitantes, resultando numa relação de 58 municípios. Para cada um deles, foi consultado em 27 de setembro de 2006, no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – (CNES), a existência de estabelecimentos de saúde públicos ou de outra natureza, vinculados ao Sistema Único de Saúde e com unidades de internação de até 50 leitos. Incluíram-se também as unidades mistas de saúde, mas os estabelecimentos foram tratados em seu conjunto por “hospitais de pequeno porte”.

Ao final, foram identificados 27 municípios que atendiam aos critérios definidos para delimitação do objeto do estudo. Entretanto, dois municípios em questão

apresentavam dois hospitais de pequeno porte cada um vinculado ao SUS, totalizando assim 29 estabelecimentos (Quadro 1).

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO 2006	LEITOS TOTAIS	LEITOS SUS	HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE
Alfredo Chaves	14331	33	33	Hospital e Maternidade Santana
Apiacá	8074	30	30	Hospital Jose Monteiro
Atilio Vivacqua	9558	12	12	Hospital Municipal Dr. Andrea Canzian Lopes
Boa Esperança	14253	30	26	Associação Hospitalar Rural de Boa Esperança
Conceição do Castelo	11190	23	23	Hospital Municipal Nossa Senhora da Penha
Fundão	15086	29	29	Unidade Mista Dr. César Agostini
Ibatiba	21908	50	41	Hospital de Ibatiba
Iconha	12447	30	30	Hospital Maternidade Danilo Monteiro de Castro
Itarana	12187	46	39	Hospital São Braz
Jaguaré	21379	38	36	Hospital Maternidade Ozília Falconi Sossai Unidade Mista de Internação
Jerônimo Monteiro	11144	26	26	Hospital de Jerônimo Monteiro
João Neiva	16654	46	36	Hospital e Maternidade Sagrado Coração de Maria
Laranja da Terra	11156	15	15	US3 Mista São João Batista
Mantenópolis	10919	29	23	Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Dores
Mimoso do Sul	27795	45	38	Hospital Apóstolo Pedro
Montanha	16618	91	83	Casa Nossa Senhora da Saúde Hospital Maternidade Nossa Senhora de Aparecida
Mucurici	6264	31	18	Hospital e Maternidade São João Batista
Muniz Freire	19344	37	33	Santa Casa de Misericórdia Jesus Maria Jose
Pancas	19955	50	50	Hospital e Maternidade de Pancas
Pedro Canário	22414	42	42	Hospital e Maternidade Menino Jesus
Pinheiros	21325	36	30	Hospital de Pinheiros
Piúma	19096	26	26	Hospital e Maternidade Nossa Senhora da Conceição
Rio Bananal	16987	28	28	Hospital e Maternidade Alfredo Pinto Santana
Rio Novo do Sul	12208	30	27	Hospital Maternidade Rio Novo do Sul
Santa Leopoldina	13453	31	31	Hospital Nossa Senhora da Penha
Vargem Alta	20550	30	30	Hospital Padre Olívio
Venda N. do Imigrante	19216	48	48	Hospital Padre Máximo

Quadro 1 – Municípios com até 30 mil habitantes e hospitais de até 50 leitos. ES, 2006.
Fonte: DATASUS/CNES – setembro de 2006.

3.2 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Para proporcionar melhor acompanhamento acerca dos procedimentos adotados na coleta e análise dos dados, eles serão dispostos conforme os objetivos propostos por esta pesquisa. Antes, porém, será apresentada a forma de coleta de informações e dados para identificação da trajetória da política de saúde no Espírito Santo, com ênfase na assistência hospitalar e nos pequenos hospitais, cujo conteúdo incluiu-se no capítulo 2.

Desta maneira, na identificação da ***inserção da assistência hospitalar no desenvolvimento dos serviços de saúde no ES e a presença dos hospitais de pequeno porte*** foram feitos levantamentos em base bibliográfica, contatos com profissionais e ex-profissionais da Secretaria de Estado da Saúde e do escritório do Ministério da Saúde no ES.

Os dados quantitativos relativos a leitos e estabelecimentos tiveram como fonte o IBGE: Pesquisas de Assistência Médico-Sanitária (PAMS) e Anuários Estatísticos, obtidos em cópia xerográfica autorizada pelo órgão no ES ou em CD adquirido no mesmo lugar. No site do DATASUS foram obtidos dados sobre leitos e estabelecimentos no banco de dados da PAMS (1981- 1990) e do Sistema de Informações Hospitalares, selecionando em “informações de saúde”, a opção “rede assistencial”.

Os documentos de órgãos oficiais foram obtidos por empréstimo de arquivo pessoal da Prof^a. Doutoranda Maria de Fátima Silva, cópias xerográficas autorizadas pelo Instituto de Pesquisa do Espírito Santo e Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde. Contribuiu também, com fornecimento de relatório sobre registro médico, o Conselho Regional de Medicina.

A caracterização do cenário do estudo para contextualização dos municípios e hospitais foram utilizados dados do CNES e do Plano Diretor de Regionalização e apresentados de forma a introduzir os resultados da técnica de ***tendência das internações hospitalares***. Com este propósito, de observar a tendência das internações, foi realizado estudo de série histórica das autorizações de internações

hospitalares (AIH's) pagas referente ao período (1992/2005) utilizando a técnica de regressão linear simples e assim explorar a natureza da relação entre as variáveis ANO e AIH.

Foram utilizados dados gerados a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), obtidos por meio de consulta eletrônica ao site do DATASUS. Buscaram-se os dados a partir de 1990, entretanto o sistema disponibilizou estes registros por município a contar do ano de 1992. Assim, para proceder à coleta dos dados disponibilizados pelo DATASUS, a opção selecionada foi a de “internações hospitalares por local de internação” dentro do item “informações de saúde”, para o estado do Espírito Santo. A seguir, para montagem da tabela a ser fornecida pelo sistema selecionou-se para cada município da pesquisa, a coluna “ano” e o conteúdo “AIH paga”, tendo sido demarcado a seleção de 1990 a 2005. Esta variável selecionada para o conteúdo representa a quantidade de autorizações de internações hospitalares pagas no período, incluindo as novas internações e as de prorrogação (longa permanência).

Os dados de internações hospitalares pagas ao longo do período foram submetidos à análise de regressão linear simples¹². Para esta análise foram realizados os cálculos do coeficiente de correlação e do coeficiente de determinação (R^2), além da análise dos resíduos. Os programas computacionais utilizados foram Minitab 12.0 for Windows, SSPS 8.0 for Windows e Excel for Windows (versão 2003). O objetivo da técnica foi desenvolver o modelo de regressão linear simples para avaliar a relação entre a variável explicativa (independente) - Ano e a variável resposta (dependente) – AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e assim observar a configuração de alguma tendência na variação das internações ao longo do período estudado.

Em três municípios não foi possível observar as internações pagas no período completo de 14 anos, uma vez que os dados não constavam do banco e 01 (um) município foi excluído da análise de regressão, de apresentar internações a partir de 2003. Portanto, foram analisados 26 municípios: Venda Nova do Imigrante, Boa Esperança, Ibatiba, Apiacá, Fundão, Iconha, Mantenópolis, Pinheiros, Piúma, Rio Bananal, Jerônimo Monteiro, Itarana, Santa Leopoldina, Montanha, Mucurici, Pedro

¹² Estudo elaborado exclusivamente para esta pesquisa pela estatística Prof^a. Miriam Almeida/UFES.

Canário, Jaguaré, Muniz Freire, Rio Novo do Sul, Vargem Alta, Atilio Vivacqua, João Neiva, Pancas, Conceição do Castelo, Alfredo Chaves e Mimoso do Sul.

Uma das etapas da técnica, a análise de correlação (r) entre as duas variáveis em estudo demonstra a força de associação entre elas, ou seja, em que medida pode-se avaliar intensidade com que o ANO determina ou exerce influência sobre o comportamento da AIH. O resultado da análise de correlação acompanha a interpretação do coeficiente de determinação (R^2), cujos valores indicam em que proporção a variável ANO tem poder para explicar a variação da AIH. Quando o valor de R^2 estiver entre igual ou menor que zero até 0.5 (50%) indica que o ANO tem um baixo poder de explicação na variação da AIH; para um resultado maior ou igual a 0.5 (50%) e menor que 0.75 (75%), é considerado um poder explicativo razoável. Nos casos onde o resultado estiver acima de 0.75 há indicação de um alto poder explicativo da variável ANO na variação da AIH. Ou seja, pelo resultado de R^2 diz-se em que a variação da AIH pode ser explicada em “n%” pela variável ANO. Foram apresentadas no corpo do texto as figuras demonstrando o movimento das internações no período em cada município e os valores do coeficiente de determinação (R^2).

Os municípios foram agrupados entre os que apresentaram relação linear negativa e os que não apresentaram esta relação. Para o primeiro grupo, a análise de correlação sugeriu haver forte associação entre as variáveis. Neste caso, o estudo indicou que a variável (ANO) possui razoável ou alto poder de explicação na variação da AIH. No segundo grupo, a análise de correlação demonstrou haver moderada ou fraca associação entre as variáveis. Após a análise de regressão observou-se que a variável (ANO) possui baixo poder de explicação na variação da AIH, demonstrando que o modelo não se ajusta bem aos dados. Foi testada a existência de regressão linear, ao nível de 5% de significância.

O **perfil dos hospitais de pequeno porte** foi elaborado de forma independente para os dois grupos obtidos pelo resultado do estudo de tendência. Considerou dados dos estabelecimentos disponíveis no banco do CNES (DATASUS), em consulta em 6 de maio de 2007. No momento da coleta foi identificado que 01 (um) hospital estava com a ficha de cadastro desativada, sendo que sua última atualização ocorreu no dia 23 de abril. Entretanto, decidiu-se por mantê-lo no perfil dos hospitais,

uma vez que estava em atividade em 2006, ano base para seleção dos municípios e hospitais de pequeno porte. Também foram utilizados dados de internação da população residente e não residentes acessados pelo site do DATASUS, no banco de dados Sistema de Informações Hospitalares referente a 2005, último ano da série histórica. O município de Piúma foi excluído por não apresentar produção neste ano.

Para **caracterizar as causas de internações hospitalares** foram tomados dados disponíveis pelo SIH/DATASUS. Os diagnósticos foram consultados inicialmente conforme a Lista de Tabulação para Morbidade¹³ e consolidados para cada um dos municípios e para os dois grupos obtidos após resultado da tendência das internações. Para detalhamento das causas, buscou-se acessar os diagnósticos conforme Classificação Internacional das Doenças (10ª Revisão) através do programa Tabwin versão 3.2 e consulta na relação das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial - CSAA¹⁴ (WONG; PERPETUO; BERSTEIN, 2006), disponível no ANEXO A. Foi considerado o ano de 2005, o último da série histórica do estudo de tendência, o que levou à exclusão do município de Piúma, uma vez que último ano de registro de internações pagas foi 2003. Neste tópico do trabalho foram também utilizados dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

3.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, tendo recebido a aprovação para sua realização (ANEXO B), bem como recebeu consentimento da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo para realização da pesquisa.

¹³ A Lista de Tabulação para Morbidade é apresentada no volume I da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão, 2ª edição, disponível em. Possui 298 causas e em muitas delas estão agrupados mais de um código da Classificação Internacional de Doenças. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>.

¹⁴ Este assunto será esclarecido no Capítulo 4 durante a discussão dos resultados.

CAPÍTULO 4

*Quero, um dia, dizer às pessoas que nada foi em vão...
Que o amor existe, que vale a pena se doar às amizades e às pessoas,
que a vida é bela sim e que eu sempre dei o melhor de mim...
e que valeu a pena.*

Mário Quintana

CAPÍTULO 4

INTERNAÇÕES E PERFIL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO ES: CONTRIBUIÇÕES À REVISÃO DO PAPEL ASSISTENCIAL

Este capítulo apresentará os resultados da pesquisa e as discussões que suscitaram. Está organizado em três tópicos conforme os objetivos propostos e, embora já descritos, não é dispensável que sejam retomados no sentido de auxiliar a leitura e entendimento do trabalho. Sendo assim, os propósitos desta pesquisa foram: **(I)** realizar estudo da tendência das internações hospitalares nos municípios com hospitais de pequeno porte no período entre 1992 e 2005; **(II)** traçar um perfil dos hospitais de pequeno porte considerando características estruturais e assistenciais **(III)** caracterizar as causas das internações hospitalares realizadas nos municípios com hospitais de pequeno porte em 2005.

4.1 Tendência das internações hospitalares nos municípios com hospitais de pequeno porte no período entre 1992 e 2005.

Conforme já abordado no capítulo inicial deste trabalho, as motivações para a definição do período da série histórica que se iniciaria a partir de 1990, dizem respeito às alterações dadas na política de saúde com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, sobretudo na ênfase em se constituir um modelo assistencial pautado nos princípios da integralidade da atenção e descentralização das ações de saúde. Marca constitucionalmente outra forma de formular a política de saúde que amplia o enfoque do cuidado para além dos procedimentos médico-hospitalares e se constitui responsabilidade dos diferentes níveis governamentais.

4.1.1 Caracterização do cenário do estudo

A presente dissertação considerou para o estudo dos hospitais de pequeno porte os estabelecimentos de saúde com até 50 leitos registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em setembro de 2006, localizados em municípios com até 30 mil habitantes, parâmetro populacional adotado pela Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte. Dentro deste critério populacional o Espírito Santo apresentava 58 municípios e, ao considerar o registro dos leitos para estas localidades, formaram-se três agrupamentos. O primeiro compreendeu aqueles que não apresentavam leito hospitalar (Tabela 1)

Tabela 1 – Municípios com até 30 mil habitantes e nenhum leito hospitalar cadastrado no DATASUS em setembro de 2006. ES, 2006.

Municípios	População 2006
Água Doce do Norte	12790
Água Branca	9436
Alto Rio Novo	6575
Bom Jesus do Norte	10156
Brejetuba	13016
Divino de São Lourenço	5352
Dores do Rio Preto	6869
Governador Lindenberg	10057
Ibiraçu	10688
Ibitirama	10359
Irupi	10959
Marechal Floriano	14158
Marilândia	10604
Ponto Belo	6514
Presidente Kennedy	9648
São Domingos do Norte	8326
São Roque do Canaã	11046
Sooretama	21290
Vila Pavão	8490
Vila Valério	14383
Total	210716

Fonte: DATASUS/CNES

Estes municípios contavam com pouco mais de 6% da população do Espírito Santo¹⁵ que obrigatoriamente buscavam pela internação hospitalar em cidades vizinhas. Entretanto, através dos dados do DATASUS e IBGE foi observado que em

¹⁵ A população do Espírito Santo divulgada pelo DATASUS baseada em estimativas do IBGE era de 3.408.360 habitantes em 2006.

cinco destes municípios houve registro de internações pagas entre os anos 1992 e 2000: Água Doce do Norte, Bom Jesus do Norte, Ibirapu, Irupi e Presidente Kennedy. De maneira que a oferta de serviços hospitalares compôs o padrão de assistência à saúde nestas localidades, mas por razões não exploradas aqui eles chegam em 2006 sem a presença de estabelecimentos com serviço de internação hospitalar.

No segundo conjunto encontram-se 11 municípios com mais de 50 leitos (Tabela 2), onde estão incluídos Guaçuí e Santa Teresa, municípios identificados como referência na microrregião segundo desenho do Plano Diretor de Regionalização – PDR¹⁶. Conforme estabelece o plano, estas cidades demonstraram reunir condições para ser referência assistencial para outros municípios em ações de média complexidade ambulatorial e hospitalar.

Tabela 2 – Municípios de até 30 mil habitantes com hospitais acima de 50 leitos cadastrados no DATASUS e vinculados à rede SUS. ES, 2006.

Municípios	População 2006	Leitos Totais	Leitos SUS
Anchieta	22312	54	54
Baixo Guandu	28337	68	68
Conceição da Barra	29610	70	56
Ecoporanga	23644	78	56
Guaçuí	28100	72	62
Itaguaçu	15309	58	54
Lúna	28431	69	58
Muqui	13714	96	96
Santa Teresa	21193	64	56
São Gabriel da Palha	28578	129	129
São José do Calçado	10687	88	81
Total	249915	846	770

Fonte: DATASUS/CNES

Por fim, o terceiro agrupamento é formado pelo conjunto de 27 municípios que se constituiu no interesse central da pesquisa (Quadro 1, folha 71). Tais municípios e seus hospitais estão localizados de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Espírito Santo conforme apresentado a seguir no Mapa 1. Apesar de certa uniformidade quantitativa na distribuição segundo as macrorregiões de saúde

¹⁶ O PDR é um instrumento de descentralização e organização de sistemas regionais de serviços de saúde em vigor no ES desde 2003. Adota três macrorregiões (norte, centro e sul) e suas respectivas microrregiões, além de outros recursos de classificação conforme o porte e papel assistencial dos municípios no contexto regional. Está referenciado na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, 01/02 (ESPÍRITO SANTO, 2004)

(Macrorregião Norte com 10 municípios, Macrorregião Centro com 9 e Macrorregião Sul com 8) , nota-se maior concentração dos hospitais de pequeno porte nas microrregiões de São Mateus com 10 hospitais e Cachoeiro do Itapemirim com 07. Porém, ao observar esta mesma distribuição a partir da divisão por módulos assistenciais, a presença destes hospitais tem maior representatividade no módulo de Cachoeiro do Itapemirim onde estão agrupados todos os estabelecimentos hospitalares do segmento estudado que se localizam na macrorregião.

- △ - POLO MACRORREGIONAL
- - POLO MICRORREGIONAL
- - SEDE DE MÓDULO

Macrorregião Norte - Colatina - Linhares :

Microrregiões:

- São Mateus
- Colatina
- Linhares

Macrorregião Centro - Vitória

Microrregiões:

- Serra - Santa Teresa
- Vitória
- Vila Velha - Venda Nova do Imigrante

Macrorregião Sul - Cachoeiro

Microrregiões:

- Cachoeiro de Itapemirim
- Guaçuí



Legenda: ★ Hospital de pequeno porte

Mapa 1 – Municípios de até 30 mil habitantes e hospitais de até 50 leitos, conforme PDR. ES, 2006.
 Fonte: SESA; DATASUS/CNES.

A respeito da tipologia dos estabelecimentos, os dados coletados a partir do CNES para os municípios do estudo informaram a existência de 29 estabelecimentos com unidades de internação vinculadas ao SUS, pois dois municípios possuem, cada um, dois serviços cadastrados nesta condição: Montanha e Jaguaré. Em Pinheiros há o registro de três estabelecimentos, mas apenas 01 (um) integra a rede do Sistema Único de Saúde.

Os estabelecimentos são do tipo hospital geral com 25 serviços e unidade mista de saúde num total de 04 (quatro). Permanece predominante a esfera privada (Tabela 3), assim como observado pela PAMS para o ano de 1990 e quanto à natureza das organizações, tem predomínio as entidades beneficentes sem fins lucrativos, com 15 serviços. Em Jerônimo Monteiro, o hospital é de administração indireta cuja razão social é a autarquia Instituto Estadual de Saúde Pública.

Tabela 3 – Natureza da organização segundo esfera administrativa dos hospitais de pequeno porte pesquisados. ES, 2006.

Esfera Administrativa e Natureza	Quantidade de hospitais
Privada	20
Entidade beneficente sem fins lucrativos	15
Fundação privada	04
Empresa privada	01
Pública	09
Administração direta municipal	08
Administração indireta estadual	01

Fonte: CNES, 2006.

Procedendo a uma divisão conforme número de leitos por estabelecimentos, observa-se uma concentração nas unidades que comportam entre 11 e 30 leitos, correspondendo a quase 52% dos hospitais do estudo, assim como demonstrado por dados relativos ao Brasil em 2005 (UGÁ; LÓPEZ, 2007). As duas faixas extremas têm comportamento diferente da realidade nacional, sendo importante considerar uma maior proporção de estabelecimentos de 41 a 50 leitos na realidade dos municípios deste estudo (Tabela 4).

Tabela 4 – Hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estado, 2006.

Faixa de Leitos	Municípios		Brasil
	Nº	%	%
05 a 10	00	00.0	16.3
11 a 20	03	10.4	24.0
21 a 30	12	41.4	24.0
31 a 40	05	17.2	19.5
41 a 50	09	31.0	16.2
Total	29	100	100

Fonte: CNES, 2006. UGÁ; LOPEZ, 2007.

Os tipos de leitos que sobressaem são os clínicos, como é possível observar na Tabela 5. Na quarta coluna estão incluídos leitos clínicos de tipologias com menor quantidade, encontrados no banco do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. No caso de Venda Nova do Imigrante havia o registro de 01 (um) leito para cardiologia, 02 (dois) para unidade intermediária neonatal, 02 (dois) para neonatologia, 01 (um) em ortopediatraumatologia e 01 (um) para plástica. No município de Pedro Canário, 01 (um) para unidade intermediária, 01 (um) para reabilitação e 06 (seis) em ginecologia. Encontrou-se também 01 (um) leito de psiquiatria em Atílio Vivácqua e 05 (cinco) leitos para neonatologia em Alfredo Chaves. Também houve registro em Mimoso do Sul e Muniz Freire de 03 (três) leitos em ginecologia. Chama a atenção o caso de Venda Nova do Imigrante pela especialidade dos leitos, ainda que pouco numerosos, sendo necessário investimento em tecnologia para adequada operação.

Tabela 5 - Municípios selecionados e tipo de leito clínico em HPP vinculado à rede SUS. ES, 2006.

Município	Leitos Totais	Clínica Geral	Clínica Pediátrica	Clínica Obstétrica	Outros Clínicos
A. Chaves	33	14	05	00	05
Apiacá	30	25	03	02	00
A. Vivacqua	12	10	01	00	01
B. Esperança	30	13	06	06	00
C. do Castelo	23	8	06	00	02
Fundão	29	16	10	03	00
Ibatiba	50	19	16	00	00
Iconha	30	12	06	00	02
Itarana	46	23	10	07	02
Jaguaré	38	10	07	11	00
J. Monteiro	26	17	05	01	00
João Neiva	46	27	08	05	00
L. da Terra	15	10	05	00	00
Mantenópolis	29	12	05	07	00
M. do Sul	45	16	08	00	06
Montanha	91	38	27	11	00
Mucurici	31	16	06	05	00
Muniz Freire	37	15	06	01	03
Pancas	50	19	13	06	00
Pedro Canário	42	8	08	06	08
Pinheiros	36	12	10	05	00
Piuma	26	09	06	03	00
Rio Bananal	28	11	06	06	02
R Novo do Sul	30	15	07	02	00
S. Leopoldina	31	12	09	06	02
Vargem Alta	30	13	04	06	00
V.N. Imigrante	48	13	10	01	09*

(*) Incluídos 2 unidades de isolamento
 Fonte: CNES

4.1.2 Tendência das internações hospitalares pagas entre 1992-2005

Ao verificar o montante das internações pagas entre os anos de 1992 e 2005 aos municípios com hospitais de pequeno porte (APÊNDICE A) notou-se a ocorrência de uma queda ao longo dos anos. Entretanto, através da análise de regressão linear simples, detalhada em capítulo anterior, foi possível determinar se este fato

aconteceu pelo acaso ou se foi significativo, podendo indicar alguma tendência decrescente das internações.

Participaram da análise 26 municípios, pois o município de Laranja da Terra começou a realizar internações a partir de 2003. Acerca do período observado, em João Neiva foram analisados 12 anos (1992 e de 1995 a 2005), ocorrendo o mesmo com Piúma (1992-2003). Em Vargem Alta considerou-se o tempo transcorrido a partir de 1997, totalizando 9 (nove) anos. A seguir será apresentado o resultado obtido com a aplicação da técnica, quando foi permitido classificar os municípios em dois grupos: aqueles com relação linear negativa entre internações e ano; e aqueles sem a presença da relação linear negativa.

Dos municípios analisados, 16 apresentaram uma relação linear negativa entre as variáveis “ANO” e “AIH”, evidenciando que à medida que o tempo transcorre, diminui as internações. Para este grupo, ficou demonstrado haver forte associação entre as duas variáveis, sugerindo que a realização da análise de regressão foi apropriada para estes casos. Em todas as situações foi testada a existência de regressão linear, ao nível de 5% de significância obtendo-se valor- $p < 0,05$ indicando existir regressão linear, sendo o modelo, estatisticamente significativo.

Portanto, ficou evidenciada uma correlação inversa entre as internações e os anos transcorridos, desenhando uma tendência decrescente das internações para 61.5% dos municípios: Apiacá, Boa Esperança, Conceição do Castelo, Fundão, Itarana, Jaguaré, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Montanha, Mucurici, Muniz Freire, Pancas, Piúma, Rio Bananal, Rio Novo do Sul e Santa Leopoldina (Gráficos 4 a 19). Tais modelos se mostraram apropriados para fazerem previsões, entretanto não é adequado retirar do resultado da análise de regressão um elo de causalidade.

Por outro lado, houve um grupo formado por 38.5% dos municípios onde este fenômeno não foi evidenciado pela técnica: Alfredo Chaves, Atílio Vivácqua, Ibatiba, Iconha, Jerônimo Monteiro, João Neiva, Pedro Canário, Pinheiros, Vargem Alta e Venda Nova do Imigrante (Gráficos 20 a 31). Estes 10 municípios não apresentaram relação linear negativa entre “ANO” e “AIH”. A análise de correlação indicou uma associação moderada ou fraca entre as variáveis. Observou-se que a variável ANO possui baixo poder de explicação na variação da AIH. Foi testada a existência de

regressão linear, ao nível de 5% de significância, havendo casos onde p-valor $< 0,05$ indicando que o modelo é estatisticamente significativo, existindo a regressão linear, mas o modelo não se ajustou aos dados em função do poder de explicação - R^2 (variável ANO) não explica a variação da AIH). Nas situações onde p-valor $> 0,05$, demonstrou diretamente não existir regressão linear, assim o modelo não foi estatisticamente significativo.

As figuras abaixo são os diagramas de dispersão entre as duas variáveis AIH e ANO e demonstram a variação das internações pagas entre 1992 e 2005 (Gráficos 4 a 19). Trazem a representação da tendência negativa das internações através do desenho de uma reta descendente.

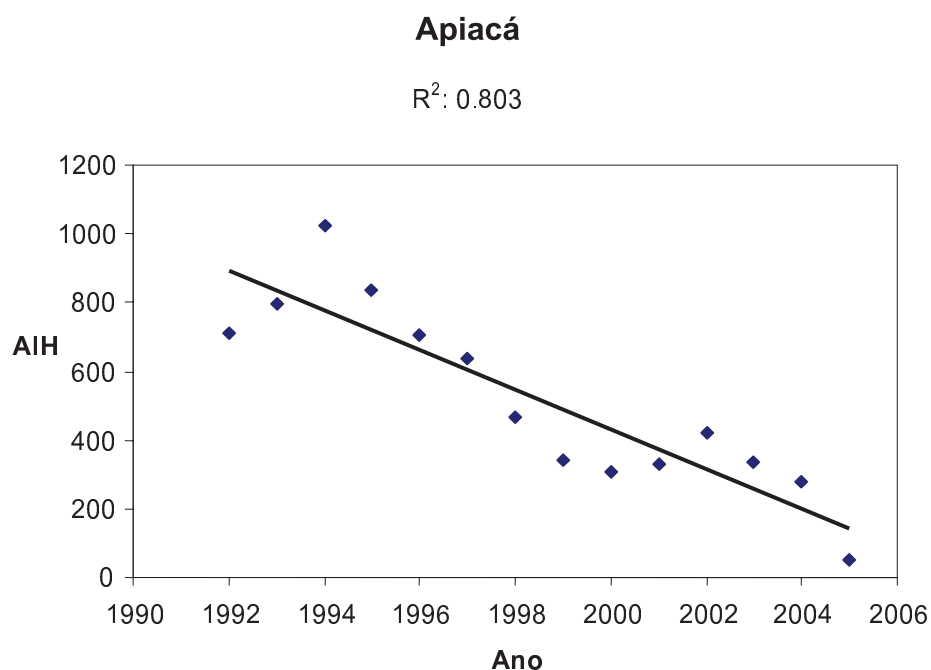


Gráfico 4 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Apiacá. ES, 1992-2005.

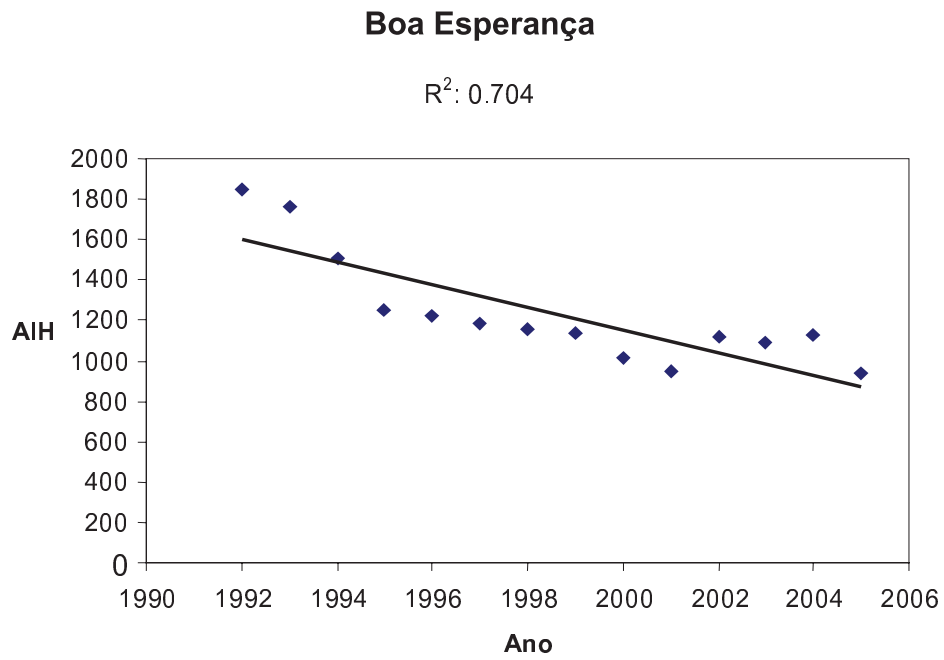


Gráfico 5 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Boa Esperança. ES, 1992-2005.

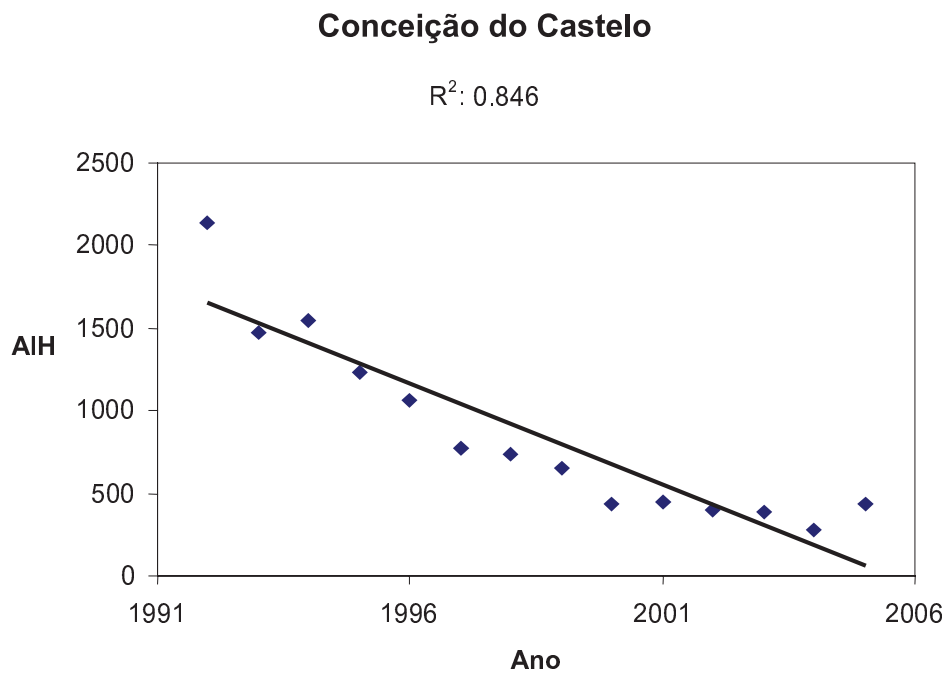


Gráfico 6 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Conceição do Castelo. ES, 1992-2005.

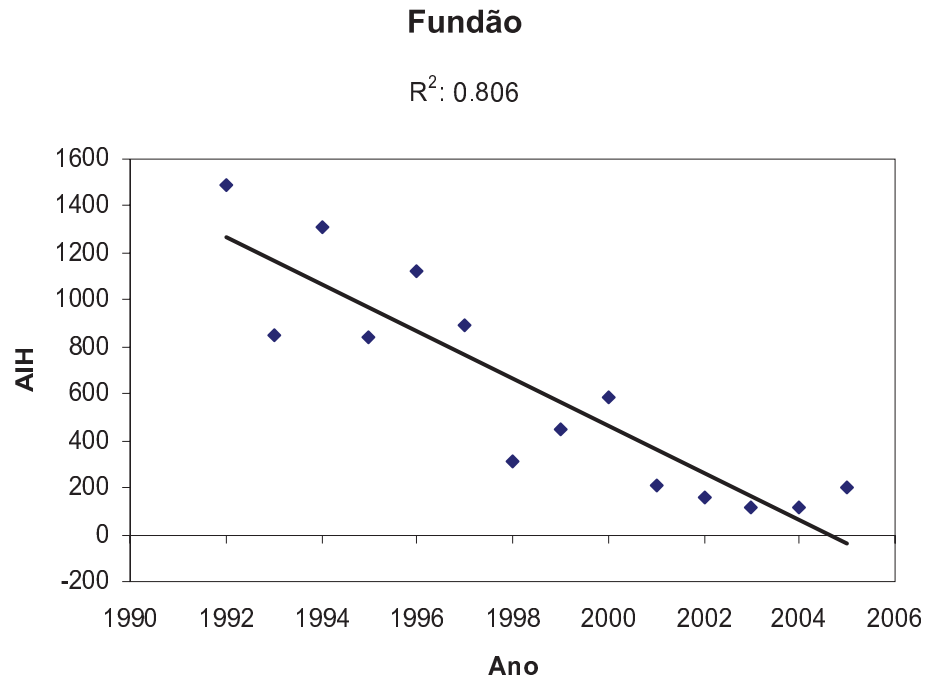


Gráfico 7 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Fundão. ES, 1992-2005.

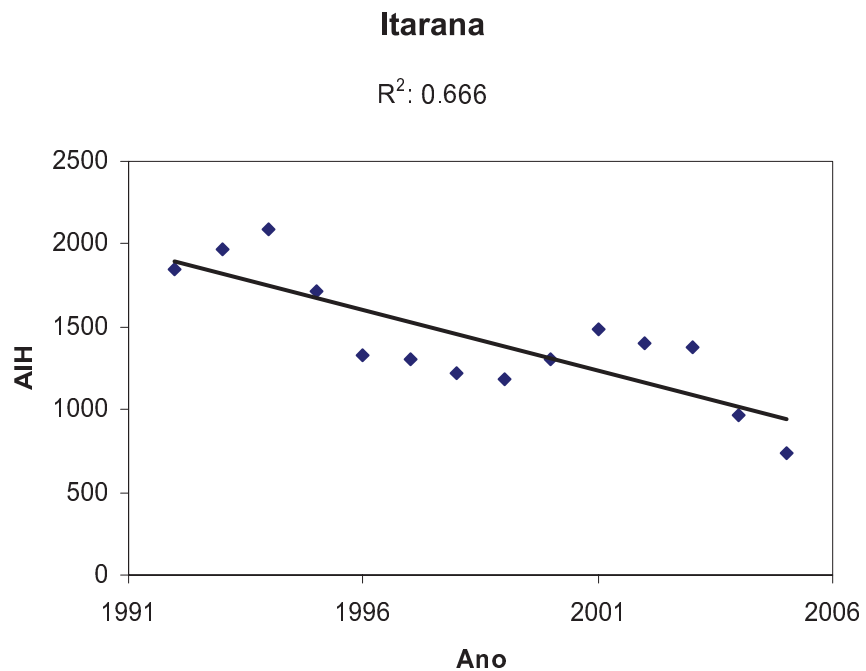


Gráfico 8 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Itarana. ES, 1992-2005.

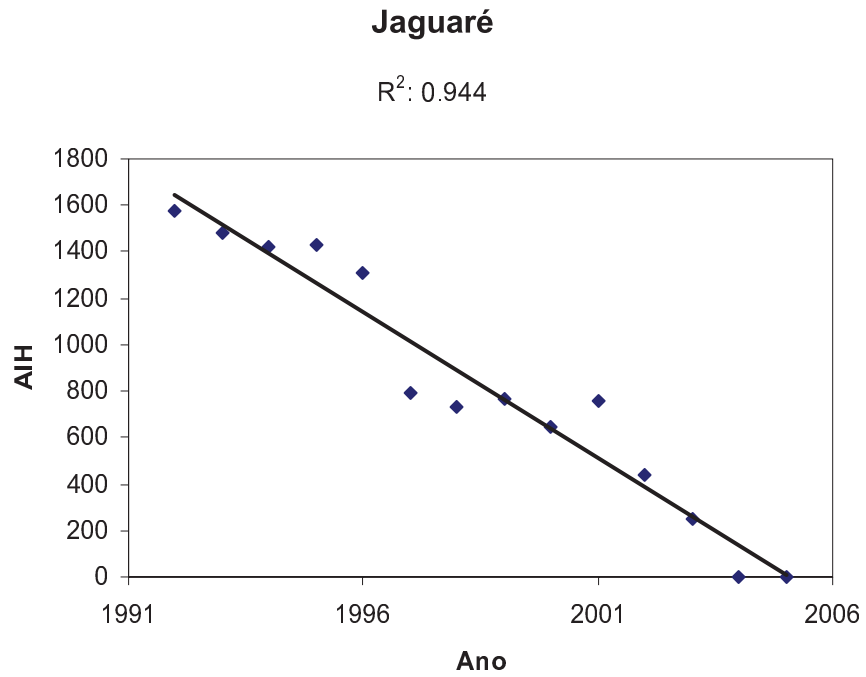


Gráfico 9 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Jaguaré. ES, 1992-2005.

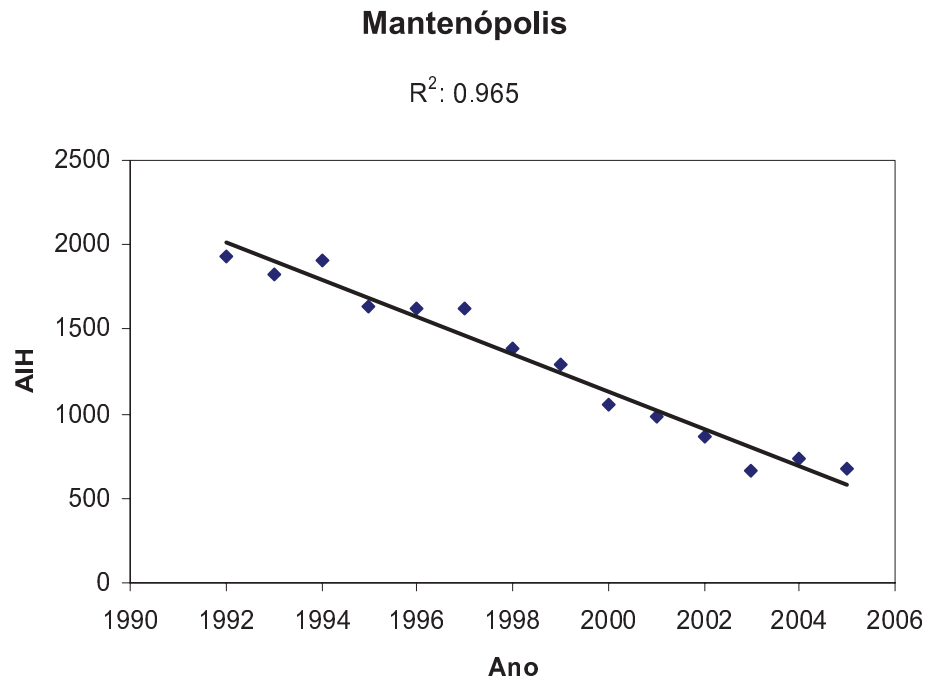


Gráfico 10 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Mantenópolis - ES, 1992-2005.

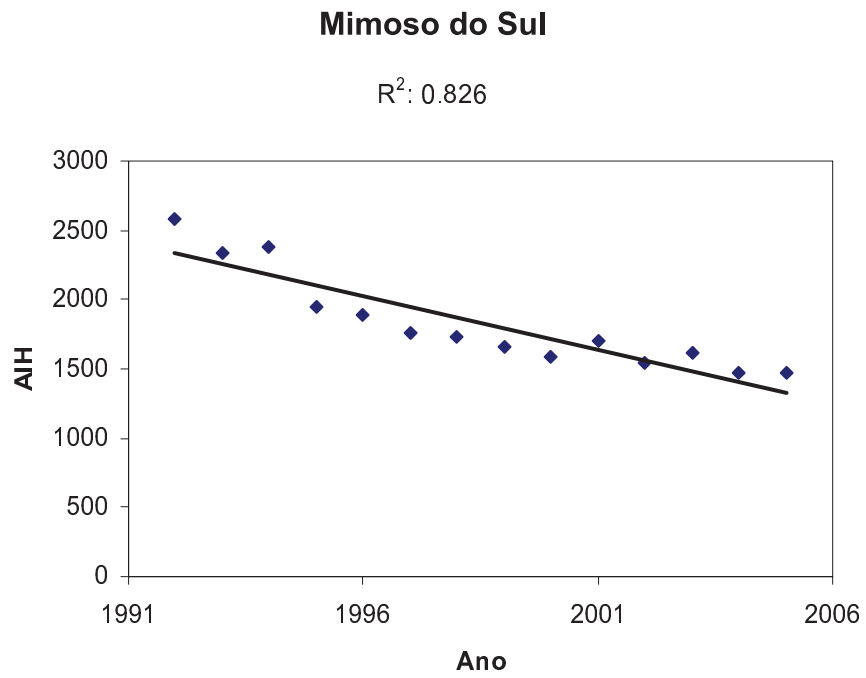


Gráfico 11 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Mimoso do Sul - ES, 1992-2005.

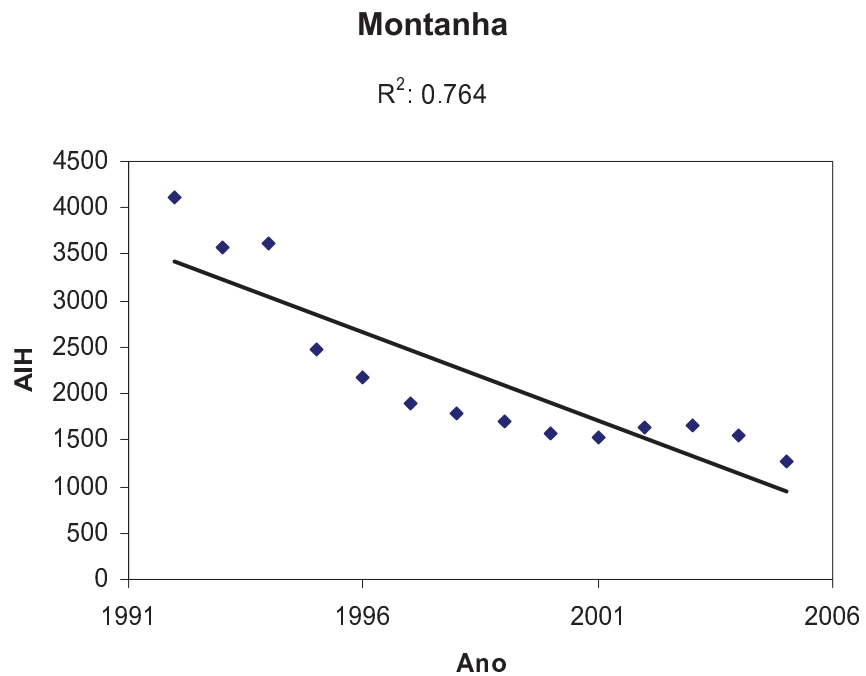


Gráfico 12 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Montanha - ES, 1992-2005.

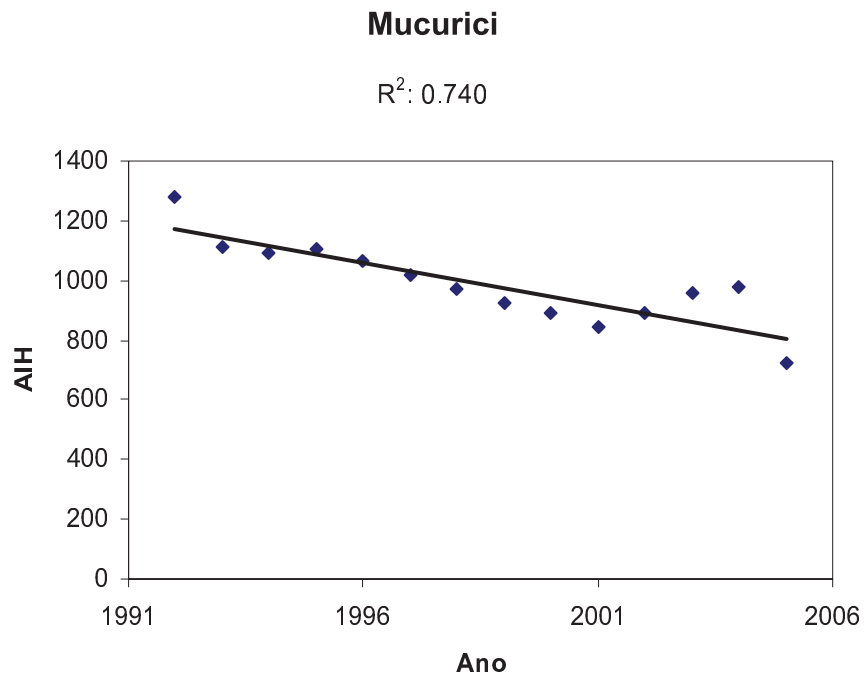


Gráfico 13 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Mucurici - ES, 1992-2005.

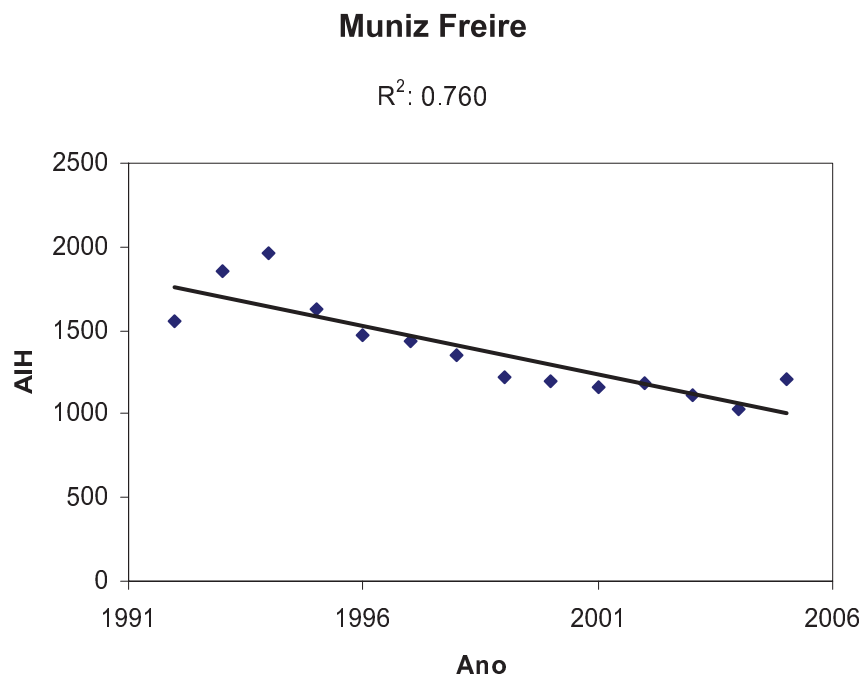


Gráfico 14 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Muniz Freire - ES, 1992-2005.

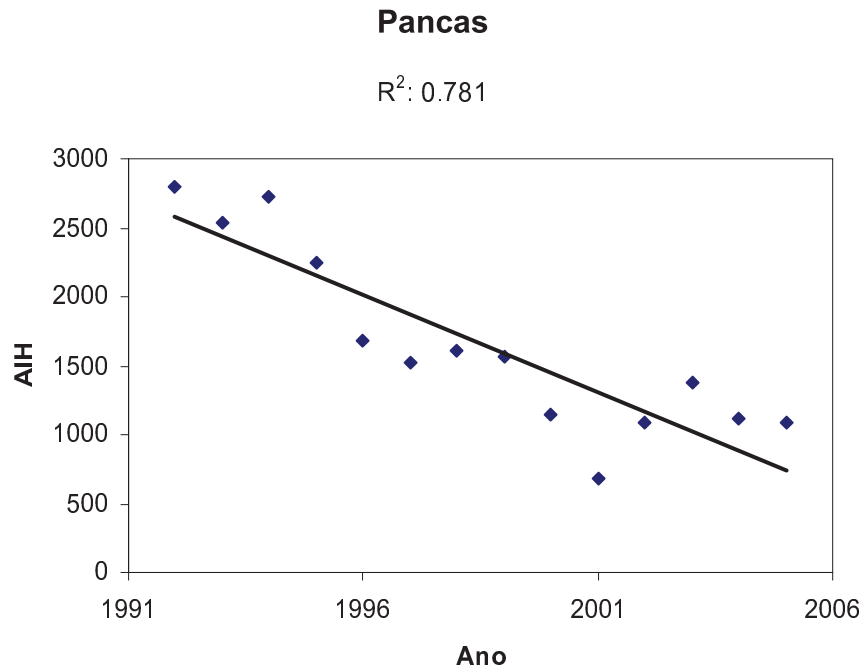


Gráfico 15 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Pancas - ES, 1992-2005.

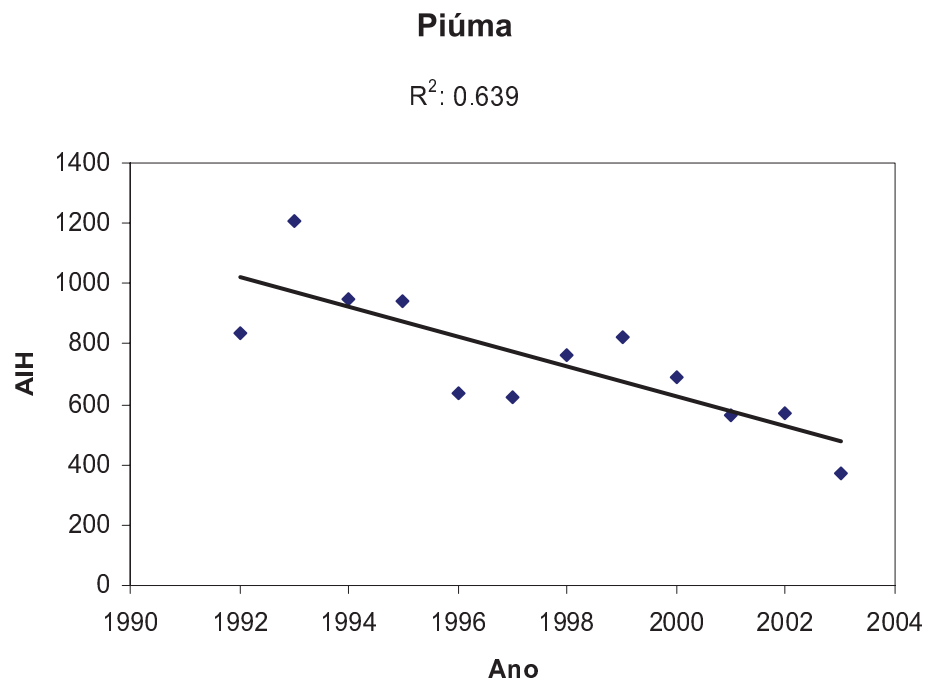


Gráfico 16 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Piúma - ES, 1992-2005.

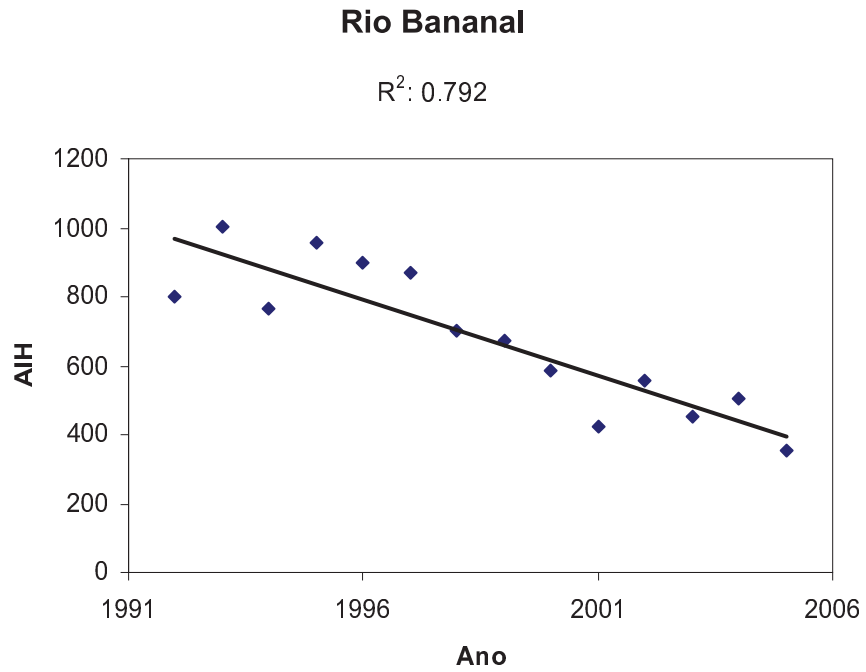


Gráfico 17 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Rio Bananal - ES, 1992-2005.

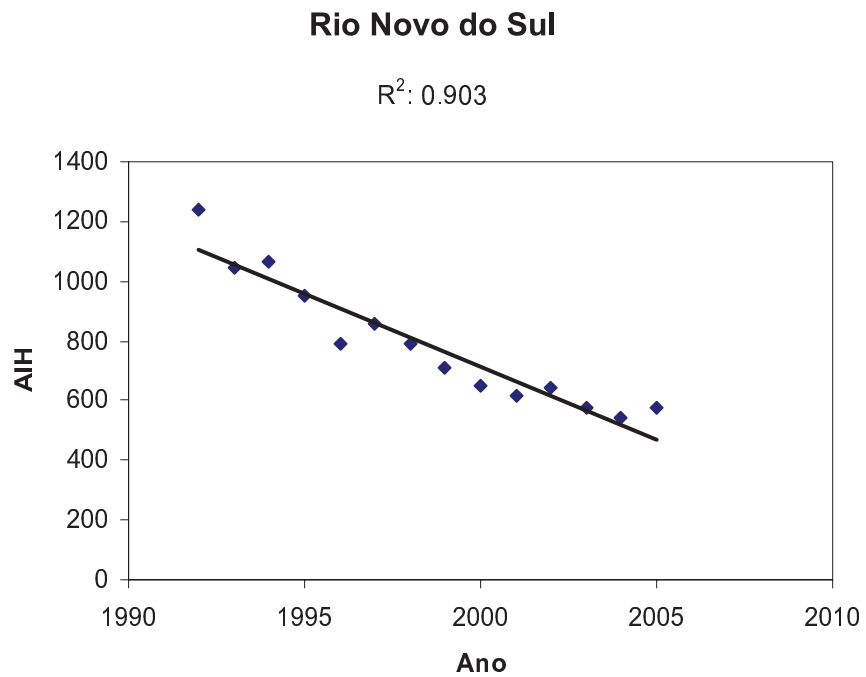


Gráfico 18 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Rio Novo do Sul - ES, 1992-2005.

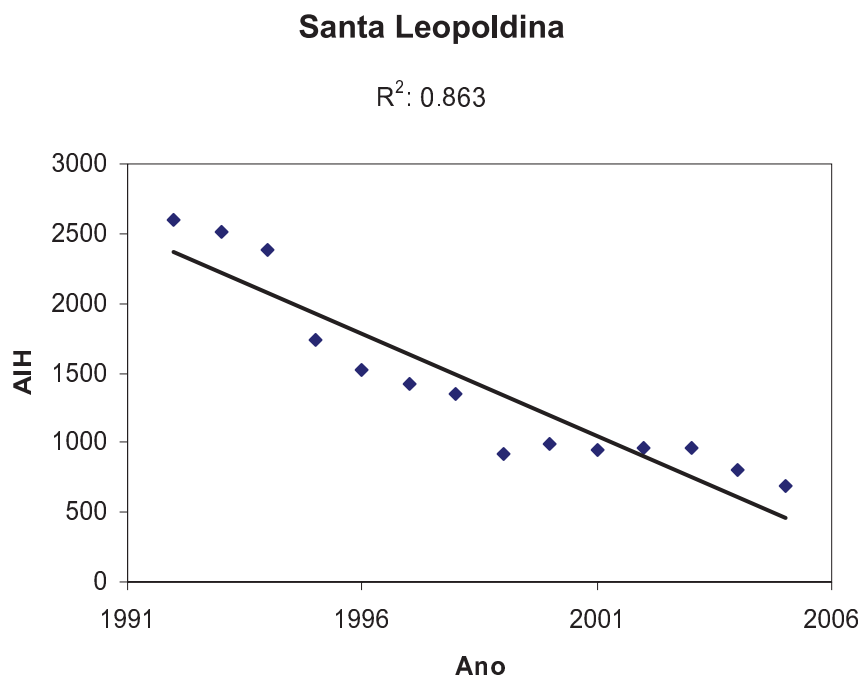


Gráfico 19 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Santa Leopoldina - ES, 1992-2005.

Como já mencionado, alguns municípios não demonstraram tendência negativa das internações e a seguir estão os diagramas de dispersão entre as variáveis AIH e ANO, indicando a variação das internações pagas entre 1992 e 2005 para tais municípios (Gráficos 20 a 31). Foram casos em que a dispersão do valor das internações não se aplicou bem em torno de uma reta descendente, traçando em alguns modelos uma linha representativa da função polinomial, desenhando curvas e deixando visualizar que o movimento das internações mantém uma regularidade ou, até mesmo, uma irregularidade, mas não uma reta em declínio. Há situações de queda, entretanto não se constitui um perfil padrão das internações ao longo da série, mas sim em circunstâncias pontuais.

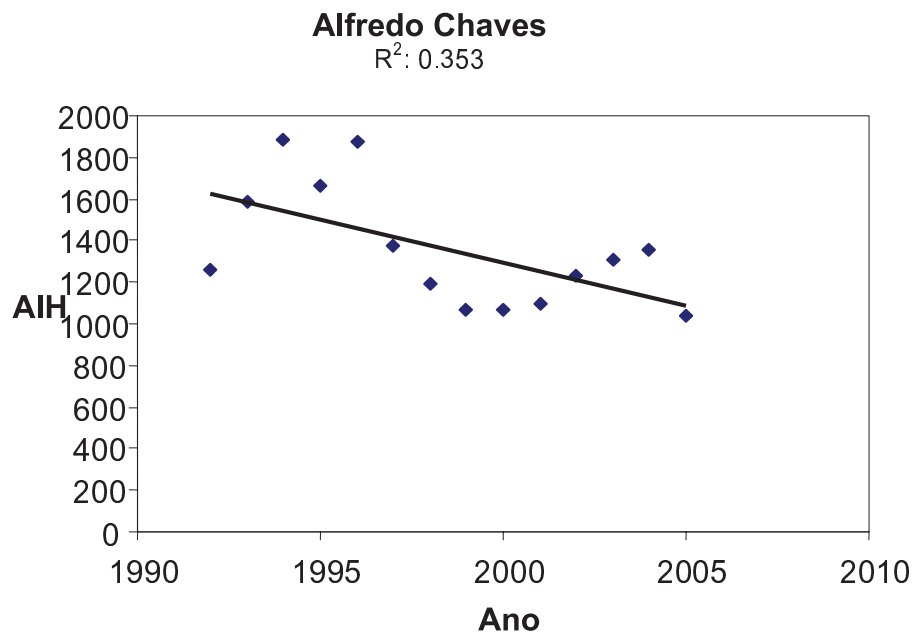


Gráfico 20 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Alfredo Chaves - ES, 1992-2005.

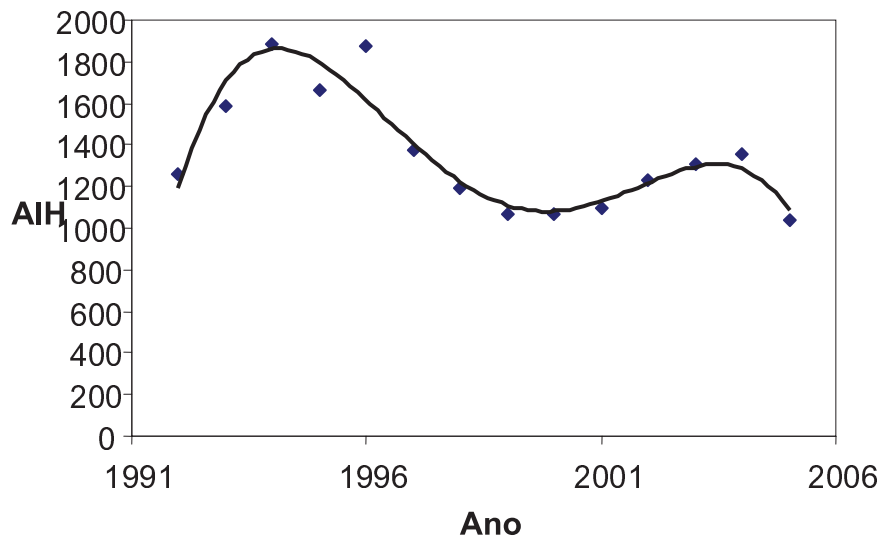


Gráfico 21 - Polinômio de 4º grau entre AIH e ANO. Alfredo Chaves - ES, 1992-2005.

Atílio Vivácqua

$R^2: 0.475$

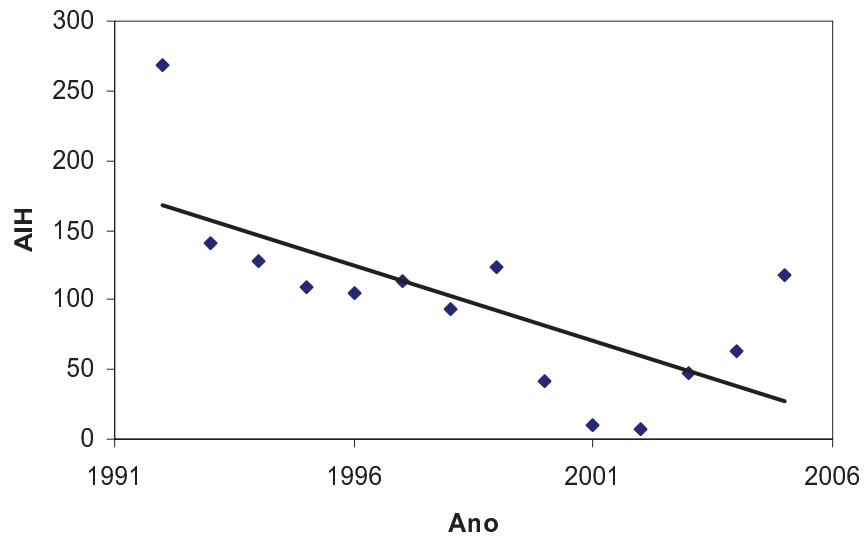


Gráfico 22 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Atílio Vivácqua - ES, 1992-2005.

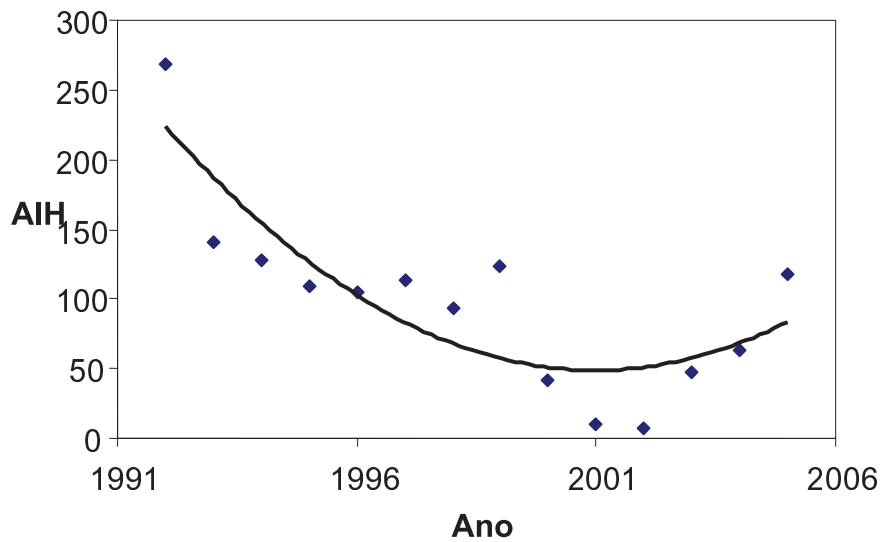


Gráfico 23 - Polinômio de 2º grau entre AIH e ANO. Atílio Vivácqua - ES, 1992-2005.

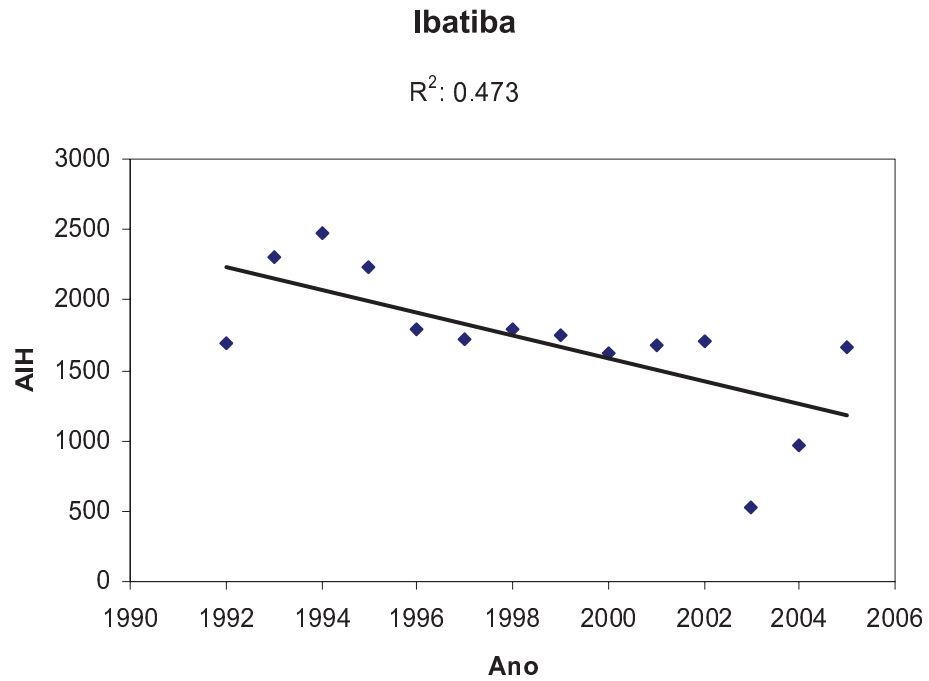


Gráfico 24 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Ibatiba - ES, 1992-2005.

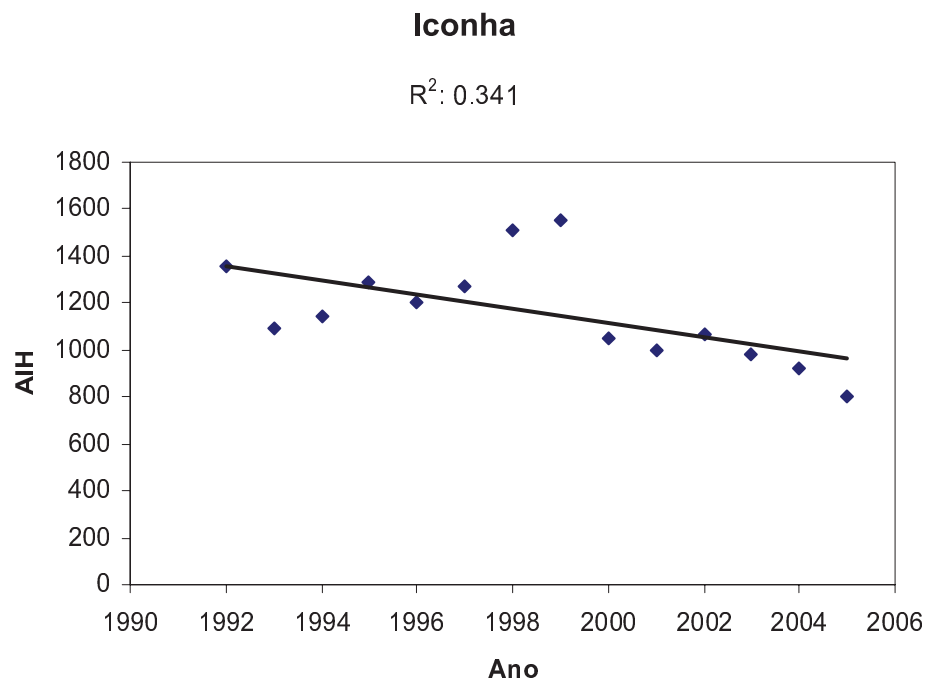


Gráfico 25 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Iconha - ES, 1992-2005.

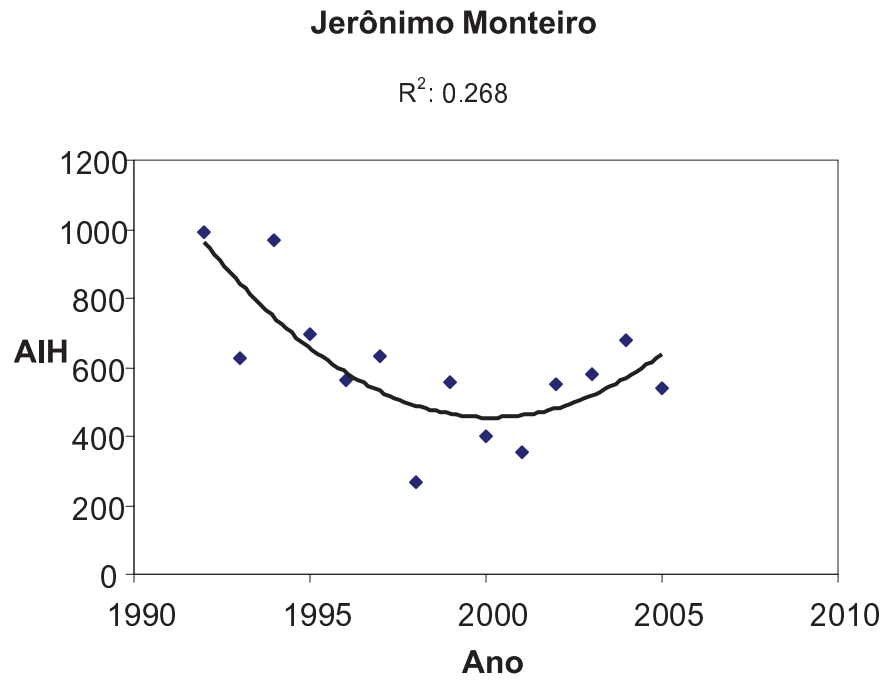


Gráfico 26 - Polinômio do 2º grau entre AIH e ANO. Jerônimo Monteiro - ES, 1992-2005.

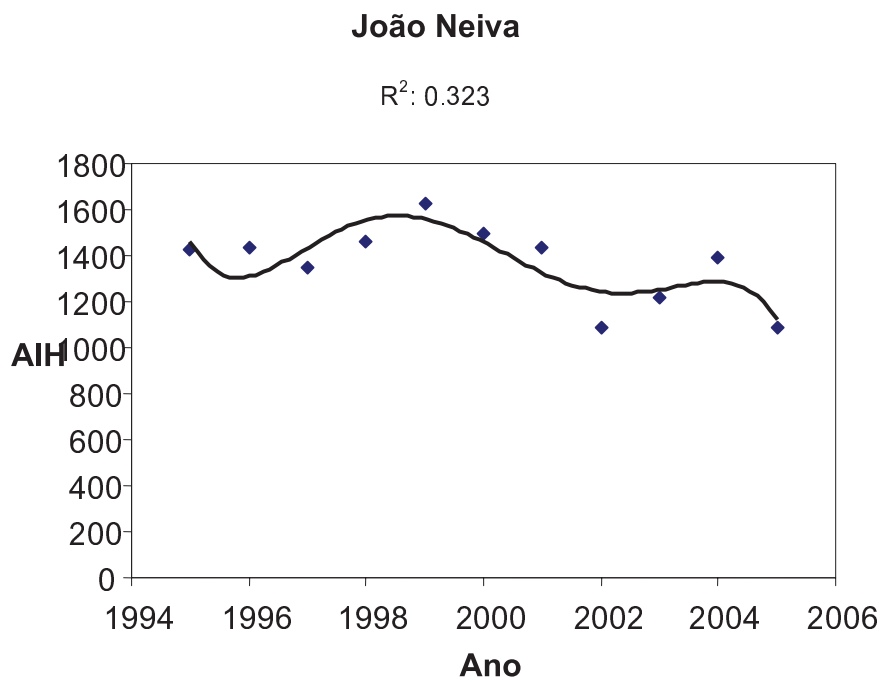


Gráfico 27 - Polinômio de 5º grau entre AIH e ANO. João Neiva - ES, 1992-2005.

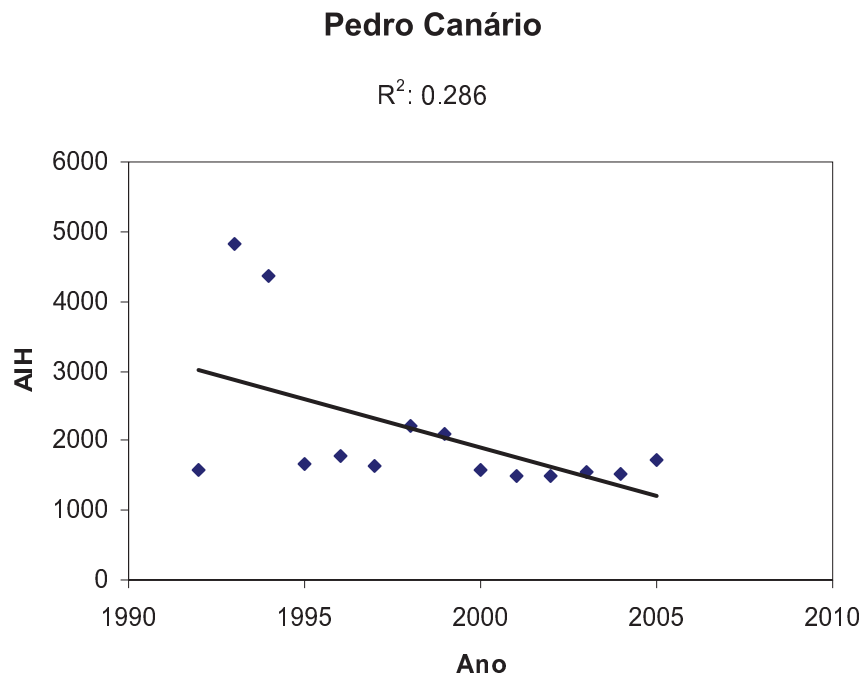


Gráfico 28 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Pedro Canário - ES, 1992-2005.

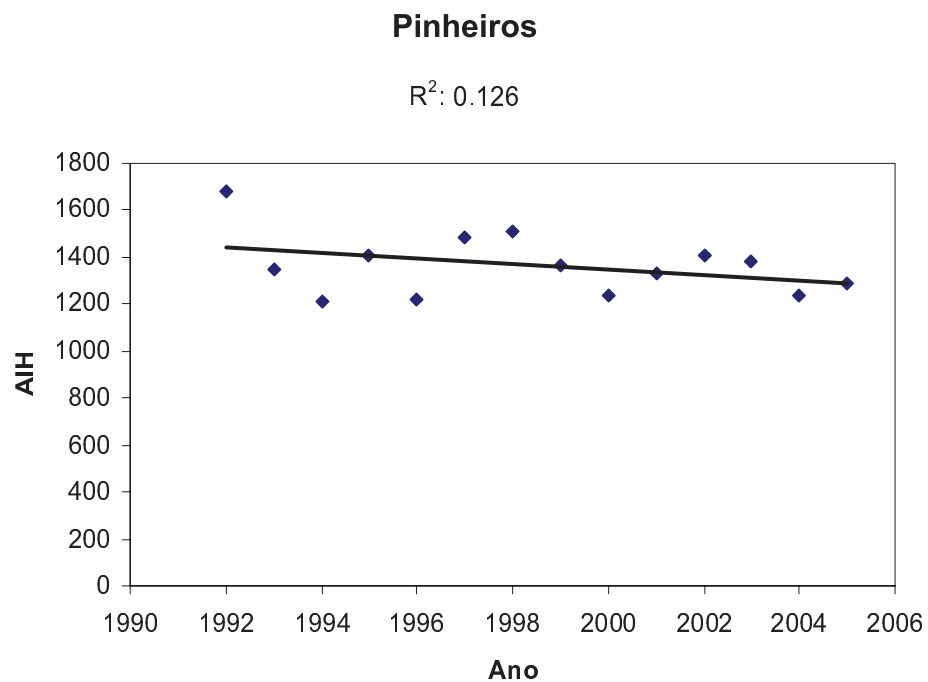


Gráfico 29 - Diagrama de dispersão entre AIH e ANO. Pinheiros - ES, 1992-2005.

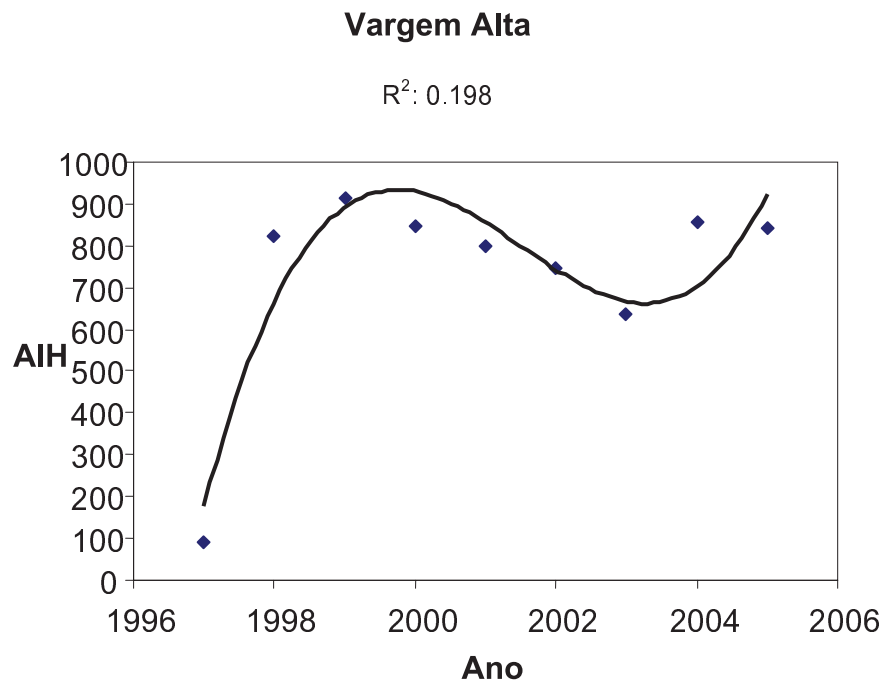


Gráfico 30 - Polinômio de 3º grau entre AIH e ANO. Vargem Alta - ES, 1992-2005.

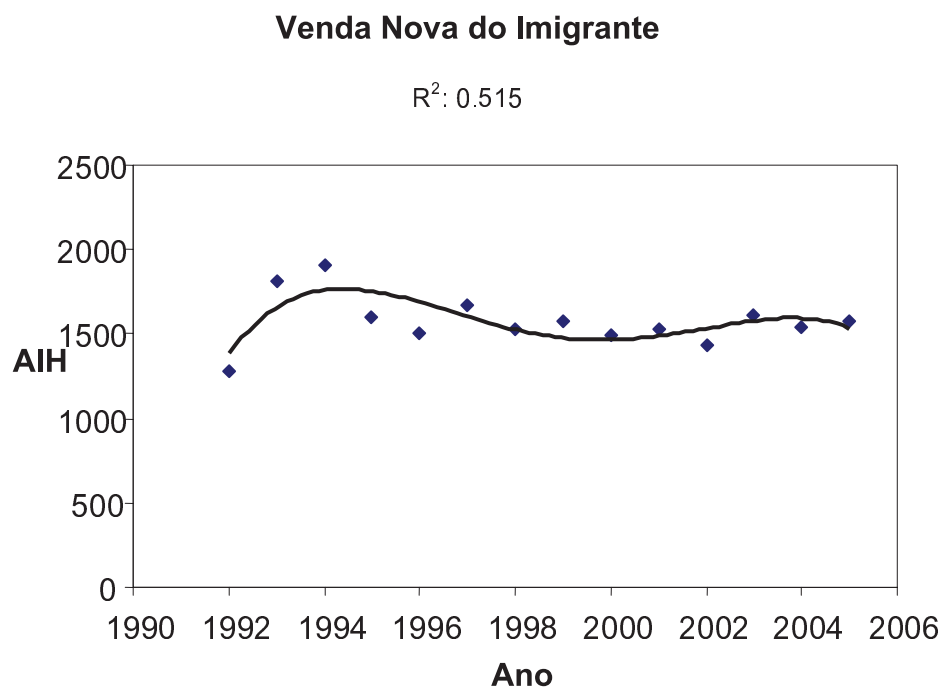


Gráfico 31 - Polinômio de 4º grau entre AIH e ANO. Venda Nova do Imigrante - ES, 1992-2005.

4.1.3 Considerações para compreensão do cenário de uma tendência

O estudo de tendência da série histórica demonstrou que existe um processo de declínio das internações hospitalares em 61.5% dos municípios. Porém, não se deve concluir que de maneira simplista e natural o passar dos anos propicia direta e fatalmente a queda das internações, apesar de nos permitir afirmar que este fato não se trata de uma ilusão. Dessa maneira, o movimento de queda desenhado pelas internações nos hospitais de pequeno porte se revela como um alerta à sobrevivência destes hospitais e deve ser discutida sob a luz de certos aspectos que marcaram a condução da política de saúde na década de 90, sobretudo quanto à gestão do sistema, para que se compreenda em que contexto os hospitais de pequeno porte passaram a transitar.

Neste período presenciou-se o predomínio do pensamento neoliberal a enfatizar a desregulamentação e liberação dos mercados, a privatização das empresas e serviços públicos, além da redução das responsabilidades sociais do Estado, em torno do qual se aprofundou um discurso sobre sua ineficiência e dos elevados custos das suas atividades (ALMEIDA, 1997; VIANNA, 1997). Havia uma crise no Brasil e, como proposta alternativa, agências internacionais em defesa do projeto neoliberalizante indicaram reformas para redução do tamanho do Estado. As medidas tiveram reflexo na formulação, operacionalização e gestão de políticas públicas, a exemplo, a privatização do patrimônio estatal, a introdução de práticas gerenciais originadas dos negócios privados e a retirada do Estado da provisão de serviços (ACIOLE, 2006; FLEURY, 2004).

O Sistema Único de Saúde se inseriu, portanto, num cenário de conflitos com reflexos na organização do Estado, apontando para críticas ao seu papel e para a redução de sua participação tanto no ordenamento econômico, quanto na oferta de bens e serviços sociais. Os gastos públicos precisaram ser contidos e, conseqüentemente, o financiamento das políticas sociais foi visto com dificuldade, diante da tendência de arrefecimento da participação do Estado na vida da sociedade (BARROS, 1996).

Por outro lado, também em vigência neste momento, estava um novo padrão para as políticas sociais caracterizado constitucionalmente pela cobertura universal, pelo estabelecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a sujeição das atividades privadas à regulação em virtude da relevância pública das ações e serviços sociais, além de um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY, 2004).

A garantia do direito à saúde estendido de maneira universal implicaria em novos e altos investimentos financeiros e o SUS demandava uma postura do Estado diferente daquela defendida pela nova ordem econômica mundial que pretendia um organismo reduzido, com cortes nos gastos e responsabilidades públicos (BARROS, 1996). Assim, o esperado seria que Estado não se submetesse a esta nova ordem econômica e que enfrentasse este momento com agilidade. Entretanto, prevaleceram as diretrizes do modelo neoliberal ditado pelas agências internacionais, sobretudo aquelas que viabilizavam a redução do tamanho do Estado e reforçavam a participação do mercado. O SUS se tornou um alvo para o ataque das políticas neoliberais e, assim como em outros setores, na saúde formularam-se políticas segmentadas e focais, compensatórias, com restrição da ação do Estado, enquanto se expandia a atuação da iniciativa privada (ACIOLE, 2006; PEREIRA, 2006).

Em outras palavras, na década de 90, este quadro retratou uma “[...] situação de desmonte do Estado brasileiro, que tem levado a uma crescente *desresponsabilização* do Governo Federal das suas atribuições no terreno social.” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 446).

Para Bueno e Merhy (1997), a edição da Norma Operacional Básica - NOB 96 apresentou consonância com espírito neoliberal ao constituir “cestas básicas” para atendimento de camadas pobres pelo setor público e garantir reserva de mercado aos interesses econômicos. As normas operacionais, lançadas desde o primeiro ano da década, foram instrumentos editados pelo Ministério da Saúde com objetivo de traçar diretrizes do sistema de saúde tratando, dentre outros temas, dos mecanismos de descentralização e financiamento do setor, assim como ainda ocorre nos dias atuais. Para os autores, com a NOB 96 permaneceu a liberdade para o setor privado crescer na ausência do público como prestador de assistência

hospitalar e especializada, ao passo que a atenção básica foi tratada sob a forma de programas como “cestas básicas” e de financiamento fragmentado, segmentando a integralidade do cuidado.

Nos municípios deste estudo, observamos o movimento das internações ofertadas pelo setor público, e a natureza deste movimento sugeriu certa constância ou a queda dos procedimentos realizados. Neste sentido, pode-se pensar em que medida os serviços prestados pelos hospitais de pequeno porte não sofreram com os impactos do discurso neoliberal de redução do papel do Estado, de *desresponsabilização* do Governo Federal e de ampliar a participação do mercado privado lucrativo na saúde. Em Correia (2006), encontra-se a análise de que a partir da segunda metade da década de 90, em conformidade com as determinações do Banco Mundial, a política de saúde deveria romper com o caráter universal do sistema público cuidando apenas dos mais pobres. Este cuidado seria centrado na atenção básica e numa oferta racionalizadora das ações de média e alta complexidade. Nestas ações estavam inseridas as internações hospitalares, configurando, portanto, uma restrição à oferta de serviços que atingia os pequenos hospitais, podendo comprometer o desempenho e sobrevivência deste segmento.

Para Mattos (2001), a ajuda do Banco Mundial se concretizava não só pelo aspecto financeiro, mas também na formulação de idéias para a política de saúde, cujo caráter se distinguia em três categorias: criar um ambiente para que as famílias melhorassem suas condições de vida; tornar mais criteriosos os gastos públicos em saúde, voltando-se para ações que combinassem efetividade e baixo custo e, assim, estabelecer um pacote de cuidados essenciais; promover a concorrência no setor abarcando a iniciativa privada ou seguros de saúde, sobretudo na oferta de serviços complementares ao pacote básico. Durante a década de 90, segundo Costa e Pinto (2002), ocorreu, por força do processo de descentralização, o aumento da oferta de atenção ambulatorial e básica pelo SUS, com financiamento específico a exemplo do Piso de Atenção Básica (PAB). Para o autor, este crescimento foi evidente nos pequenos municípios brasileiros, o que propicia considerar que os investimentos nas ações ambulatoriais e básicas tiraram o foco sob os pequenos hospitais e pretenderam beneficiar a população com medidas consideradas efetivas, porém de baixo custo.

Considera-se que estes aspectos são relevantes para uma reflexão geral do contexto analisado, entretanto, sabe-se que a redução das internações hospitalares podem ser tratadas sob outros ângulos. Neste sentido, tem sido amplamente analisado influências de medidas internas e externas ao setor saúde capazes de influenciar na demanda por leitos hospitalares (DUARTE, 1999; VECINA NETO; MALIK, A. M, 2007), dentre elas, o aumento da cobertura de saneamento básico, melhor nível de escolarização e de renda, referência ambulatorial para enfermidades que antes seriam de abordagem hospitalar e iniciativas de atendimento domiciliar. Entretanto, seria necessária uma observação rigorosa sobre cada circunstância nas realidades municipais específicas.

De maneira geral, o processo observado de declínio das internações nos hospitais de pequeno porte se deu num contexto político caracterizado pela redução do papel do Estado na área social e pela opção de investimento em ações racionalizadoras na saúde. Neste contexto, despontaram as medidas relativas aos programas de atenção básica direcionadas aos municípios e com aporte financeiro federal para as cidades que aderissem às propostas federais. Tais fatos parecem ter refletido na dinâmica deste segmento hospitalar, uma vez que estavam e continuam inseridos em municípios pequenos, com pouca capacidade de gestão da rede hospitalar e que adotaram os programas da atenção básica em virtude também dos incentivos financeiros a eles atrelados. Não foi considerado em que medida os pequenos hospitais poderiam contribuir para a resolutividade da atenção básica, no sentido de qualificar este nível nas localidades interioranas e o financiamento por “programas” fez lembrar a antiga dicotomia presente na trajetória da saúde: ações promocionais e preventivas versus ações curativas.

Ainda como impacto, ficou comprometida a organização das redes locais de atenção, uma vez que seria fundamental o fomento à iniciativas de articulação dos serviços hospitalares e de atenção básica, assim como aprofundar na discussão acerca do papel dos pequenos hospitais para a assistência no sistema local. Estes hospitais permaneceram em atividade sob o risco de terem suas estruturas e serviços sucateados e de se tornarem peças desarticuladas dentro do sistema, embora permanecessem como instituições relevantes para a população que por longa data se habituou a depositar nos hospitais expectativas diversas de cuidado

por apresentarem a possibilidade de um atendimento imediato: a presença do médico nas 24 horas durante todos os dias da semana.

Assim a observação desta tendência de queda das internações dos hospitais de pequeno porte introduz uma preocupação também quanto à integralidade do cuidado, pois em todos os municípios onde se localizam eles representam a única possibilidade de atendimento no nível hospitalar e de urgência e emergência, sendo necessário que estas instituições se articulem dentro de um modelo pautado pelas necessidades da população local, numa perspectiva de aprimoramento da atenção básica e com tecnologia compatível para este ideal. Caberá, portanto, uma discussão que extrapola as determinações racionais de custos e aponte para uma avaliação que respeite a singularidade dos municípios considerando as necessidades de saúde da população, a rede de serviços e a capacidade do município em operá-la. Estas reflexões indicam a importância de se caracterizar o perfil apresentado por tais hospitais no momento atual com o intuito de identificar as fragilidades e potenciais destas instituições para o contexto da assistência à saúde.

4.2 Perfil dos hospitais de pequeno porte

Com objetivo de aprofundar os resultados apontados pela técnica de regressão linear, pretende-se identificar o perfil dos hospitais considerando características atinentes aos seus serviços disponíveis no banco de dados do CNES: natureza da organização, esfera administrativa, porte de leitos, tipo de atendimento oferecido para clientela SUS, particular e de planos de saúde; presença de equipamentos nos hospitais e instalações físicas para assistência à saúde. Para tanto, tomou-se os dois agrupamentos de municípios gerados pela análise de regressão e, com objetivo de organizar o texto, será referido aos municípios com tendência negativa das internações como *Grupo 1* e os que não a apresentaram, *Grupo 2* (Tabela 6). Ao final estão demonstradas de forma sintética algumas características relevantes para os municípios e hospitais dos grupos estudados, além de outras considerações.

Tabela 6 – Grupos conforme resultado do estudo de tendência das internações hospitalares. Municípios do estudo, 1992-2005.

GRUPO 1 Municípios COM relação linear negativa	GRUPO 2 Municípios SEM relação linear negativa
Apiacá ,	Alfredo Chaves
Boa Esperança	Atilio Vivácqua
Conceição do Castelo	Ibatiba
Fundão	Iconha
Itarana	Jerônimo Monteiro
Jaguaré	João Neiva
Mantenópolis	Pedro Canário
Mimoso do Sul	Pinheiros
Montanha	Vargem Alta
Mucurici	Venda Nova do Imigrante
Muniz Freire	
Pancas	
Piuma	
Rio Bananal	
Rio Novo do Sul	
Santa Leopoldina	
Total: 16	Total: 10

4.2.1 Caracterização dos hospitais localizados nos municípios do Grupo 1

4.2.1.1 Natureza, esfera e porte de leitos

Predominam os hospitais da esfera privada com mais de 70% das unidades, dentre as quais prevalecem as entidades beneficentes sem fins lucrativos. Todos os hospitais públicos são vinculados à administração municipal e, quanto ao porte, os estabelecimentos entre 11 e 30 leitos representam 55.5% dos hospitais (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7 – Quantidade de hospitais segundo natureza da organização e esfera administrativa. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.

Esfera Administrativa e Natureza	Hospitais	%
Privada	13	72.2
Entidade beneficente sem fins lucrativos	10	55.5
Fundação privada	03	16.7
Pública	05	27.8
Administração direta municipal	05	27.8

Fonte: DATASUS/CNES

Tabela 8 – Quantidade de hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estudo com tendência negativa das internações, 2007.

Faixa de Leitos	Hospitais	%
5 a 10	00	00.0
11 a 20	01	05.5
21 a 30	09	50.0
31 a 40	03	16.7
41 a 50	05	27.8
Total	18	100

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.1.2 Tipo de atendimento e clientela

Conforme Tabela 9, praticamente todos os hospitais prestam atendimento ambulatorial à clientela SUS. Apenas 01 (um) estabelecimento da esfera pública não tem registrado no CNES este tipo de serviço e da mesma forma se passa para o atendimento de urgência e emergência. Além dos serviços de internação, os usuários do sistema público têm acesso aos serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) em todos os municípios.

Para a clientela particular é mais representativa a oferta de serviços de internação hospitalar e de SADT. Nota-se também a presença de hospitais credenciados a prestar serviços para planos suplementares de saúde, um setor bastante representativo na realidade nacional (FIGUEIREDO, 2007).

Tabela 9 - Atendimento prestado nos hospitais e tipo de clientela. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.

Tipo de atendimento e clientela	Hospitais	%
Ambulatorial		
SUS	17	94.4
Particular	06	33.3
Plano de Saúde	02	11.0
Internação		
SUS	18	100
Particular	10	55.5
Plano de Saúde	03	16.6
SADT		
SUS	18	100
Particular	07	38.8
Plano de Saúde	03	16.6
Urgência/emergência		
SUS	17	94.4
Particular	06	33.3
Plano de Saúde	03	16.6

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.1.3 Equipamentos de saúde

Apesar de os equipamentos de Raio-X serem os mais presentes no apoio ao diagnóstico, notou-se quatro hospitais sem o registro deste equipamento. É inexistente algum serviço de ultrassonografia nos hospitais deste grupo e metade dos hospitais possui eletrocardiógrafo. Isto demonstra certa dificuldade no apoio ao diagnóstico dos casos atendidos pelos hospitais. Para os equipamentos que atuam na manutenção da vida, os hospitais também demonstraram não estarem plenamente equipados (Tabela 10).

Tabela 10 – Presença de equipamentos nos hospitais. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.

Tipos de equipamentos	Hospitais	%
Diagnóstico		
Raio X	14	77.7
• Raio x até 100 ma	08	44.4
• Raio x de 100 a 500 ma	08	44.4
Ultrassom	00	00.0
Eletrocardiógrafo	09	50.0
Manutenção da vida		
Berço aquecido	11	61.0
Bomba de infusão	02	11.0
Desfibrilador	07	38.8
Equipamento de fototerapia	09	50.0
Incubadora	12	66.6
Monitor de ecg	07	38.8
Monitor de pressão	03	16.6
• Monitor de pressão invasivo	00	00.0
• Monitor de pressão não-invasivo	03	16.6
Reanimador pulmonar/ambu	16	88.8
Respirador/ventilador	05	27.7

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.1.4 Instalações para assistência

As instalações destinadas ao atendimento hospitalar chamam atenção pela ausência, tendo em vista o tipo de serviço a que se referem e o papel que tais hospitais devem cumprir na rede conforme PNHPP. Por outro lado, a presença de ambientes como salas de observação, pequenas cirurgias, nebulização e curativo demonstram que tais estabelecimentos têm um destaque na prestação de cuidados ambulatoriais e de urgência e emergência para a população, até mesmo dado o seu funcionamento ininterrupto (Tabela 11).

Tabela 11 - Instalações físicas para assistência nos hospitais. Municípios com tendência negativa das internações, 2007.

Tipo de Instalações Físicas	Hospitais	%
Assistência urgência e emergência		
Sala de curativo	13	72.2
Sala de gesso	04	22.2
Sala pequena cirurgia	14	77.7
Sala de repouso/observação	15	83.3
Assistência ambulatorial		
Sala de cirurgia ambulatorial	05	27.7
Sala de curativo	08	44.4
Sala de gesso	04	22.2
Sala de nebulização	13	72.2
Sala de pequena cirurgia	08	44.4
Assistência hospitalar		
Sala de cirurgia	16	88.8
Sala de parto normal	16	88.8
Sala de pré-parto	15	83.3

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.1.5 Abrangência populacional ¹⁷

Percebe-se que em alguns casos a atuação dos hospitais de pequeno porte extrapola os limites do município onde se localizam. Dentre os municípios com produção no SIH em 2005 e apenas 1 (um) hospital, verificou-se que em 5 (cinco) cidades do primeiro grupo (Tabela 12) mais de 10% da demanda atendida se destinou à moradores de outros municípios (38.5%). Observou-se ainda que o hospital de Mantenedópolis, com menos de 30 leitos, atendeu mais de 10% das internações em demanda externa ao município. Nestas situações tem-se o atendimento a populações sem acesso a serviços hospitalares no município de

¹⁷ O documento que subsidiou a discussão e elaboração da Portaria GM 1101 de 12 de Junho de 2002 apresenta um parâmetro para atendimento dos hospitais de pequeno porte entre 30 e 50 leitos “[...] Em geral, localizados em municípios pequenos, seus serviços atendem basicamente a população do próprio município, sendo que os atendimentos a municípios vizinhos que não contam com estrutura hospitalar, comumente não ultrapassam 10% do total de seus atendimentos Poderiam garantir uma cobertura de internação de cerca de 4% a 5% da população, ou seja, poderiam garantir no próprio território, cerca de 30 a 50 % das necessidades de internação da população local [...]” (BRASIL, 2001, p.45). Mesmo considerando que se trata de uma única fonte, o parâmetro foi aqui utilizado como uma referência para avaliação da abrangência dos hospitais. Foram excluídos os municípios de Jaguaré e Montanha por apresentarem dois hospitais cada um e também Piuma por não ter produção no ano de 2005.

origem, como é o caso de Ponto Belo e Alto Rio Novo e também atendimentos a regiões de fronteira.

Tabela 12 - HPP único no território e internações de não residentes superior a 10% da demanda. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.

Município	Internação de não residente (%)	Procedência Municípios do ES	Internações
Apiacá	16.9	Mimoso do Sul	08
Mantenópolis	18.96	Alto Rio Novo	53
		Pedro Canário	01
Mucurici	52.89	Ponto Belo	341
		Ecoporanga	29
		Montanha	06
		Outros	04
Pancas	16.86	Alto Rio Novo	143
		Baixo Guandu	33
		Outros	03
Rio N do Sul	19.89	Itapemirim	93
		Cachoeiro do Itapemirim	06
		Iconha	05
		Marataízes	04
		Outros	07

Fonte: DATASUS

Acerca da capacidade de internação da população residente no próprio hospital¹⁸, os dados indicaram que há uma absorção excessiva de internações pela maioria dos hospitais que possuem de 30 a 50 leitos, ou seja, acima de 5% da população (Tabela 13). Todavia, percebe-se que determinadas unidades não atingem o percentual mínimo esperado para o seu porte, Apiacá e Rio Novo do Sul. Dentre os hospitais entre 30 e 50 leitos, as coberturas de internação variaram de 0.55 até 6.09% da população local e todos os hospitais pertencem à esfera privada.

Tabela 13 – Cobertura de internação da população residente pelos hospitais entre 30 e 50 leitos, únicos no território. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.

Cobertura	Hospitais	%
Abaixo 4%	02	22.2
Entre 4-5%	02	22.2
Acima de 5%	05	55.6

Fonte: DATASUS

¹⁸ Conforme esclarecido em nota anterior, hospitais de pequeno porte entre 30 e 50 leitos poderiam garantir uma cobertura entre 4 e 5% da população local (BRASIL, 2001).

Para os hospitais com até 29 leitos e únicos no território, apenas o serviço privado situado no município de Mantenópolis apresentou cobertura entre 4 e 5% da população local. Os demais hospitais de Conceição do Castelo, Fundão e Rio Bananal são unidades públicas e tiveram cobertura inferior a 4%, podendo indicar um perfil mais apropriado ao porte dos estabelecimentos e sua capacidade de resolução.

Os dados da Tabela 14 demonstram o percentual das internações dos residentes que foram realizadas no próprio município, ou ainda, em que proporção os habitantes necessitaram de outros serviços hospitalares. Em quase 75% dos municípios, mais da metade das internações de seus residentes se deram preferencialmente no próprio local.

Tabela 14 - Total das internações dos residentes e % realizado no local de origem. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.

Município	Rede SUS Total	Município de origem (%)
Piuma	414	00.00
Apiacá	537	08.19
Fundão	887	21.53
Jaguaré	784	30.73
Rio N. do Sul	909	50.93
Rio Bananal	584	59.58
C. do Castelo	686	63.12
Mantenópolis	844	64.81
B. Esperança	1227	69.60
S.Leopoldina	927	69.18
Mucurici	477	71.69
Itarana	933	73.09
M do Sul	2011	73.09
Muniz Freire	1593	74.26
Pancas	1211	74.48
Montanha	1417	80.87

Fonte: DATASUS

4.2.2 Caracterização dos hospitais localizados nos municípios do Grupo 2

4.2.2.1 Natureza, esfera e porte de leitos

Os hospitais privados equivalem a 70% das unidades, predominando também neste grupo as entidades beneficentes sem fins lucrativos (Tabela 15). Quanto ao porte, há uma distribuição mais acentuada nos estabelecimentos entre 31 e 50 leitos, com 60% dos hospitais (Tabela 16).

Tabela 15 – Quantidade de hospitais segundo natureza da organização e esfera administrativa. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.

Esfera Administrativa e Natureza	Hospitais	%
Privada	07	70
Entidade beneficente sem fins lucrativos	05	50
Fundação privada	01	10
Empresa privada	01	10
Pública	03	30
Administração direta municipal	02	20
Administração indireta estadual	01	10

Fonte: DATASUS/CNES

Tabela 16 – Quantidade de hospitais conforme porte de leitos. Municípios do estudo sem tendência negativa das internações, 2007.

Faixa de Leitos	Hospitais	%
5 a 10	00	00
11 a 20	01	10
21 a 30	03	30
31 a 40	02	20
41 a 50	04	40
Total	10	100

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.2.2 Tipo de atendimento e clientela

Todas as unidades hospitalares oferecem, além das internações, serviços ambulatoriais, exames e atendimentos de urgência/emergência para clientela SUS, não ocorrendo o mesmo para outros usuários. Para a clientela particular, os serviços de internação são os mais ofertados e usuários de planos de saúde tem atendimento em dois hospitais (Tabela 17).

Tabela 17 – Atendimento prestado nos hospitais e tipo de clientela. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.

Tipo de atendimento e clientela	Hospitais	%
Ambulatório		
SUS	10	100
Particular	05	50
Plano de Saúde	02	20
Internação		
SUS	10	100
Particular	07	70
Plano de Saúde	02	20
SADT		
SUS	10	100
Particular	05	50
Plano de Saúde	02	20
Urgência/emergência		
SUS	10	100
Particular	05	50
Plano de Saúde	02	20

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.2.3 Equipamentos de saúde

A respeito dos equipamentos de diagnóstico, todos os hospitais do grupo 2 possuem aparelho de Raio-X, entretanto, ainda se percebe a ausência dos demais aparelhos de ultrassom e eletrocardiógrafo. Dentre os de suporte à manutenção da vida, somente o reanimador pulmonar está em uso em todos os estabelecimentos (Tabela 18). Dentro deste grupo, os municípios de Ibatiba, Jerônimo Monteiro, Pedro Canário e Venda Nova do Imigrante registraram maior número de equipamentos.

Tabela 18 – Presença de equipamentos nos hospitais. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.

Tipos de equipamentos	Hospitais	%
Diagnóstico		
Raio X	10	100
• Raio x até 100 ma	06	60
• Raio x de 100 a 500 ma	08	80
Ultrassom	04	40
Eletrocardiógrafo	07	70
Manutenção da vida		
Berço aquecido	08	80
Bomba de infusão	04	40
Desfibrilador	06	60
Equipamento de fototerapia	06	60
Incubadora	09	90
Monitor de ecg	06	60
Monitor de pressão	04	40
• Monitor de pressão invasivo	03	30
• Monitor de pressão não-invasivo	03	30
Reanimador pulmonar/ambu	10	100
Respirador/ventilador	05	50

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.2.4 Instalações para assistência

Dentre as instalações destinadas ao atendimento hospitalar, alguns hospitais informam não possuírem salas de parto normal e pré-parto. Entretanto, o ambiente para cirurgias está presente em todos os estabelecimentos. Também neste grupo, percebe-se uma presença de instalações que acentuam a prestação de cuidados ambulatoriais e de urgência e emergência para a população (Tabela 19).

Tabela 19 - Instalações físicas para assistência nos hospitais. Municípios sem tendência negativa das internações, 2007.

Tipo de Instalações Físicas	Hospitais	%
Assistência urgência e emergência		
Sala de curativo	07	70
Sala de gesso	05	50
Sala pequena cirurgia	07	70
Sala de repouso/observação	09	90
Assistência ambulatorial		
Sala de cirurgia ambulatorial	05	50
Sala de curativo	04	40
Sala de gesso	04	40
Sala de nebulização	08	80
Sala de pequena cirurgia	04	40
Assistência hospitalar		
Sala de cirurgia	10	100
Sala de parto normal	08	80
Sala de pré-parto	07	70

Fonte: DATASUS/CNES

4.2.2.5 Abrangência populacional ¹⁹

Para o grupo 2, o percentual de hospitais com demanda externa superior ao parâmetro citado foi de 70% (Tabela 20), incluindo o hospital de Jerônimo Monteiro, que possui menos de 30 leitos. Figura nestas circunstâncias o atendimento a populações sem serviços hospitalares no município de residência: Ibiraju e Brejetuba; atendimentos a regiões limítrofes e a populações para as quais o hospital se configura como referência no Plano Diretor de Regionalização, como é o caso de Venda Nova do Imigrante.

Sobre a capacidade de internação dos residentes no próprio hospital, observa-se que 75% dos hospitais que possuem de 30 a 50 leitos internam acima do percentual máximo (Tabela 21). Contudo, o hospital em Vargem Alta apresentou capacidade de internação abaixo de 4%. No grupo 2, a variação desta cobertura ficou entre 3.76 e 6.96% e, com exceção de 1 (um) estabelecimento, todos os hospitais deste porte de leitos são da esfera privada.

Os hospitais com até 29 leitos e únicos no território, Atilio Vivacqua e Jerônimo Monteiro, são unidades públicas e tiveram cobertura inferior a 4%. Também neste caso pensa-se que isto pode refletir um perfil correspondente ao porte e capacidade de resolução dos hospitais.

¹⁹ O documento que subsidiou a discussão e elaboração da Portaria GM 1101 de 12 de Junho de 2002 apresenta um parâmetro para atendimento dos hospitais de pequeno porte entre 30 e 50 leitos “[...] Em geral, localizados em municípios pequenos, seus serviços atendem basicamente a população do próprio município, sendo que os atendimentos a municípios vizinhos que não contam com estrutura hospitalar, comumente não ultrapassam 10% do total de seus atendimentos Poderiam garantir uma cobertura de internação de cerca de 4% a 5% da população, ou seja, poderiam garantir no próprio território, cerca de 30 a 50 % das necessidades de internação da população local [...]” (BRASIL, 2001, p.45). Mesmo considerando que se trata de uma única fonte, o parâmetro foi aqui utilizado como uma referência para avaliação da abrangência dos hospitais.

Tabela 20 - HPP único no território e internações de não residentes superior a 10% da demanda. Municípios com tendência negativa das internações, 2005.

Município	Internação de não residente (%)	Procedência Municípios do ES	Internações
Ibatiba	19.11	Afonso Cláudio	62
		Irupi	46
		Muniz freira	36
		luna	22
		Outros	03
Iconha	27.32	Rio Novo do Sul	57
		Cachoeiro Itapemirim	49
		Piuma	38
		Itapemirim	28
		Anchieta	12
		Guarapari	08
		Outros	18
Jerônimo Monteiro	20.82	Cachoeiro do Itapemirim	68
		Alegre	22
		Vitória	11
		outros	11
João Neiva	17.34	Ibiraçu	128
		Linhares	07
		Fundão	08
		Serra	05
		outros	03
Pedro Canário	10.46	Conceição da Barra	97
		Pinheiros	18
		São Mateus	03
Vargem Alta	10.66	Cachoeiro do Itapemirim	50
		Rio Novo do Sul	14
		Alfredo Chaves	12
		Castelo	04
		Outros	09
Venda Nova do Imigrante	38.08	Brejetuba	263
		Domingos Martins	204
		Afonso Cláudio	42
		Conceição do Castelo	42

Fonte: DATASUS

Tabela 21 – Cobertura de internação da população residente pelos hospitais entre 30 e 50 leitos, únicos no território. Municípios sem tendência negativa das internações, 2005.

Cobertura	Hospitais	%
Abaixo 4%	01	12.5
Entre 4-5%	01	12.5
Acima de 5%	06	75.0

Fonte: DATASUS

A respeito das internações dos residentes, tem-se que em 90% dos municípios desse grupo mais da metade dessas internações foram realizadas no hospital local (Tabela 22).

Tabela 22 – Total das internações dos residentes e % realizado no local de origem. Municípios sem tendência negativa das internações, 2005.

Município	Rede SUS Total	Município de origem (%)
Atilio Vivacqua	515	21.94
Jerônimo Monteiro	819	52.01
Vargem Alta	1295	58.22
Iconha	852	68.66
Pinheiros	1710	72.80
Pedro Canário	2086	74.25
Alfredo Chaves	1302	76.03
João Neiva	1175	76.68
Ibatiba	1706	79.13
Venda N Imigrante	1225	79.51

Fonte: DATASUS

4.2.3 Síntese e considerações sobre o perfil dos hospitais de pequeno porte

A descrição do perfil dos hospitais demonstrou que há características que se assemelham nos dois grupos e, portanto, para uma melhor visualização apresenta-se a seguir o Quadro 2. Entretanto, o objetivo é descrever e não comparar as duas realidades, trazendo aqui uma forma mais didática de apresentar o que se viu a este respeito anteriormente.

Características	Municípios com tendência negativa das internações	Municípios sem tendência negativa das internações
Natureza, esfera e porte	Mais de 70% dos hospitais são da esfera privada e de natureza beneficente sem fins lucrativos. 55.5% possuem entre 11 e 30 leitos.	70% dos hospitais são da esfera privada e de natureza beneficente sem fins lucrativos. 60% possuem entre 31 e 50 leitos.
Atendimento e clientela	Além das internações, os hospitais prestam atendimento ambulatorial, SADT e de urgência e emergência. Em 01 (um) HPP não é oferecido atendimento ambulatorial e de urgência e emergência à clientela SUS.	Além das internações, os hospitais prestam atendimento ambulatorial, SADT e de urgência e emergência. Para a clientela SUS há oferta de todos os atendimentos em todos os hospitais.
Equipamentos	Carência de equipamentos de diagnóstico e de manutenção da vida.	Carência de equipamentos de diagnóstico e de manutenção da vida.
Instalações físicas	Carência de instalações referentes à assistência hospitalar. Presença de salas de curativo, nebulização e pequena cirurgia em mais de 70% dos hospitais.	Presença de sala de cirurgia em todos os hospitais. As salas de curativo e de pequena cirurgia estão em 70% dos hospitais e 80% dos estabelecimentos possuem sala de nebulização.
Atendimento de não residentes	Em 38.5% dos HPP que são únicos no território, mais de 10% da sua demanda de internação foram referentes a usuários de outros municípios.	Em 70% dos HPP que são únicos no território, mais de 10% da sua demanda de internação foram referentes a usuários de outros municípios.
Atendimento de residentes	55.6% dos HPP entre 30-50 leitos absorveram mais de 5% da população local. Quase 75% dos municípios foram responsáveis por mais da metade das internações dos residentes ocorridas em toda rede SUS.	75% dos HPP entre 30-50 leitos absorveram mais de 5% da população local e 90% dos municípios receberam mais da metade das internações dos residentes que se passaram na rede SUS.

Quadro 2 – Síntese das características do perfil dos hospitais de pequeno porte. ES, 2007.

Contudo, cabe aqui uma reflexão suscitada durante a observação do perfil dos hospitais de pequeno porte. Iniciando, portanto pelas características administrativas dos estabelecimentos, percebeu-se que neste estudo, há predominância do número de hospitais de pequeno porte da esfera privada, assim como demonstrou o perfil deste segmento hospitalar para o ano de 2005 em todo o país (UGÁ; LÓPEZ, 2007). Nos casos estudados observou-se, dentre os hospitais privados, uma presença maior dos beneficentes sem fins lucrativos, enquanto que nacionalmente os privados com finalidade de lucro eram em percentual superior, naquele mesmo ano.

A respeito da presença da prestação de serviços para clientelas particulares e de planos de saúde nos grupos do estudo, é importante considerar a reflexão que os autores Vencina Neto e Malik (2007, p. 831) fazem sobre a busca destas clientelas para suprir falta de recursos públicos, mas que levam “[...] à criação de uma

segunda porta, com distorções no acesso [...]”. Esta é uma situação que pode deixar margens para que ocorra um tratamento diferenciado entre as clientela.

Corroborar-se com Ugá e López (2007) que os hospitais de pequeno porte são estratégicos para a integralidade do cuidado no Sistema Único de Saúde, estando presente em municípios interioranos. Neste sentido, a discussão se aproxima de um princípio de caráter organizativo do sistema, ou seja, da descentralização. Há consenso de que esta estratégia aproximou os serviços de saúde dos cidadãos facilitando o acesso da população ao encurtar distâncias, além de significar potencialmente um aumento das oportunidades de exercício do controle e da fiscalização destes serviços pela comunidade (CUNHA; CUNHA, 2001).

Por outro lado, ao avaliar o processo de descentralização no SUS, Mendes (2001) identifica a presença de importantes debilidades relacionadas à equidade, à eficiência e à qualidade dos serviços. O autor considera que decorrente do modelo de municipalização adotado pelo SUS tem-se a perda de escala na alocação dos serviços de saúde, acompanhada da baixa qualidade e da ineficiência. Considera, ainda, que “certos serviços, como os de atenção hospitalar e de apoio diagnóstico e terapêutico, para ter qualidade, necessitam de uma base quantitativa” (MENDES, 1998, apud MENDES, 2001, tomo II, p. 33).

Esta avaliação contribui de certo modo para compreender a carência de estruturas físicas e de equipamentos para a assistência hospitalar nas unidades de pequeno porte, demonstrando dificuldade em se manter padrões adequados. Os dados sobre equipamentos e instalações nos hospitais de pequeno porte revelam que, no conjunto, estes estabelecimentos apresentam necessidade de aprimorar sua estrutura para que assumam o papel a eles reservado dentro do modelo assistencial, conforme PNHPP.

Para além das estruturas e equipamentos, diante da assertiva de que nos hospitais abaixo de 50 leitos uma grande dificuldade se encontra na garantia de um número mínimo de profissionais qualificados nas 24 horas de seu funcionamento (BRASIL, 2001), caberia, ainda, posicionar para um futuro debate questões relevantes que afetam os profissionais de saúde envolvidos no cuidado hospitalar do ponto de vista da qualidade do vínculo trabalhista e da oferta de sua disponibilidade nos municípios

do interior. De forma igualmente importante, situa-se o aspecto da natureza do trabalho em equipe na perspectiva da integralidade das ações de saúde no âmbito hospitalar, pois, como relata Peduzzi (2001), as diferenças técnicas entre as profissões muitas vezes são transmutadas para a existência de certa desigualdade social entre elas, produzindo relações hierárquicas, de subordinação e de desvalorização. Para a autora, as profissões médicas e não-médicas partilham dos saberes atribuídos ao modelo biomédico, relegando os saberes e ações de outros âmbitos do cuidado em saúde.

A respeito de se manter uma escala para a operação de unidades hospitalares de qualidade, alguns estudos indicam que uma escala adequada estaria entre 100 e 450 leitos, mas estes parâmetros se aplicariam mais a unidades direcionadas à alta complexidade, em função do grau de incorporação tecnológica (ALETRAS; JONES; SHELDON, 1997 apud LÓPEZ, 2004). Entretanto, tem-se através dos dados já mencionados e de fontes citadas, que o segmento de pequeno porte ocupa um lugar importante no sistema, fazendo com que a PNHPP estabelecida para os de até 30 leitos, definisse o perfil assistencial esperado para estas unidades, além de um orçamento global desvinculado da produção de internações. Caberia aos HPP, portanto, adequar seu perfil para especialidades básicas em clínicas médicas, pediátrica e obstétrica; saúde bucal, em especial atenção às urgências; realização de pequenas cirurgias e atendimentos de urgência e emergência. Além disto, devem participar da Política de Humanização do SUS, desenvolver ações de qualificação da gestão hospitalar e colaborar na formação de uma rede de cuidados progressivos à saúde. Desta forma, percebe-se que esta não é uma expectativa reduzida e que aos HPP's está reservado um importante papel no sistema, independente da escala apresentada. Por um lado, pequenos e dispendiosos; por outro, pequenos e possuidores de uma relevante perspectiva.

Os dados utilizados para demonstrar a abrangência dos hospitais de pequeno porte sinalizam que determinados hospitais estão inseridos num contexto de atenção que extrapola os limites do município sede. Neste sentido, são pontos numa rede de atenção de amplitude regional. Outra questão se refere ao fato de que os dados de internação da população residente não podem esconder a qualidade das internações admitidas pelos hospitais, pois seja diante da reduzida ou elevada produção de internações um fator sempre é colocado em questão: gerar internações

é ainda condição para garantir parte significativa do financiamento destes hospitais. Neste sentido, se faz necessário incorporar a esta discussão o perfil das causas das internações hospitalares geradas pelos HPP.

4.3 Perfil das causas de internações hospitalares pagas em 2005.

4.3.1 Principais causas por capítulos CID 10 e lista de morbidade

Os diagnósticos das internações apresentados pelo DATASUS foram tomados inicialmente conforme a Lista de Tabulação para Morbidade²⁰ e consolidados para cada um dos municípios e para os dois grupos do estudo. Disto resultou a organização das principais causas por capítulos e diagnósticos. Para esta análise foi considerado o ano de 2005, o último da série histórica do estudo de tendência, o que levou à exclusão do município de Piúma, pois o último ano de informações para internações pagas deu-se em 2003. Os dez capítulos selecionados acumularam em torno de 95% das internações pagas, enquanto que a relação dos dez principais diagnósticos de internação somou 55.4% de todas as causas no grupo 1 e 54.25 % no grupo 2.

As principais causas de internação, segundo os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (10ª Revisão) e diagnósticos específicos tabulados pela Lista de Morbidade, foram semelhantes nos dois grupos, apesar de apresentarem algumas variações quanto à ordem em que aparecem (Tabela 23 e 24). Totalizando 10.660 internações no grupo 1 e 10.689 no grupo 2, as maiores concentrações depois daquelas ocorridas em função de Gravidez, Parto e Puerpério, são devidas aos capítulos das Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do Aparelho Circulatório e Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias. Quanto aos diagnósticos

²⁰ A Lista de Tabulação para Morbidade é apresentada no volume I da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão, 2ª edição, disponível em. Possui 298 causas e em muitas delas estão agrupados mais de um código da Classificação Internacional de Doenças. Por exemplo, a causa Pneumonia compreende os códigos J12-J18. Foi adotada pela Assembléia Mundial da Saúde em 1990 para tabulação de dados, sendo bastante útil, sobretudo para morbidade hospitalar. Está disponível em <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm>.

das internações excetuando-se os partos, as pneumonias foram a principal causa nos dois grupos (Tabela 23).

Tabela 23 - Principais diagnósticos de internação segundo Capítulos da CID 10. Municípios do estudo e ES, 2005.

Ordem	Grupo 1	%	Grupo 2	%	Espírito Santo	%
1	Gravidez parto e puerpério	23.38	Gravidez parto e puerpério	21.73	Gravidez parto e puerpério	22.54
2	Doenças do aparelho respiratório	17.9	Doenças do aparelho respiratório	18.33	Doenças do aparelho circulatório	11.55
3	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12.86	Doenças do aparelho circulatório	14.26	Doenças do aparelho respiratório	11.31
4	Doenças do aparelho circulatório	11.44	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	12.36	Doenças do aparelho digestivo	8.68
5	Doenças do aparelho geniturinário	9.86	Doenças do aparelho geniturinário	8.96	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7.75
6	Doenças do aparelho digestivo	9.04	Doenças do aparelho digestivo	8.93	Doenças do aparelho geniturinário	6.8
7	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.31	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	4.43	Lesões envenenamento e outras conseqüências de causas externas	6.61
8	Lesões envenenamento e outras conseqüências de causas externas	2.72	Lesões envenenamento e outras conseqüências de causas externas	3.26	Transtornos mentais e comportamentais	5.38
9	Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	1.8	Neoplasias (tumores)	2.28	Neoplasias (tumores)	5.11
10	Neoplasias (tumores)	1.66	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1.13	Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.41

Fonte: DATASUS.

Tabela 24 – Principais causas de internação conforme Lista de Morbidade CID 10. Municípios do estudo, 2005.

Grupo 1	%	Grupo 2	%
Parto único espontâneo	15.83	Parto único espontâneo	15.43
Pneumonia	9.95	Pneumonia	10.51
Outras doenças infecciosas intestinais	6.09	Diarréia gastroent orig infecc presumível	5.34
Outras complicações da gravidez e parto	5.37	Insuficiência cardíaca	5.29
Insuficiência cardíaca	3.86	Outras doenças infecciosas intestinais	3.47
Hipertensão essencial (primária)	3.67	Doenças renais túbulo-intersticiais	3.32
Bronquite enf. pulmon out. do. obst crônicas	2.86	Outras complicações da gravidez e parto	3.11
Asma	2.76	Asma	2.97
Doenças renais túbulo-intersticiais	2.71	Bronquite enf. out. do pulmon obst crônicas	2.81
Outras doenças infecciosas parasitárias	2.3	Veias varicosas	2

Fonte: DATASUS

As internações por parto único e espontâneo foram a principal ocorrência, conforme pode ser observado na Tabela 40 e muito embora esta não seja uma causa patológica de internação, ela possibilita considerar a importância dos pequenos hospitais na atenção à parturiente, uma vez que se espera destas unidades que possam atuar na oferta do atendimento em obstetrícia básica, conforme previsto pela Portaria GM nº 1044, de 01 de junho de 2004 que estabelece PNHP. Neste sentido, chama atenção a frequência com que o procedimento foi realizado nestes municípios (Tabelas 25 e 26).

Tabela 25 – Internações pagas por parto único e espontâneo. Municípios do estudo, 2005.

Internações e Partos	Grupo 1	Grupo 2
Total de AIH paga	10660	10689
Parto único espontâneo	1687	1649
Proporção de partos no total das internações (%)	15.83	15.43
Média de partos/dia	4.62	4.51
Média de partos/mês	140.5	137.41
Média de partos município/ano	112.46	164.9

Fonte: DATASUS

No grupo 2, há maior proporção de municípios que realizaram uma média de zero a 10 partos/mês e se percebe uma concentração do procedimento em três municípios (Tabela 26), sendo eles os municípios de Venda Nova do Imigrante, Pinheiros e Pedro Canário. No grupo 1, nenhum município realizou mais que 20 partos/mês, não

havendo um comportamento isolado de um ou outro município influenciando o resultado médio do grupo.

Tabela 26 – Freqüência média mensal de internações pagas por parto único e espontâneo. Municípios do estudo, 2005.

Partos/mês	Grupo 1		Grupo 2	
	Municípios	%	Municípios	%
Até 1 parto	2	13.33	2	20
Mais de 1 a 5	3	20.00	2	20
Mais de 5 a 10	3	20.00	2	20
Mais de 10 a 15	4	26.67	0	0
Mais de 15 a 20	3	20.00	1	10
Mais de 20 a 25	0	0	0	0
Mais de 25 a 30	0	0	1	10
Mais de 30 a 35	0	0	1	10
Mais de 35 a 40	0	0	1	10

Fonte: DATASUS

As Doenças do Aparelho Respiratório (Tabela 23) ocuparam a segunda principal causa de internação nos dois grupos e apresentaram a mesma proporcionalidade em ambos em torno de 18%. Entretanto, estiveram acima do internado no conjunto do ES, cujo índice foi de 11.31%. As Doenças Infecciosas e Parasitárias apareceram na terceira e quarta posição nos grupos 1 e 2 respectivamente. Em ambos, os valores superaram o percentual de internação por estas causas no ES. Portanto, nota-se que os pequenos hospitais se ocupam destas patologias em um padrão diferente do conjunto do Estado, o que faz suscitar a indagação acerca dos diagnósticos que motivaram as internações nestes capítulos.

Seguindo este raciocínio, torna-se importante ponderar a presença das internações geradas por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA), ou seja, aquelas que tendo sido abordadas de maneira adequada em termos de promoção e prevenção, diagnóstico precoce e acompanhamento ambulatorial, dificilmente evoluiriam para uma internação hospitalar. Estas internações medem a utilização dos serviços hospitalares por problemas que poderiam ter sido solucionados pela atenção básica.

Na determinação destas condições é preciso considerar as políticas de atenção básica e de admissão hospitalar, a prevalência das doenças e o comportamento dos

usuários na procura por serviços de saúde (Caminal et al 2004; Bindman et al, 1995 apud Wong et al, 2006) e, no caso do Espírito Santo²¹, não se tem ainda um consenso próprio dos problemas de saúde passíveis de resolução pela atenção básica. Este fato fez com que a observação orientasse pela lista das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial adotada no estudo de Wong, Perpétuo e Berstein (2006)²² e que se encontra no ANEXO A.

Entretanto, o fato de o Estado do ES ainda não possuir uma avaliação acerca das CSAA frente a sua realidade faz com que sejam ponderados alguns cuidados quanto à aplicabilidade desta lista, mesmo considerando ser oportuna sua utilização como parâmetro de análise. Neste sentido, a ocorrência de uma patologia, a possibilidade de conter sua evolução ambulatorialmente e a expectativa quanto a não demandar uma internação hospitalar deve levar em conta, dentre outras questões, a faixa etária dos sujeitos e os serviços à disposição da população. Esta cautela está presente no estudo de Curitiba (2006) para algumas condições como, por exemplo, insuficiência cardíaca e asma que são consideradas evitáveis respectivamente nas faixas etárias anteriores aos 65 anos e até os 15 anos.

A presença das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (ICSAA) na rede SUS foi demonstrada no mesmo estudo de Wong, Perpétuo e Berstein (2006) cujo objetivo foi avaliar sua ocorrência no país conforme grupos etários durante o período 1998 a 2004. Para o último ano da série as autoras informam que as CSAA representaram 23.7% das internações em todo o país. Em outro estudo, Perpétuo e Wong (2006) informam que para Minas Gerais este valor foi de 29.3% no mesmo ano. Em recente trabalho sobre o tema em municípios cobertos pela Estratégia de Saúde da Família no ES, Birchler (2007) informa que em 2005 dentre as internações ocorridas na rede SUS no ES relativas aos residentes, 26.45% foram devidas às condições evitáveis pela atenção ambulatorial.

²¹ Está em andamento processo de Consulta Pública sobre o tema coordenado pelo Departamento de Assistência Básica do Ministério da Saúde com objetivo de definir a lista das Condições Sensíveis à Atenção Básica para sua adoção no país.

²² Segundo os autores os critérios para adoção da lista das CSAA no referido estudo foram uma revisão da literatura internacional resultando na escolha pela lista proposta por Caminal et al (e sua adaptação à CID 10 e o confronto desta lista com a adotada pela SES Minas Gerais. Esta por sua vez foi gerada a partir das proposições de Billings adaptadas ao contexto brasileiro em oficinas de consenso realizadas em Fortaleza e Curitiba.

Dentre as causas de maior importância para o conjunto das internações por CSAA os trabalhos consultados são unânimes em citar as pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas, asma e insuficiência cardíaca (BRITO e MOTA, 2005; WONG; PERPÉTUO; BERSTEIN, 2006; CURITIBA, 2006). No estado da Bahia, este conjunto de causas foi responsável por 67,9% das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial (BRITO E MOTA, 2005). No estudo de Wong, Perpétuo e Berstein (2006), acrescidas as causas da categoria saúde mental, hipertensão e diabetes, este conjunto significou 82% das ICSAA em 2004 no país. Embora com coeficiente de internação menor, as autoras citam ainda a diabetes como uma importante causa neste contexto. Quanto ao impacto de medidas oportunas introduzidas previamente, dependendo da faixa etária observada, a intervenção nas cadeias de uma ou duas causas pode ter uma forte repercussão como é o caso das pneumonias bacterianas e gastroenterites em menores de 5 anos que respondem por cerca de 90% as internações por CSAA em Minas Gerais. (PERPETUO; WONG, 2006).

4.3.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial no contexto dos hospitais de pequeno porte

Mediante acesso ao programa Tabwin versão 3.2 e consulta na relação das CSAA²³ foi possível verificar a presença destas condições nos principais diagnósticos das internações pagas aos municípios e organizá-los para o conjunto dos dois grupos do estudo. Dentre os 10 principais capítulos de causas de internação (Tabela 23) o interesse passou a recair sobre aqueles com diagnósticos relacionados às CSAA, ou seja, os grupos das Doenças Infecciosas e Parasitárias, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas, Doenças do Aparelho Geniturinário, além do capítulo de Gravidez Parto e Puerpério. Entretanto, para um melhor dimensionamento das internações por

²³ A lista das CSAA (ANEXO B) informa um número de 19 causas distribuídas em 10 capítulos da Classificação internacional de Doenças 10ª Revisão: Doenças infecciosas e parasitárias (cap.1), Doenças do aparelho respiratório (cap. 10), Doenças do aparelho circulatório (cap. 9), Gravidez, parto e puerpério (cap. 15), Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (cap. 4), Transtornos mentais e comportamentais (cap. 5), Doenças da pele e do tecido subcutâneo (cap. 12), Doenças do aparelho geniturinário (cap. 14), Doenças do sistema nervoso (cap. 06) e Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (cap. 3)

condições sensíveis à atenção ambulatorial no ambiente dos hospitais de pequeno porte, foram incluídos outros 4 (quatro) capítulos que possuem causas relacionadas às CSAA, embora estes capítulos apresentassem um peso menor na proporção de todas as internações.

Os dados da Tabela 27 demonstraram que, no conjunto das internações para os dois agrupamentos, as causas por CSAA superaram o percentual de 26.45% encontrado para os residentes do ES no ano de 2005, demonstrado no estudo de Birchler (2007), se apresentando da mesma maneira quando comparado ao dado das internações no Brasil para o ano de 2004, (WONG; PERPETUO; BERSTEIN, 2006) e Minas Gerais no mesmo ano (PERPETUO; WONG, 2006). Entretanto, este percentual é maior no conjunto dos municípios sem tendência de regressão linear negativa das AIH's pagas.

Tabela 27 - Internações por CSAA, partos e demais causas. Municípios do estudo, 2005.

Causas de internações	Municípios Grupo 1 %	Municípios Grupo 2 %
Condições sensíveis à atenção ambulatorial	30.29	31.98
Partos	15.83	15.43
Outras causas	53.88	52.59

Fonte: DATASUS

Revelaram índices inferiores ao do ES, os municípios de Venda Nova do Imigrante e Pinheiros (Tabela 28) e outros seis pertencentes ao grupo 1 (Tabela 29), entretanto, percebe-se um outro extremo no número de municípios cujo percentual de internações evitáveis ultrapassou a marca estadual, alguns com até mais de 40% das internações. Mesmo considerando que no caso do ES, a autora (BIRCHLER, 2007) tratou de internação de residentes, acredita-se que a ponderação aqui registrada instiga o aprofundamento deste fenômeno.

Tabela 28 - Total de internações pagas e percentual por CSAA, partos e demais causas. Municípios do Grupo 1, 2005²⁴.

Municípios	API	BES	CCA	FUN	ITA	JAG	MAN	MSU	MON	MUC	MFR	PAN	RBA	RSU	SLE
Internações	53	938	433	199	734	241	675	1478	1271	726	1204	1085	352	578	693
CSAA	56.6	39.45	15.94	36.7	47.96	0.83	21.63	32.34	24.55	38.71	18.94	29.96	22.44	44.64	32.61
Partos	1.89	17.16	26.1	0.5	5.31	62.66	17.63	10.62	15.73	17.76	17.19	20.55	32.96	4.67	6.21
Outras	41.51	43.39	57.96	62.8	46.73	36.51	60.74	57.04	59.79	43.53	63.87	49.49	44.6	50.69	61.18

Fonte: DATASUS

Tabela 29 - Total de internações pagas e percentual por CSAA, partos e demais causas. Municípios do Grupo 2, 2005²⁵.

Municípios	ACH	AVI	IBA	ICO	JMO	JNE	PCA	PIN	VAR	VNI
Internações	1037	117	1669	805	538	1090	1730	1286	844	1573
Csaa	40.98	39.32	31.94	33.91	52.97	28.35	38.5	25.97	31.87	17.67
Partos	4.44	0	13.18	6.34	2.23	6.61	24.8	31.11	13.03	19.65
Outras	54.58	60.68	54.88	59.75	44.8	65.04	36.7	42.92	55.1	62.68

Fonte: DATASUS

Quando agrupadas por capítulos da CID 10, as CSAA referentes às doenças do aparelho respiratório são em maior proporção no grupo 1, enquanto que as relativas ao aparelho circulatório predominam no segundo grupo (Tabelas 30 e 31).

²⁴ Pela ordem na Tabela 28, cada coluna representa um município, a saber: Apiacá (API), Boa Esperança (BES), Conceição do Castelo (CCA), Fundão (FUN), Itarana (ITA), Jaguaré (JAG), Mantenópolis (MAN), Mimoso do Sul (MSU), Montanha (MON), Mucurici (MUC), Muniz Freire (MFR), Pancas (PAN), Rio Bananal (RBA), Rio Novo do Sul (RSU) e Santa Leopoldina (SLE).

²⁵ Da mesma forma, os municípios representados na Tabela 29 são: Alfredo Chaves (ACH), Atílio Vivácqua (AVI), Ibatiba (IBA), Iconha (ICO), Jerônimo Monteiro (JMO), João Neiva (JNE), Pedro Canário (PCA), Pinheiros (PIN), Vargem Alta (VAR) e Venda Nova do Imigrante.

Tabela 30 - Internações por CSAA, partos e demais causas conforme capítulos selecionados. Municípios do Grupo 1, 2005.

Capítulos	Causas	AIH paga	%
Doenças do aparelho respiratório	Pneumonias bacterianas	520	27.25
	Asma	294	15.41
	Infecções vias aéreas superiores	135	7.08
	Bronquite aguda	8	0.42
	Outras causas	951	49.84
	Total do capítulo	1908	100
Doenças do aparelho circulatório	Insuficiência cardíaca	412	33.8
	Hipertensão	398	32.65
	Febre reumática	4	0.33
	Outras causas	405	33.22
	Total do capítulo	1219	100
Doenças infecciosas e parasitárias	Gastroenterites	789	57.55
	Tétano	1	0.07
	Sífilis	1	0.07
	Outras causas	580	42.31
	Total do capítulo	1371	100
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Desnutrição	194	42.17
	Diabetes	126	27.39
	Desidratação	104	22.61
	Outras causas	36	7.83
	Total do capítulo	460	100
Doenças do aparelho geniturinário	Doenças infecciosas org. pélvicos femininos	100	9.51
	Outras causas	951	90.49
	Total do capítulo	1051	100
Doenças do sangue org. hematopoéticos e transtornos imunitários	Anemia	68	90.67
	Outras causas	7	9.33
	Total do capítulo	75	100
Doenças do sistema nervoso	Convulsão por epilepsias	28	20.59
	Outras causas	108	79.41
	Total do capítulo	136	100
Gravidez, parto e puerpério	Hipertensão na gravidez e eclampsia	19	0.76
	Partos	1687	67.67
	Outras causas	786	31.54
	Total do capítulo	2492	100
Transtornos mentais comportamentais	Transtorno mental/comportamental (TMC) _ uso de álcool	12	75
	TMC _ uso de múltiplas drogas/substancias psicoativas	4	25
	Outras causas	0	0
	Total do capítulo	16	100
Doenças da pele e tecido subcutâneo	Infecção de pele	12	11.21
	Outras causas	95	88.79
	Total do capítulo	107	100
TOTAL	CSAA	3229	30.29
	Partos	1687	15.83
	Outras causas nestes capítulos	3919	36.76
	Outras causas demais capítulos	1825	17.12
	AIH pagas	10660	100.0

Fonte: DATASUS

Tabela 31 - Internações por CSAA, partos e demais causas conforme capítulos selecionados. Municípios do Grupo 2, 2005.

Capítulos	Causas	AIH paga	%	% acm
Doenças do aparelho circulatório	Insuficiência cardíaca	566	37.14	37.14
	Hipertensão	379	24.87	62.01
	Febre reumática	6	0.39	62.4
	Outras causas	573	37.6	100
	Total do capítulo	1524	100	
Doenças infecciosas e parasitárias	Gastroenterites	939	71.08	71.08
	Outras causas	382	28.92	100
	Total do capítulo	1321	100	
Doenças do aparelho respiratório	Pneumonias bacterianas	500	25.52	25.52
	Asma	318	16.23	41.75
	Infecções vias aéreas superiores	50	2.55	44.3
	Bronquite aguda	14	0.72	45.02
	Outras causas	1077	54.98	100
	Total do capítulo	1959	100	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	Desnutrição	201	42.4	42.4
	Desidratação	140	29.54	71.94
	Diabetes	114	24.05	95.99
	Outras causas	19	4.01	100
	Total do capítulo	474	100	
Doenças do sangue org. hemat. trans. Imunitários	Anemia	51	76.12	76.12
	Outras causas	16	23.88	100
	Total do capítulo	67	100	
Doenças da pele e tecido subcutâneo	Infecção de pele	50	41.32	41.32
	Outras causas	71	58.68	100
	Total do capítulo	121	100	
Gravidez parto e puerpério	Hipertensão na gravidez e eclampsia	28	1.21	1.21
	Partos	1649	70.98	72.19
	Outras causas	646	27.81	100
	Total do capítulo	2323	100	
Transtornos mentais comportamentais	Transtorno mental/comportamental (TMC) _ uso de álcool	25	83.33	83.33
	TMC _ uso de múltiplas drogas/substancias psicoativas	2	6.67	90
	Outras causas	3	10	100
	Total do capítulo	30	100	
Doenças do aparelho geniturinário	Doenças infecciosas org. pélvicos femininos	20	2.09	2.09
	Outras causas	938	97.91	100
	Total do capítulo	958	100	
Doenças do sistema nervoso	Convulsão por epilepsias	15	12.82	12.82
	Outras causas	102	87.18	100
	Total do capítulo	117	100	
TOTAL	CSAA	3418	31.98	31.98
	Partos	1649	15.43	47.41
	Outras causas nestes capítulos	3827	35.8	83.21
	Outras causas demais capítulos	1795	16.79	100
	AIH pagas	10689	100	

Fonte: DATASUS

As principais causas destas internações nos dois grupos foram gastroenterites, pneumonia, insuficiência cardíaca, hipertensão e asma (Tabelas 32 e 33). Juntas elas representaram cerca de 75% e 79% das ICSAA no primeiro e segundo grupos respectivamente.

Tabela 32 - Internações por CSAA. Municípios do grupo 1, 2005.

Condições sensíveis à atenção ambulatorial	Internações	Percentual	
		Sobre todas as ICSAA	Sobre todas as causas
Gastroenterites	789	24.43	7.4
Pneumonia bacteriana	520	16.1	4.88
Insuficiência cardíaca	412	12.76	3.86
Hipertensão	398	12.33	3.73
Asma	294	9.1	2.76
Desnutrição	194	6.01	1.82
Infecções vias aéreas superiores	135	4.18	1.27
Diabetes	126	3.9	1.18
Desidratação	104	3.22	0.98
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	100	3.1	0.94
Anemia	68	2.11	0.64
Epilepsia	28	0.87	0.26
Hipertensão na gravidez e eclampsia	19	0.6	0.18
Saúde mental	16	0.49	0.15
Infecção de pele	12	0.37	0.11
Bronquite aguda	8	0.25	0.07
Febre reumática	4	0.12	0.04
Tétano	1	0.03	0.01
Sífilis congênita	1	0.03	0.01
Total	3229	100	30.29

Fonte: DATASUS

Tabela 33 - Internações por CSAA. Municípios do grupo 2, 2005.

Condições sensíveis à atenção ambulatorial	Internações	Percentual	
		Sobre todas as ICSAA	Sobre todas as causas
Gastroenterites	939	27.47	8.78
Insuficiência cardíaca	566	16.56	5.3
Pneumonia bacteriana	500	14.63	4.68
Hipertensão	379	11.09	3.54
Asma	318	9.3	2.97
Diabetes	201	5.88	1.88
Desidratação	140	4.1	1.31
Desnutrição	114	3.33	1.07
Anemia	51	1.49	0.48
Infecção vias aéreas superiores	50	1.46	0.47
Infecção de pele	50	1.46	0.47
Hipertensão na gravidez	28	0.82	0.26
Saúde mental	27	0.79	0.25
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	20	0.59	0.19
Epilepsia	15	0.44	0.14
Bronquite aguda	14	0.41	0.13
Febre reumática	6	0.18	0.06
Total	3418	100	31.98

Fonte: DATASUS

As interações desta natureza também propiciam uma reflexão acerca da organização dos serviços de atenção básica e a este respeito é oportuno observar a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios do estudo. Os dados demonstram que os municípios aderiram à estratégia, inclusive num movimento de ampliação da cobertura no decorrer dos anos desde sua implantação no ES (Tabelas 34 e 35)

Tabela 34 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Municípios do grupo 1, 1998-2006.

Cobertura Saúde da Família	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
% Municípios Grupo 1 sem cobertura	75	68.75	37.5	6.25	6.25	12.5	0	0	0
% Municípios Grupo 1 com 70% ou mais	0	6.25	43.75	87.5	93.75	87.5	93.75	93.75	87.5

Fonte: DATASUS/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Tabela 35 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família. Municípios do grupo 2, 1998-2006.

Cobertura Saúde da Família	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
% Municípios Grupo 2 sem cobertura	50	50	40	20	20	20	20	10	10
% Municípios Grupo 2 com 70% ou mais	10	20	40	60	60	70	50	70	70

Fonte: DATASUS/Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

Conforme Marquez-Calderon (2003), a atenção primária possui um papel fundamental para a maioria das enfermidades que são passíveis de cuidados ambulatoriais. Nesta mesma abordagem, Bermudez-Tamayo et al (2004) concluem que as diferenças nas hospitalizações por tais processos nos municípios que observaram estão associadas às características organizacionais do cuidado na atenção primária, no sentido de se obter taxas mais baixas em municípios com serviços mais organizados; associado também ao tamanho da cidade e à distância do hospital, de forma que maiores taxas de hospitalização estiveram relacionadas a uma menor distância do hospital em municípios com mais de 3.000 habitantes.

Neste sentido, considerando a reflexão dos autores mencionados anteriormente e os dados apresentados de implantação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios do estudo (Tabelas 34 e 35) surge a preocupação com o grau e qualidade de sua organização, além da capacidade efetiva desta estratégia gerar impactos positivos na condição de saúde da população. As pessoas ao

apresentarem suas queixas procuram por solução e no contexto aqui analisado, aos hospitais de pequeno porte tem agregado esta demanda e respondendo ao nível da internação. Um procedimento que seria desnecessário caso houvesse tido uma abordagem ambulatorial anterior em uma parte considerável dos casos. Abordagem que deve se apresentar de maneira adequada e oportuna, sendo que talvez para a realidade dos pequenos municípios isto se constitua em um desafio.

Vários fatores organizacionais influenciam a qualidade das medidas de atenção básica, podendo-se levantar, por exemplo, a rotatividade dos profissionais dificultando o estabelecimento de vínculos entre estes e os usuários, a disponibilidade do atendimento muitas vezes restrito a dias úteis e em horários comerciais incompatíveis com a rotina diária da população trabalhadora e a dificuldade de acesso aos exames complementares. Estes exemplos são ilustrativos de duas realidades encontradas num mesmo contexto assistencial, pois falam ao mesmo tempo de fragilidades da atenção básica e também de atrativos que os pequenos hospitais podem oferecer na medida em que atendem ininterruptamente e ofertam serviços complementares ao diagnóstico clínico.

Retomando a discussão acerca da natureza das internações nos hospitais pequenos, adota-se, por fim, o mesmo entendimento de Malta e Duarte (2007) sobre a necessidade de aprofundar o debate acerca das causas evitáveis de adoecimento que, apesar deste seu caráter, terminam por produzir uma internação hospitalar. Tais causas são eventos de alerta e produzem indicadores caracterizados como índices negativos da qualidade da atenção, uma vez que dada sua evitabilidade, espera-se que não ocorram, seja em qualquer proporção. Diante deles, sempre surgirá a indagação do que os poderia ter produzido e no caso dos hospitais de pequeno porte ficou registrado pelo estudo a relevância das ICSSA em seu contexto. Entretanto, almejar que se prevaleça o caráter de evitabilidade destes eventos implica em encaminhar uma discussão sistêmica trazendo para o cenário tanto a atuação dos pequenos hospitais quanto o desenvolvimento da atenção básica e, ainda, como estes setores estão ou não imbricados no processo de cuidado.

Neste sentido, a necessidade de revisão do papel dos pequenos hospitais no contexto da assistência à saúde é algo premente, uma vez que, além das internações apresentarem um movimento descendente, elas se ocupam de causas

que, por princípio, podem ser evitadas. Por outro lado, há que se considerar a existência de intervenções dos pequenos hospitais nos municípios interioranos que são estratégicas para a integralidade do cuidado, sobretudo no apoio complementar à atenção básica e nas primeiras medidas de urgência e emergência, evitando agravamento e complicações, transferências para os grandes centros, perdas e seqüelas. Nesta perspectiva, é fundamental o diálogo entre as equipes profissionais e a construção coletiva de projetos assistenciais articulados em rede onde a integralidade do cuidado seja o eixo norteador.

CAPÍTULO 5

*O seu trabalho não é a pena que paga por ser homem,
mas um modo de amar e de ajudar o mundo a ser melhor.*

Thiago de Mello

CAPÍTULO 5

UM ESTUDO QUE CHEGA AO FIM

5.1 Conclusões e reflexões finais

As análises de estudos e documentos oficiais sobre aspectos históricos da política de saúde no Espírito Santo revelaram sua dependência em relação ao Governo Federal, apresentando este uma capacidade de induzir a política de saúde, sobretudo pelo direcionamento de recursos vinculados a programas definidos em suas instâncias. Assim, acompanhando um padrão de assistência hegemônico determinado pelos órgãos federais da previdência e da saúde, observou-se a evolução da oferta de leitos privilegiando a prestação de serviços privados, o que disseminou também nos municípios do interior a implantação dos pequenos hospitais.

Assim, no início da década de 90, tem-se a presença de uma ampla rede hospitalar com serviços pulverizados de pequeno porte, cujos leitos eram predominantemente privados, legado este recebido pelos municípios em função do processo de descentralização da política de saúde. Paralelo a isto, observou-se, por meio do referencial adotado, que os hospitais sustentaram uma condição de centralidade no modelo de atenção à saúde e disseminaram uma cultura médico-hospitalar.

A internação é o principal produto realizado pelos hospitais e através do estudo de tendência das internações hospitalares nos municípios com hospitais de pequeno porte ficou demonstrado que, para 61.5% dos casos observados, as internações produzidas apresentaram uma tendência linear negativa durante o período entre 1992 e 2004. Este fenômeno de queda das internações merece ser observado com cautela, dada a condição reservada para estes estabelecimentos pela Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte, ou seja, são dispositivos que têm potencialidade de conferir maior resolutividade à atenção básica.

Assim, considerando o processo de queda das internações que compromete a sobrevivência financeira dos HPP's e a expectativa de que readequem seu papel conforme determinado por diretrizes nacionais, pode-se pensar que tal processo venha a enfraquecê-los trazendo dificuldades para o alcance desta expectativa e gerando deficiências na assistência à população e na capacidade de resolução da atenção básica. Neste sentido é oportuno rever o vínculo entre financiamento e produção de internações, pois também esta prática incentiva a agregação de internações desnecessárias.

Quanto ao perfil dos hospitais, subdivididos em dois grupos conforme o resultado da técnica de regressão linear, observou-se que prevalecem as instituições privadas beneficentes sem fins lucrativos. Nos municípios com tendência negativa das internações, 55.5% apresentam entre 11 e 30 leitos e, além das internações, são oferecidos atendimentos ambulatoriais, de SADT, de urgência e emergência à clientela SUS. Entretanto, há carência de equipamentos necessários ao diagnóstico e à manutenção da vida e de instalações físicas para assistência hospitalar. Observou-se a presença de ambientes para cuidados ambulatoriais e de urgência e emergência: sala de curativo (72.2%), sala de nebulização (72.2%) e pequena cirurgia (77.7%) podendo denotar a importância destas unidades para estes tipos de cuidado. Em 38.5% dos municípios com apenas 01 (um) hospital, há atendimento de uma clientela de outras cidades que extrapola 10% da demanda de internações do hospital local. Quanto à capacidade de internação da população residente, os dados indicaram que há uma absorção excessiva de internações por 55.5% dos hospitais que possuem de 30 a 50 leitos e únicos no território. Assim pode-se pensar que há demonstrações de que produzem mais internações do que são capazes.

Naqueles municípios onde não se observou tendência negativa das internações hospitalares, 60% dos hospitais possuem entre 31 e 50 leitos, sobressaindo os de 41 a 50. À clientela do SUS é registrada a oferta dos mesmos tipos de atendimentos informados pelo grupo de municípios anterior. Foi registrada a ausência de equipamentos apesar de se observar que os municípios de Ibatiba, Jerônimo Monteiro, Pedro Canário e Venda Nova do Imigrante possuem equipamentos em maior quantidade. Das instalações físicas para assistência, a sala de cirurgia se apresenta em todas as unidades e da mesma forma acentua-se a presença de ambientes para atendimentos ambulatoriais e de urgência e emergência. A respeito

do atendimento de demanda de não-residentes, foi observado que em 70% dos hospitais mais de 10% de suas internações foram ocupadas por este público. Sobre a demanda local, 75% dos hospitais entre 30 e 50 leitos apresentaram cobertura acima de 5% de internação da população residente. Estes dados também conduzem à reflexão da produção excessiva de internações, mas também informam que os hospitais de pequeno porte prestam uma assistência que extrapola o âmbito local.

Quanto às causas de internações ficou evidente o predomínio das condições sensíveis à atenção ambulatorial indicando que estes hospitais atuam em causas que seriam do âmbito de resolução dos serviços da atenção básica. Esta forma de atuação, que pode ser vista como sobreposta, indica um comprometimento da organização dos serviços em rede com vistas à integralidade do cuidado. Neste sentido a atenção básica precisa se aprimorar para responder por tais eventos avaliando onde estão os pontos críticos a impedirem seu desenvolvimento. Fica colocada a indefinição do papel dos hospitais de pequeno porte diante da natureza assistência hospitalar, uma vez que absorvem casos que deveriam ser resolvidos em outra instância. Assim, saber se estariam os serviços básicos em condições de responder e evitar tais internações, é uma discussão paralela necessária ao entendimento desse tema. Observou-se que em Venda Nova do Imigrante há a conjunção de três fatores: menor proporção de ICSSA, maior incorporação tecnológica e atendimento de referência regional.

Portanto, os dados deste estudo puderam trazer um alerta para a condição atual dos hospitais de pequeno porte no sentido de que tais instituições necessitam rever seu papel, direcionando o foco de sua atuação para além da oferta de internações, que além de apresentarem um processo de declínio pela observação da tendência na série histórica, têm se constituído marcadamente por condições evitáveis.

Uma leitura a respeito da proposta de readequação dos hospitais de pequeno porte colocada pela política nacional parece revelar que tais serviços devem deixar a expectativa de se constituírem como “hospitais” de fato, pois no conceito adotado pela OMS (WHO, 2000 apud LÒPEZ, 2004) está presente no novo papel que cabe aos hospitais ser um lugar para manejo de eventos agudos; com densidade tecnológica compatível com suas funções, significando contar com unidade de tratamento intensivo e semi-intensivo, unidades de internação, centro cirúrgico,

unidade de emergência, unidade de apoio diagnóstico e terapêutico, unidade de atenção ambulatorial, de assistência farmacêutica, de cirurgia ambulatorial, de hospital-dia, de atenção terapêutica, dentre outros. Entretanto, este distanciamento entre a condição dos HPP e o papel dos hospitais no sistema de saúde deve reforçar a revisão do papel dos pequenos hospitais para o contexto local.

Para Gadelha (2003) o complexo produtivo da saúde é constituído pelo setor industrial que produz bens de consumo e equipamentos especializados e pelo sistema de prestação de serviços constituído por organizações consumidoras dos produtos gerados, estando em dupla determinação. Assim, pode-se indagar em que medida os hospitais de pequeno porte são atrativos para a indústria da saúde, uma vez que têm se ocupado de internações evitáveis e, portanto, de referência para um outro nível de atenção e até de medidas que extrapolam o setor saúde. A produção tecnológica encontra mercado lucrativo nos estabelecimentos de alta densidade, o que não é característica destes hospitais e nem podem ser suportados pelos pequenos municípios. Tornaram-se desinteressante para o capital porque não agregam tecnologia e também para o público, pois são dispendiosos. Todavia, há uma tarefa direcionada à gestão da política de saúde que trata de reincorporá-los e readequá-los dentro de uma lógica em defesa da vida. Este é um desafio a merecer o empenho do Estado e suas instituições.

5.2 Hospital de pequeno porte: existir, a que será que se destina?

Pensando de forma prospectiva, a partir das oportunidades de reflexão deste estudo, a pergunta que se faz é, uma vez colocada a questão da sobrevivência e participação destas unidades, qual pode ser a alternativa para estes serviços? As perspectivas a serem construídas devem se guiar pela afirmação do cuidado no contexto da integralidade conforme apresentado por Pinheiro (2007), ou seja, um valor ético-político promovido por uma atividade intrinsecamente humana, de responsabilidade coletiva e da qual participa todo ator social comprometido com a defesa da vida.

Considerando os princípios da integralidade do cuidado e da garantia de acesso aos serviços, os hospitais de pequeno porte podem ser vistos com potencialidade para qualificar as demandas da atenção básica e ser o primeiro suporte para atenção às urgências e emergências.

Como apoio à atenção básica, haja vista a capacidade de agregar serviços ambulatoriais e proceder a internações de baixa complexidade, espera-se que os hospitais de pequeno porte, remodelados a iniciar pelo nome, sejam unidades que complementem o cuidado às pessoas e não um produtor concorrente de procedimentos em série. Como dispositivo na atenção às urgências e emergências, prestariam atendimento adequado e oportuno necessário à manutenção da vida. Outras possibilidades precisam ser avaliadas considerando o contexto local em que estão inseridos, como o apoio aos familiares, cuidados paliativos de saúde, na hospitalização domiciliar e social daqueles casos onde não há um ambiente doméstico adequado para a convalescença de um quadro que exija cuidados mais intensos. Portanto, são serviços estratégicos para uma atenção coordenada em rede, não são serviços centrais do sistema, mas são serviços fundamentais para a integralidade do cuidado a ser pensado numa perspectiva de interação. São unidades interagentes, interpostos (interpostas).

Por mais que se chegue neste momento do trabalho pretendendo tecer comentários conclusivos, é inevitável pensar a respeito das possibilidades abertas para a continuidade do estudo. Entretanto, antes de seguir numa linha de pensamento prospectiva, deve-se registrar primeiramente que uma das limitações do presente estudo foi não ter sido possível traçar um caminho complementar de pesquisa baseado no estudo de caso ou outra técnica também adequada para explorar o fenômeno da inserção dos hospitais de pequeno porte sob aspectos qualitativos. Todavia, para um passo futuro, os resultados e reflexões aqui apontados subsidiariam pelo menos duas questões.

Para a primeira questão, parte-se do ponto de que as internações evitáveis se mostraram relevantes nos hospitais de pequeno porte e que há um pressuposto de que poderiam ser equacionadas pela atenção básica. Entretanto, como elas de fato chegam ao hospital, interessaria conhecer o que tem feito com que percam o caráter de evitabilidade e analisar a natureza e motivações desta demanda. A respeito deste

assunto, evoca-se a assertiva de que os elementos constituintes da demanda em saúde surgem de interações dos sujeitos (usuários, profissionais e gestores) na sua relação com a oferta nos serviços de saúde, mediante um projeto político institucional (PINHEIRO et al, 2005). Há ainda a reflexão apresentada por Camargo Jr. (2005) de que a demanda se refere a um processo de negociação mediado culturalmente não havendo, portanto, demanda “fabricada” ou “real”, e que para se mostrar redutível às intervenções técnicas devem ser acolhidas pelos serviços de saúde. Assim, retorna-se à pergunta do que tem feito com que os usuários procurem o hospital para tratar de questões que, a priori, poderiam ser solucionadas em outros espaços? Como se posicionam os serviços de atenção básica diante deste movimento dos usuários?

Quanto à segunda questão, partindo do pressuposto que os hospitais devem se inserir no contexto local como suporte à atenção básica, tornar-se-ia importante compreender a atuação da equipe profissional dos hospitais de pequeno porte na garantia da integralidade do cuidado a ser obtida em rede. Ou seja, as habilidades e desafios da equipe para se articular com outros pontos da rede e se colocar também como responsável pela continuidade do cuidado ao usuário. A noção de responsabilização pelo cuidado deve ultrapassar o sentido legal e ser interpelada pela vertente ética imprimindo uma abordagem do cuidado como preocupação, sensibilidade para com a experiência humana, responsabilização radical pelo outro e pelos atos, e desprendimento em ativar uma teia de interconexões em defesa da vida (ZOBOLI, 2007).

Finalmente, a todos os envolvidos com esta temática, caberá sempre um olhar mais criterioso que ajude reinterpretar o papel dos hospitais de pequeno porte no sistema de saúde. Caberá também uma orientação dada pelo significado destes serviços diante de algumas das múltiplas expressões das necessidades de saúde. Por fim, fica o desejo de que este olhar não se predetermine pelo discurso real, mas às vezes fácil e convincente da racionalização de gastos, sob pena de se optar por um caminho de desassistência e descuidado.

6 REFERÊNCIAS

ACIOLE, G.G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: HUCITEC, 2006. 357 p.

ALMEIDA, C. Crise econômica, crise do *Welfare State* e Reforma Sanitária. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A miragem da Pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 177- 200.

ALMEIDA, C. Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200600030002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 de março de 2007.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégia de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-479, 2002.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil: a universalização tardia como possibilidade de construção do novo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 5 -17, 1996.

BERMUDEZ-TAMAYO C. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. **Atención Primaria**. Espanha, v.33, n. 6, p.305-311, 2004.

BIRCHLER, C. M. **Estratégia saúde da família e internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial**: relação produzida no campo da prática profissional. 2007. 150 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva) – Programa de Pós Graduação em Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, 2007.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência social**: estudos de política social. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BRITO, D. P.; MOTA, L. M. **Internações por condições sensíveis à Atenção ambulatorial, no estado da Bahia, no ano de 2004**. 2005. 43 f. Monografia (Especialização em Economia na Gestão dos Sistemas de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário do Ministério da Saúde**. Brasília, 2004. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1044/GM, de 1º de junho de 2004**. Dispõe sobre a instituição da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Disponível em <<http://www.saude.gov.br> >. Acesso em 23 de novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101/GM de 12 de Junho de 2002.** Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 05 de julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização e programação da assistência:** subsídio para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pequenos Hospitais:** uma estratégia alternativa de organização e financiamento. Versão preliminar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde para os trabalhadores do campo.** Brasília, 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sus:** avanços e desafios. Brasília: CONASS, 2006.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al.(Org.) **Serviço Social e saúde:** formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88 –110.

BUENO, W.S.B.; MERHY, E.E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?** Texto apresentado para publicação na Revista Saúde em Debate em maio de 1997. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>. Acesso em 30 de março de 2007.

BULCÃO, L. G.; EL-KAREH, A. C.; SAYD, J. D. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). **História, Ciência, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 02 de dezembro de 2007.

CABRAL, S. **Saúde Pública no Espírito Santo:** da Colônia aos dias atuais. Cadernos - História. Vitória: Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, Prefeitura Municipal de Vitória. 1992.

CAMARGO JR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 91 – 101.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos serviços hospitalares. 4. ed. Porto, Portugal: Edições Afrontamento, 2005.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JÚNIOR, L. (Org.). **Bases da saúde coletiva.** Londrina: Ed. UEL, 2001, p. 27-59.

CECÍLIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 293-319.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS - UERJ, ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS - UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006. p. 115-128.

COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organização de serviços. 6. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005. p.13 – 57.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed., São Paulo: Cortez, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. Relatório sobre registro médico no Espírito Santo. Vitória, 2007.

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. In: MOTA, A. E. et al.(Org.) **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 111 - 138.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 02 de março de 2007.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: princípios. In: **Gestão Municipal de Saúde**: textos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, p. 285-304.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Epidemiologia. **Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial 1998-2005**. Agosto de 2006.

DATASUS. **Pesquisa de Assistência Médico Sanitária**: 1981 a 1990 - Espírito Santo. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso entre 19 e 25 de maio de 2007.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em www.saude.gov.br. Acessos em setembro de 2006 e maio de 2007.

DATASUS. **Morbidade Hospitalar do SUS**: por local de internação - Espírito Santo. Disponível em www.saude.gov.br. Acessos em setembro 2007.

DATASUS. **Movimento de AIH**: arquivos reduzidos do Tabwin. Disponível em www.saude.gov.br. Acessos em setembro 2007.

DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em 5 de maio 2007.

DUARTE, I. G. Leitos hospitalares – algumas considerações. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 5 – 9, 1999.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. LIMA, et al. (Org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59 – 81.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório preliminar do exercício de 1973**. Vitória, 1973.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório anual**. Vitória, 1975a.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de atividades**. Vitória, 1977.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de atividades**. Vitória, 1983.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Situação atual da oferta de leitos no estado do Espírito Santo**. Vitória, 1987.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Vitória, 2003.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. In: **Boletim Epidemiológico**. Vitória, n. 6, v. 3, julho a dezembro de 2004.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Planejamento Regional**. Região 1 – Vitória. Vitória, 1981a.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Planejamento Regional**. Região 2 – Colatina. Vitória, 1981b.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Planejamento Regional**. Região 3 – Nova Venécia. Vitória, 1981c.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Planejamento Regional**. Região 4 – Linhares. Vitória, 1981d.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. **Planejamento Regional**. Região 5 – Cachoeiro do Itapemirim. Vitória, 1981e.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Lei nº. 3043, de 31 de dezembro de 1975**. Vitória, 1975b.

FERNANDES, C. J. Uma história da medicina no Espírito Santo. In: **Revista do Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo**, Vitória: IHGES, n. 57, p. 83 – 96, 2003.

FIGUEIREDO, L. F. Serviços hospitalares e mercado privado de planos de saúde: desafios e relacionamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de setembro de 2007.

FLEURY, S. A Seguridade Social Inconclusa. In: ROCHA, D.; BERNARDO, M. (Org.) **A era FHC e o Governo Lula: transição?** Brasília: INESC. Disponível em <http://www.inesc.org.br/conteudo/publicacoes/livros/4GW7inLLKRaDio1vtL3RpN44o0Jj5lxZ/Seguridade%20Social.pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FUNDAP. **Relatório de andamento da consultoria FUNDAP à Secretaria de Saúde do Espírito Santo**. Vitória, fev. 1989.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 1, 1976.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 2, 1977.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 3, 1978.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 4, 1979.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro: IBGE, v. 5, 1980.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Anuários Estatísticos do Brasil. **Estatísticas do Século XX**. [2003?]. 1 CD-ROM

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2007.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6 (2): 269 – 291, 2001.

LIMA, S.M.L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1249-1261, 2004.

LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Brasília. 2004.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 3ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

LUZ, M. T. **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO, 2007.

MALIK, A. M.; NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200700040001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de setembro de 2007

MALTA, D.C.; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, 2007, p. 765-776.

MARQUEZ-CALDERON, S. et al . Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, 2003. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php_arttext&pid=S0213-91112003000500004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 10 de dezembro de 2007. Pré-publicação.

MATTOS, R. A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001, p. 377-389.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006, p. 41 – 66.

MELLO, C.G. **O sistema de saúde em crise**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____ (Org.). **Distrito Sanitário**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994. p. 19 – 91.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**: tomos I e II. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2001.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 235 – 313.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 197 – 228.

MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997, p. 113 – 150.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 9 – 30.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001, p. 445 - 450.

OLIVEIRA, E.X.G. et al. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, 2004.

OPAS. O hospital no sistema de saúde. In: **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe**. Brasília: OPAS/OMS, 2004, p. 71-90.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.35, n.1, 2001, p.103-109.

PEREIRA, P.A.P. **Necessidades Humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PERPETUO, I.H.O.; WONG, L.R. **Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário**: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. Trabalho submetido ao XII Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (MG), set., 2006.

PINHEIRO, et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005, p. 11 – 31.

PINHEIRO, R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 15 – 28.

PORTELA, M. C. Accountability e qualidade. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de setembro de 2007.

RIBEIRO, H. P. **O Hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

SILVA, F. M. **Espírito Santo**: desenvolvimento histórico dos serviços e instituições de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 1995.

SOLLA, Jorge. Hospitais de pequeno porte: uma estratégia de organização e financiamento. **Revista CONASEMS**, Brasília, DF, ano I, nº 12, p. 22-23, 2005.

UGA, M. A. D.; LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 de junho de 2007.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81230070400001&lng=Pt&nrm=isso>. Acesso em: 20 de setembro de 2007.

VIANA, A. L. As políticas sociais e as políticas de saúde no contexto do processo de globalização. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Org.). **A miragem da Pós-modernidade**: democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997, p. 201-10.

ZOBOLI, E. Cuidado: práxis responsável de uma cidadania moral. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2007, p. 63 – 78.

WONG, L.R.; PERPETUO, I.H.O.; BERSTEIN, C.K. **Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira** . Versão Preliminar. Belo Horizonte, 2006. Disponível em <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_466.pdf> Acesso em 21 de novembro de 2007.

APÊNDICE A - Internações pagas aos municípios* com hospitais de pequeno porte. ES, 1992-2005.

Município	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Alfredo Chaves	1264	1586	1883	1663	1875	1377	1193	1069	1065	1093	1229	1305	1357	1037
Apiacá	713	798	1021	837	704	636	468	344	305	328	423	334	281	53
Atilio Vivacqua	268	141	128	109	105	113	93	123	42	10	7	47	63	117
Boa Esperança	1847	1765	1505	1255	1226	1186	1161	1133	1017	945	1117	1089	1126	938
Conceição do Castelo	2134	1469	1550	1236	1060	768	737	651	435	452	399	391	278	433
Fundão	1486	852	1308	842	1125	891	311	452	585	209	157	114	113	199
Ibatiba	1689	2302	2472	2233	1786	1718	1788	1742	1624	1679	1711	527	960	1669
Iconha	1358	1096	1142	1287	1204	1270	1506	1550	1052	1002	1067	984	920	805
Itarana	1843	1965	2084	1720	1326	1300	1216	1188	1309	1480	1402	1380	965	734
Jaguaré	1575	1478	1418	1426	1309	796	735	766	645	754	443	312	34	241
Jerônimo Monteiro	993	624	970	696	565	633	269	555	398	354	550	577	677	538
João Neiva	1645	0	0	1422	1438	1349	1463	1624	1494	1434	1085	1219	1394	1090
Laranja da Terra	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	201	240
Mantenópolis	1936	1822	1908	1638	1629	1626	1386	1295	1058	984	870	659	729	675
Mimoso do Sul	2581	2331	2376	1954	1886	1764	1724	1655	1587	1695	1548	1620	1464	1478
Montanha	4114	3584	3610	2483	2166	1897	1783	1705	1574	1524	1645	1664	1544	1271
Mucurici	1282	1109	1089	1103	1067	1017	970	923	890	843	892	960	978	726
Muniz Freire	1556	1858	1957	1622	1467	1433	1346	1225	1199	1156	1181	1118	1025	1204
Pancas	2803	2542	2723	2245	1681	1517	1604	1564	1148	677	1089	1370	1109	1085
Pedro Canário	1593	4814	4363	1663	1769	1641	2208	2090	1591	1483	1490	1551	1525	1730
Pinheiros	1682	1344	1209	1405	1223	1487	1513	1369	1234	1328	1408	1386	1236	1286
Piúma	837	1207	952	945	634	621	763	826	691	566	570	371	0	0
Rio Bananal	802	1002	765	957	896	872	702	672	587	426	558	454	502	352
Rio N. Sul	1238	1044	1067	951	793	857	793	709	647	615	646	575	544	578
Santa Leopoldina	2605	2515	2380	1735	1520	1418	1343	925	990	952	961	960	805	693
Vargem Alta	0	0	0	0	0	90	824	914	845	801	746	638	855	844
Venda Nova Imigrante	1274	1816	1908	1601	1499	1665	1531	1578	1488	1524	1438	1607	1538	1573

(*) Municípios com até 30 mil habitantes no ano de 2006.

Fonte: DATASUS

ANEXO A – Lista das Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

Condições sensíveis a atenção ambulatorial segundo categoria definida pelos códigos da Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (WONG, PERPÉTUO; BERSTEIN, 2006)

Pneumonias Bacterianas: J13, J130, J14, J140, J153-J154, J158-J159, J180-J189

Gastrenterites: A000-A020, A029, A030-A039, A048-A049, A050-A059, A060, A069, A071, A080-A085, A09, A090

Insuficiência cardíaca: I500-I509

Asma: J450-J459, J46, J460

Saúde Mental: F100-F199, F200-F209, F21, F210, F220-F239, F24, F240, F250-F259, F28, F280, F29, F290, F300-F388, F39, F390

Hipertensão: I10, I100, I110-I119

Diabetes: E100-E101, E110-E111, E120-E121, E130-E131, E140-E141, E102- E108, E112-E118, E122-E128, E132-E138, E142-E148, E109, E119, E129, E139, E149

Desidratação: E86, E860

Desnutrição e deficiências nutricionais: E40, E400, E41, E410, E42, E420, E43, E430, E440- E441, E45, E450, E46, E460, E500-E509, E511-E519, E52, E520, E530-E539, E54, E540, E550-E559.

Infecção da pele e tecido subcutâneo: L010-I089

Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos: N700-N739, N750-N768

Convulsão por epilepsias: G400-G409

Hipertensão na gravidez/eclampsia: O100-O110, O11, O110, O13, O130, O140-O159, O16, O160.

Anemia por deficiência de ferro: D500-D509, D510-D539

Doenças imuno-preveníveis B050-B059, A370-A379, A360-A369, A33, A330, A34, A340, A35, A350, G000, A150-A153, A160-A162, A170.

Infecções agudas das vias aéreas superiores: J00, J000, J010-J019, J020-J029, J030-J039, J060-J069, H660-H669.

Sífilis (inclui) congênita: A500-A509, A510-A539.

Bronquite aguda: J200-J219

Febre reumática: I00, I000, I010-I029

ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 30 de novembro de 2006

Do: Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Alacir Ramos Silva
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Atenção hospitalar na gestão da saúde: Um desafio para os pequenos”**.

Senhora Pesquisadora,

Informamos à Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa, N^o Registro no CEP-105/06, intitulado: **“Atenção hospitalar na gestão da saúde: Um desafio para os pequenos”**, e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, APROVOU o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 29 de novembro de 2006,

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde n^o 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fausto Edmundo Lima Pereira'.

Prof. Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro Biomédico / UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

