



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Vecina, Gonzalo; Malik, Ana Maria
Tendências na assistência hospitalar
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 825-839
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012402>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Tendências na assistência hospitalar

Trends in hospital care

Gonzalo Vecina Neto ¹
Ana Maria Malik ²

Abstract *This paper analyses trends in the delivery of hospital services in Brazil, considering the setting, the current situation and its challenges, examining what still remains to be done. The variables studied for the analysis of the setting are: demography, epidemiological profile, human resources, technology, medicalization, costs, review of the role of the citizen, legislation, equity, hospital-centricity and regionalization, care fractioning and bed availability. The Brazilian setting was studied through the supplementary healthcare model, financing and the healthcare area production chain. The observations of the current situation present external evaluation models, outsourcing, public-private relationships, de-hospitalization and financing. The analysis of the challenges examines the need for long range planning, the quest for new legal models for the 'business', the use of information and information systems, cost controls and the need for enhanced efficiency and compliance with legal directives, guaranteed universal access to full healthcare facilities, the inclusion of primary prevention in healthcare procedures, integrating the public and private sectors and engaging physicians in solving problems.*
Key words *Hospital management, Trends in hospital care*

Resumo *Este artigo analisa as tendências observadas na assistência hospitalar brasileira, no que diz respeito ao cenário, situação atual, desafios e ao que necessita ser feito, tendo em vista os itens anteriores. As variáveis com as quais se trabalhou o cenário geral foram a demografia, o perfil epidemiológico, os recursos humanos, a tecnologia, a medicalização, os custos, a revisão do papel do cidadão, a legislação, a equidade, o hospitalocentrismo e a regionalização, o fracionamento do cuidado e a oferta de leitos. O cenário nacional foi estudado mediante o modelo empregado na assistência médica suplementar, o financiamento e a cadeia de produção na área de serviços de saúde. A situação atual apresenta os modelos de avaliação externa, a terceirização, o relacionamento público-privado, a desospitalização e o financiamento. Os desafios a serem enfrentados analisam a necessidade de se olhar o longo prazo, a busca por novos modelos jurídicos para o "negócio", o uso da informação e a informatização, o controle de custos e a necessidade do aumento da eficiência e do cumprimento dos ditames legais, de garantia de acesso e de integralidade na assistência, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas.*
Palavras-chave *Gestão hospitalar, Tendências na assistência hospitalar*

¹ Faculdade de Saúde Pública, USP, Av Dr Arnaldo 715, Pinheiros. 01246-904 São Paulo SP. gvecina@uol.com.br

² Escola de Administração de Empresas de São Paulo, FGV, PROAHSA & GVsaude. ana.malik@fgv.br.

Cenário

A assistência hospitalar nos aparece como esfinge. Seus mistérios nos ameaçam continuamente. Não há certeza quanto a se os leitos são suficientes, se são excessivamente caros, se a atenção prestada é de boa qualidade, se é mais conveniente os hospitais serem grandes ou pequenos, etc. As respostas têm variado no decorrer dos anos, com a mudança dos critérios valorizados em cada época e realidade¹. O presente artigo não tem a pretensão de elucidar qualquer desses enigmas. Só se propõe a tentar atualizar o debate sobre a presença do hospital na equação da atenção à saúde.

Para fins deste trabalho, utilizaremos a definição de hospital da Organização Mundial de Saúde *“El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial.”* Esta definição, adequada para os tempos atuais, data de 1957², quando o ambiente, o mercado, as necessidades e o perfil demográfico-epidemiológico eram diferentes do que se observa no século XXI.

Cenário da saúde no Brasil e no mundo: elementos com impacto sobre o hospital

Há pontos semelhantes nos cenários desenhados por diferentes autores, com pensamentos distintos, que se debruçaram sobre o assunto. Sem a pretensão de esgotá-los, seguem alguns componentes desses cenários:

- **Demografia** – esta variável aparece em todos os cenários propostos, tendo o envelhecimento como uma das características centrais desde o último terço do século XX. Observa-se importante queda da mortalidade infantil, associada à redução da fecundidade e ao envelhecimento da população, com reflexos imediatos no consumo de serviços de saúde. Por exemplo, a população de **65 anos e mais** demanda até quatro vezes mais internações que a média da população³.

- **Perfil epidemiológico** – elemento presente em todos os cenários, com consequências previsíveis. Desde o final do século XX, se está observando a redução da mortalidade por moléstias infecto-contagiosas (a velha agenda), o aumento da mortalidade ocasionada pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas (a nova agen-

da – as chamadas DANT – doenças e agravos não transmissíveis), o reaparecimento de enfermidades que faziam parte da agenda antiga (como a dengue, a tuberculose e o cólera, denominadas re-emergentes) e o surgimento da “novíssima agenda”, representada por enfermidades infecto-contagiosas emergentes (AIDS, hantavírus, doença espongiforme humana, além de bactérias ultra-resistentes a antibióticos). Este novo perfil de morbidade e mortalidade, associado à potencialização de outros elementos, deságua em maior utilização de ações e serviços de saúde e em demanda por serviços cada vez mais complexos. Os portadores de enfermidades crônico-degenerativas têm necessidade de cuidados por período mais longo que aqueles com doenças infecto-contagiosas. As complicações das crônico-degenerativas, associadas ao aumento na faixa etária, levam à necessidade mais intensa por recursos tecnológicos.

- **Recursos humanos** – incluir os profissionais da saúde no cenário tem sabor contemporâneo. O aparecimento e o reconhecimento de diversos novos profissionais na área da saúde a partir dos anos 1950 (psicólogos, biólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, biomédicos, técnicos de diversas áreas) e o aumento exponencial tanto no número de egressos de centros formadores de algumas categorias quanto na oferta de cursos para a formação destes profissionais e de outros já existentes criaram um campo de batalha para re-dividir o cuidado aos pacientes e re-dimensionar o espaço de cada profissional na atenção. Esta disputa tem tido lances inesperados, como exigências, por parte de Conselhos Profissionais, que têm pouca consequência no processo assistencial, mas impactam na ocupação de espaço e garantia de emprego para membros da categoria. Em relação à integralidade do cuidado, cada profissional quer garantir a presença do seu saber específico, sem considerar o de outros, potencialmente complementares.

O conceito de equipe multidisciplinar fica perdido nesse modelo assistencial, embora cada vez mais presente no discurso. Na medida em que o estado tem se ausentado da discussão da regulação da oferta destes técnicos no mercado, bem como do regramento do exercício profissional, aparecem desencadeamentos de vínculos de trabalho diferentes dos habituais: diminuiu o número de trabalhadores contratados como pessoa física, aumentou a quantidade de modelo como cooperativas e outras empresas, criadas com vistas à prestação de serviços a clínicas e

hospitais, entre outros, e ainda se observa “prestação de serviços” sob diversas formas. Também se verifica queda da qualidade na formação, frequentemente atribuída ao excesso de oferta de cursos de todo tipo, com pouco controle sobre o que oferecem e cujos egressos não são contratados tendo em vista a qualidade de seus conhecimentos. O resultado são atos desnecessários, retrabalho, desperdício e redução na qualidade da atenção.

- **Tecnologia** – observa-se, a partir do início do século XX, com mais clareza depois da sua segunda metade, uma busca contínua por novas drogas, equipamentos e soluções. As novidades continuam chegando e gerando sua própria demanda, porque são melhores, mais caras, dão mais lucro, salvam mais vidas, contribuem para aumento da qualidade de vida ou qualquer outra razão, lembrando que, na saúde, a existência da inovação não implica na substituição da tecnologia anterior. No final do século XX, a indústria farmacêutica dizia que um novo medicamento custava para ser lançado quinhentos milhões de dólares. Na primeira década do século XXI, diz-se que custa oitocentos⁴.

Estes aumentos de custos, reais ou alegados, frente à necessidade e à demanda por novos fármacos, acabam por justificar qualquer preço e criam uma agenda ainda intocada: como incorporar tecnologia de maneira eficaz, voltada para necessidades e não apenas para atender demandas ou aproveitar oportunidades de negócio? Medicina baseada em evidências e avaliação de tecnologia têm sido propostas, mas pouco utilizadas. Há centros que fazem avaliação tecnológica mas seus resultados, mesmo considerados acertados, nem sempre são seguidos. Entre as explicações para a incorporação acrítica da tecnologia estão: falta de integração intra-sanitária para definir o que deve ou não ser incorporado; ações judiciais voltadas ao direito às novas descobertas, incentivadas por alguns *stakeholders*; falta de definição política do que deve ser oferecido; fisiologismo e corrupção, que levam as esferas deliberativas a facilitar a vida de bons fornecedores, uma vez que, quando existem, os critérios técnicos são pouco levados em conta, etc.

- **Medicalização** – este termo pode ser entendido como a confusão entre o consumo de atos ou produtos da área da saúde com saúde propriamente dita. Pouco se tem feito com relação a ela, que tem forte impacto sanitário sobre a sociedade moderna e sobre o custo da assistência à saúde. Um aliado poderoso para seu crescimento é a voracidade por ganhos de diversos *players* do sis-

tema. A baixa frequência da utilização da promoção da saúde reforça o papel do médico e sua imagem mítica como aquele que cura ou salva vidas. Existem alguns potenciais fatores de contenção: o co-pagamento, que levaria o cidadão a perguntar “*por quê*” e a educação sanitária, que levá-lo-ia a querer saber “*para que*”. Não há consenso sobre o co-pagamento ou sobre a participação dos cidadãos no financiamento da atenção à saúde no âmbito do SUS, embora haja discussões no sentido de transformar o cidadão em parte da equação e não deixá-lo paciente.

- **Custo** – a despeito de todos os insumos diretos e indiretos envolvidos na assistência impactarem em custos, ainda existe uma inflação intrínseca do setor. O fenômeno é bastante reconhecido: os preços do setor saúde crescem mais que os da economia em geral, talvez por causa da demanda crescente, frente a uma oferta que não consegue acompanhar o crescimento; da pressão pelo uso da tecnologia, para amortizar o investimento realizado e para viabilizá-la junto ao mercado; da necessidade de produzir mais valia, etc⁵.

- **Papel do cidadão** – movimentos recentes no mundo criaram uma nova consciência nos cidadãos de diferentes países. A Constituição Brasileira de 1988, o Código de Defesa do Consumidor, o Ministério Público e o SUS criaram condições para que os cidadãos tivessem mais poder real na sociedade e passassem a exibir um perfil de não sucumbência a direitos. Somente no estado de São Paulo, existem, em 2006, cerca de dez mil pacientes recebendo medicamentos graças a ordens judiciais. Este fato se origina da criação de uma indústria de processos que acabam em decisões judiciais, alimentadas pelos interessados. O resultado disso pode ser má utilização dos recursos públicos e pode implicar em outro tipo de desigualdade (quem tem acesso ao judiciário e quem não o tem), além de esbarrar no óbvio limite da capacidade de financiamento do SUS. Estas possíveis distorções não devem ser motivo para restringir o acesso, mas obrigam a pensar no aperfeiçoamento da legislação ou num diálogo mais competente entre Executivo e Judiciário⁶. Tanto na França quanto na Itália existem documentos legais que apontam para aspectos semelhantes (os direitos dos doentes e as cartas de cidadãos).

- **Legislação** – existe uma discussão em todo o mundo sobre o tamanho mais adequado para o estado e sua capacidade de intervir sobre a sociedade e suas práticas. Esta disputa se dá como se pudesse ser definida numa esfera divina e não como resultante do jogo político e, portanto, das

relações existentes dentro da própria sociedade. Existe atualmente uma insatisfação contra a capacidade regulatória do Estado, no Brasil, em particular em relação às agências criadas a partir do final do século XX – ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). As causas alegadas para esta insatisfação são a ingerência sobre preços, padrões de oferta de serviços, de organização da produção, enfim, interferência no mercado. A ação regulatória atua em mais de uma direção na construção do cenário: se, por um lado, orienta as condições de competição e de oferta de produtos e serviços, por outro ela participa das pressões sobre os custos do setor, regulamentando aumentos de preços de insumos e controlando reajustes na prestação de serviços.

- **Equidade** – é um componente muito debatido, em discussões baseadas mais em opiniões que em conhecimento, pois a noção da equidade como princípio do sistema de saúde brasileiro resulta do alto grau de exclusão social vigente. Não há mais espaço para filas cartesianas, por “ordem de chegada”, desde as esperas para atendimento em unidades de urgência/emergência até aquelas para transplantes de órgãos. Por exemplo, a mortalidade materna entre as mulheres pretas é seis vezes superior à das brancas em São Paulo (42/100.000 contra 265/100.000). É impossível não oferecer medidas diferenciadas para modificar esta realidade, como já foi feito com relação à assistência farmacêutica na AIDS e à mudança da regra para a fila dos transplantes, demonstrando que a sociedade/o Estado sabem como fazer. Equidade, afinal, também é dar respostas diferentes a distintas necessidades.

- **Hospitalocentrismo e regionalização** – esta discussão tem profundas implicações econômicas, na medida em que se estima que setenta por cento dos gastos do SUS são destinados a hospitais. Consequências da assistência prestada sem necessidade em hospitais são o desperdício de recursos, já escassos, e a perda de qualidade, entre outros motivos pela possibilidade de acidentes iatrogênicos. O município de São Paulo cresceu, entre 1995 e 2005, à razão de 0.88% ao ano; porém, certos bairros chegaram a ter crescimento de 14%. Observou-se, em 2006, que, em várias regiões da cidade, com o porte de municípios grandes, não há a oferta de um leito hospitalar sequer, forçando a população da periferia a grandes deslocamentos para tentar a sorte na região central.

A regionalização, por sua vez, é resultado de um processo de urbanização desregrado e da

falta de um olhar planejado sobre as manchas urbanas em nossa realidade. No Brasil, existem três esferas autônomas de gestão política, de difícil integração. Desrespeitando os limites jurídico-administrativos de estados e municípios, há cerca de 44 regiões metropolitanas no país que não estão sob responsabilidade clara de ninguém. O município de São Paulo interna em sua rede hospitalar 15% de cidadãos de outras cidades. Este fato não mereceu qualquer ação planejada por parte das diferentes esferas de governo. Este somatório de indefinições leva à ineficácia e ineficiência.

- **Fracionamento do cuidado** – este componente reflete o corporativismo no âmbito dos serviços de saúde e o privilégio dado aos hospitais nas políticas sociais e de saúde. Mesmo que haja mais unidades básicas e ambulatoriais disseminadas pelo território, o modelo assistencial ignora a necessidade de integração de ações e da integralidade dos cuidados, gerando intervencionismo e medicalização.

- **Oferta de leitos** – os problemas de planejamento urbano influenciam a disponibilidade de leitos. Parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutive, frente ao padrão de financiamento da saúde, que não tem proposta adequada para aprimorar este subatendimento. Dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) revelam que apenas 2,2% dos leitos nacionais são de UTI e que 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de cinquenta leitos. Resultados disso são pressão sobre as fontes de recursos e modelo assistencial pouco eficaz, gerando busca por cada vez mais produtos e serviços de saúde.

Com base apenas nas disposições legais sobre oferta de internações (portaria MS 1.101 de 12/06/2002), é possível dizer que não faltam leitos no país, nem no setor público nem para a medicina privada. Porém, cada município quer ter seu hospital, o que requer financiamento. Se fossem internados 10% da população (o SUS interna em torno de 7%), com uma média de permanência de cinco dias e uma taxa de ocupação de 80%, seriam necessários, para os 180 milhões de brasileiros, cerca de 310 mil leitos. No Brasil, há 404 mil leitos. Desses 310 mil leitos, segundo a literatura especializada, cerca de 10% (31 mil) deveriam ser de UTI. Em setembro de 2006, apenas 9 mil têm esta característica. As diferenças se acentuam quando se analisa por setor (público e privado) e por região.

Os Quadros 1 a 5 trazem um resumo deste diagnóstico. Mostram as variações de financia-

Quadro 1. Número médio de internações e faturamento mensal segundo porte hospitalar - Brasil, 2004.

PORTE HOSPITALAR	INTERNAÇÕES		VALOR (R\$) INTERNAÇÕES	VALOR (R\$) MÉDIO	FATURAMENTO (SIH E SIA)	% SIH
	N	%				
1 (30)	83.923	8,4	26.566.737,01	316,56	42.986.588,38	61,8
2 (31-50)	138.077	13,8	47.084.360,76	341	67.461.465,53	69,8
3 (51-100)	259.004	25,8	106.648.641,73	411,88	161.112.878,20	66,2
4 (101-150)	153.283	15,3	77.914.773,64	508,31	118.791.011,24	65,6
5 (151-200)	107.618	10,7	65.993.929,55	613,23	105.830.033,58	62,4
6 (201-300)	121.407	12,1	89.546.949,29	737,58	141.781.013,41	63,2
7 (301-400)	63.716	6,4	49.264.361,52	773,79	72.425.988,44	68
8 (401-500)	20.338	2	20.195.787,08	993	28.462.309,07	71
9 (> 500)	55.664	5,5	64.046.804,18	1.150,00	107.453.510,49	59,6
Total	1.003.029	100	547.292.344,75	545,64	846.304.798,30	64,7

Fontes: CNES; SIH/SUS e SIA/SUS.

Quadro 2. Distribuição dos hospitais do SUS classificados em porte segundo o número de leitos existentes - Brasil, 2004.

PORTE HOSPITALAR	HOSPITAIS		LEITOS	
	N	%	N	%
1 (até 30 leitos)	1.787	32,1	36.092	8,9
2 (31-50 leitos)	1.408	25,3	56.316	13,9
3 (51-100 leitos)	1.306	23,5	93.151	23,1
4 (101-150 leitos)	460	8,3	56.185	13,9
5 (151-200 leitos)	247	4,4	42.925	10,6
6 (201-300 leitos)	210	3,8	50.967	12,6
7 (301-400 leitos)	82	1,5	28.537	7,1
8 (401-500 leitos)	26	0,5	11.478	2,8
9 (> 500 leitos)	36	0,6	28.387	7
Total	5.562	100	404.038	100

Fontes: CNES e SIH/SUS

Cenário do hospital no Brasil

- **Assistência médica supletiva (AMS) e a verticalização sem parcerias** - o aumento dos custos, a pressão dos compradores de planos privados de saúde (85% dos planos existentes em 2006 são coletivos), a pressão regulatória sobre as modalidades de oferta e sobre os preços, além da política de ressarcimento do SUS, têm levado vários atores desse setor a buscar novas alternativas organizacionais de sobrevivência. Particularmente as cooperativas médicas e a medicina de grupo têm investido na verticalização do processo de atenção, comprando ou construindo hospitais. Verifica-se também que uma alternativa observada no mercado norte-americano - a terceirização da gestão - não tem encontrado expressão significativa em nosso meio⁷.

- **Financiamento** - A Emenda Constitucional 29 (EC-29) trouxe, a partir de 2000, uma nova perspectiva para o setor, na medida em que propiciou maior estabilidade para o financiamento federal, do qual se exige pequeno incremento⁸. O crescimento mais intenso aprovado é nas fontes estaduais e municipais (até 1988, a esfera federal era responsável por cerca de 85% dos recursos públicos do setor e os municípios, por apenas 5%. Em 2005, os gastos públicos foram financiados em 50% pela esfera federal e em partes iguais - 25% cada - pelas duas outras esferas). Apesar de ainda existir controvérsia sobre o que pode e não pode ser considerado gasto com saúde, é evidente a mudança no modelo de financiamento. Por exemplo, muitos municípios passaram a

mento por tamanho de hospital e as diferenças de contratação de leitos pelo SUS e pelo setor privado. Nos hospitais menores, as internações levam a um faturamento mais baixo, pois sua resolutividade é baixa. Estes hospitais se justificam em regiões de baixa densidade demográfica ou incorporados em projetos regionalizados e hierarquizados, raros no país.

Quadro 3. Número de hospitais e leitos existentes segundo porte hospitalar - Brasil, 2004.

REGIÃO E UF	ESFERA ADMINISTRATIVA						TOTAL HOSP	% REDE PRÓPRIA SUS	% GESTÃO MUN	NÚMERO DE LEITOS		
	FED	EST	MUN	PRIV	FIL	SIN				TOTAL DE LEITOS	LEITOS UTI N	LEITOS UTI %
1 (< 30)	7	165	932	378	302	3	1.787	61,8	16,1	36.092	17	0
2 (31-50)	6	93	425	416	465	3	1.408	37,2	26,3	56.316	153	0,3
3 (51-100)	9	129	223	379	566	0	1.306	27,6	43,2	93.151	1.076	1,2
4 (101-150)	8	70	49	156	207	0	460	27,6	54,8	56.185	1.538	2,7
5 (151-200)	8	49	24	54	112	0	247	32,8	60,3	42.925	1.411	3,3
6 (201-300)	11	48	13	48	90	0	210	34,3	61,4	50.967	1.865	3,7
7 (301-400)	6	26	6	19	25	0	82	46,3	64,6	28.537	963	3,4
8 (401-500)	3	6	0	8	9	0	26	34,6	61,5	11.478	360	3,1
9 (> 500)	4	8	1	6	17	0	36	36,1	52,8	28.387	1.554	5,5
Total	62	594	1.673	1.434	1.793	6	5.562	41,9	33,1	404.038	8.937	2,2

Fontes: CNES e SIH/SUS.

Nota: Esferas administrativas: FED=Federal; EST=Estadual; MUN=Municipal; PRIV=Privadas conveniadas; FIL=Filantrópicas; SIN=Unidades Sindicais.

Quadro 4. Números Brasil – caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise horizontal, 2002.

TIPO DE LEITOS	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICOS	68,82 %	31,18 %
CLÍNICOS	74,24 %	25,76 %
UTIs	59,96 %	40,04 %
OBSTÉTRICOS	78,52 %	21,48 %
PEDIÁTRICOS	83,78 %	16,22 %
CRÔNICOS	84,13 %	15,87 %
OUTROS	65,79 %	34,21 %
TOTAL	75,19 %	24,81 %

Fonte: CNES.

Quadro 5. Caracterização dos leitos por tipo e segundo contratante, em porcentagem – análise vertical, 2002.

TIPO DE LEITOS	SUS	NÃO SUS
CIRÚRGICOS	20,26 %	27,82 %
CLÍNICOS	29,15 %	30,64 %
UTIs	5,49 %	11,10 %
OBSTÉTRICOS	13,22 %	10,96 %
PEDIÁTRICOS	15,17 %	8,90 %
CRÔNICOS	15,69 %	8,97 %
OUTROS	1,02 %	1,60 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %

Fonte: CNES.

administrar hospitais. As defasagens da tabela do SUS associadas ao modelo de transferência de recursos da esfera federal (baseado em produção, ainda seguido apesar da gestão plena, e muito pulverizado) levaram o sistema à rápida exaustão dos efeitos da Emenda.

A questão macroeconômica trouxe consequências na área privada, reduzindo a capacidade de crescimento da AMS. O aumento do desemprego devolveu ao setor público uma massa de usuários anteriormente cliente do setor privado. A lei 9656, proibindo a existência de operadoras/planos de saúde sem garantias financeiras de longo prazo e que ofereciam risco para seus potenciais beneficiários, contribuiu para a crise assistencial do SUS e dos hospitais que prestavam serviços para ele, em particular os filantrópicos de médio porte do interior⁸. Ainda cabe considerar a implantação do plano real e o fim da inflação.

A rede hospitalar brasileira, até 2006, não dispõe de um sistema de financiamento adequado. Tampouco suas atividades são dirigidas pela relação custo-volume-lucro, como em outros setores da economia. Regra geral, o custo da atividade é desconhecido e a gestão existente é a do regime de caixa. No setor privado, a capacidade dos hospitais de comprar se torna mais importante que a prestação de serviços, enquanto item de receita. O interesse das operadoras em controlar este item tem consequências ruins para o financiamento da rede¹⁰. Pode-se dizer que os hospitais não estão preparados para a mudança de modelo, pois mal conhecem seus custos.

Os hospitais universitários são responsáveis por cerca de 3% dos leitos e neles são realizados quase 12% dos procedimentos, com concentração de atos de alta complexidade. Eles são um componente particular e muito importante da rede pública que, na busca de novas fontes de financiamento para suprir a falta de recursos públicos, firmaram contratos por meio de venda de serviços com a AMS. Isto levou à criação de uma *segunda porta*, com distorções no acesso. Esta questão tem merecido a atenção do Ministério Público, que tem sido cauteloso. Esta prática também tem sido utilizada para melhorar a capacidade de estes hospitais reterem seu corpo clínico, aumentando a quantidade de variáveis a considerar na análise da questão e no encaminhamento de possíveis soluções.

A cadeia de produção na área de serviço e suas relações – o hospital, o médico, o fornecedor, o plano de saúde, a empresa contratante do plano e o paciente

Uma das conseqüências do cenário apresentado é a fragmentação do processo de atenção à saúde, mais evidente na área pública onde repercute mais o discurso da “saúde pública”. Um assunto contemporâneo é a criação de sistemas regulatórios para integrar a rede assistencial. Na área privada, a preocupação regulatória é anterior e gerou resultados voltados a aumento de eficiência e controle de acesso. No que diz respeito à integralidade e a suas conseqüências, ainda se está distante daquilo que se esperava na primeira década dos anos 2000.

Não existe integração no processo de produção (modelo assistencial) e tampouco entre os componentes do setor. O estado não tem atuado no sentido de patrocinar uma visão de cadeia produtiva que possa gerar ganhos comuns. Para isto, seria fundamental identificar todos os atores envolvidos, a insuficiência de sua remuneração, seus anseios por maiores ganhos e por maior espaço. A visão prevalente é a de que o estado se empenha em fazer com que todos percam espaço, levando a uma sensação de perda e conseqüente busca por uma situação de “ganho”.

Resumo do cenário e principais tendências

Observa-se tendência a reduzir o número de leitos e de hospitais, exceto em casos específicos. A tendência é criar escalas econômicas mais adequadas para serviços com maior complexidade, com concentração de tecnologia tanto em equi-

pamentos quanto em processos. Isto aponta para o fim dos pequenos hospitais, salvo em especialidades e condições especiais (centros de excelência com sua própria demanda). Também se observa a necessidade por busca de mais resultados. A integralidade está incorporada nos discursos de serviços públicos e privados, de prestadores e operadoras. A busca por novas formas de financiamento tem sido incessante, pois o modelo atual deixa todos os atores insatisfeitos. Não é simples padronizar medicamentos, equipamentos, materiais de consumo, órteses e próteses, quando se está discutindo ganhos de empresas, profissionais e até operadoras de saúde.

Ocorrem tentativas de encontrar novas formas de relacionamento, como terceirizações, parcerias e alianças, nas quais se possa construir relações entendidas pelos participantes como “ganha-ganha”. Ter todas as partes de um setor satisfeitas com os resultados faz parte de uma das grandes utopias da economia e do cenário mundial.

O que está em curso

Este item destaca alguns fatos observados no Brasil e em outros países. Em alguns casos, trata-se de iniciativas autóctones, aplicáveis em qualquer lugar. Em outros, verifica-se a importação de modismos. Todos são reflexos do momento atual, embora em alguns casos sem comprovação de resultados.

Avaliação externa – acreditação

Nos EUA e no Canadá, verificam-se movimentos enraizados de avaliação externa, com cobertura ampla dos serviços e conhecidos pela população. A Organização Panamericana da Saúde (OPS) fez um esforço relativamente pouco eficaz, a partir da segunda metade dos anos 1980, no sentido de difundir esta prática pelos países do continente. Em 2006, há esforços consideráveis na direção de implantar programas nacionais de acreditação. Em termos gerais, a cobertura ainda é baixa, o interesse é pouco difundido e com frequência busca-se mais *marketing* ou melhoria de imagem que qualidade propriamente dita¹¹.

No Brasil, não chega a 1% do total de hospitais aqueles acreditados por organizações que trabalham com programas voltados para o setor da saúde, tanto no modelo nacional (66 hospitais acreditados, 40 em São Paulo, 6 em Minas Gerais, 4 no Rio Grande do Sul, 3 em Brasília, 2

no Rio de Janeiro, no Espírito Santo, na Bahia, no Paraná e no Ceará e 1 em Santa Catarina, na Paraíba e em Sergipe¹²), quanto no modelo da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO/Joint Commission International, aqui representada pelo CBA - Colégio Brasileiro de Acreditação (8 organizações acreditadas - 1 no Rio Grande do Sul, 4 no Rio de Janeiro e 3 em São Paulo¹³).

Nem a literatura nacional nem a internacional conseguem provar melhora nos resultados da assistência por meio dessas práticas; o aprimoramento que eventualmente ocorre se dá nos processos, na sua formalização e na gestão¹⁴. Talvez por isso haja poucos incentivos, por parte do governo e dos compradores privados, para que um hospital adira a uma das certificadoras/acreditadoras existentes. Também se pode dizer que existe concorrência, em primeiro lugar entre os modelos de avaliação e, em segundo, entre organizações avaliadoras.

Atividades da acreditação são diferentes das relacionadas à permissão de funcionamento, sob a responsabilidade da Vigilância Sanitária. A submissão a esta, vinculada ao poder público, é obrigatória. Em tese, todos os hospitais em funcionamento preenchem os requisitos mínimos nacionais. A acreditação verifica pontos não contemplados naquele instrumento, assumindo que as condições mínimas de estrutura estejam garantidas. De todo modo, trata-se de um esforço de melhorar a qualidade dos serviços prestados, inclusive para os usuários.

Em 2006, a Agência Nacional de Saúde Suplementar colocou em prática alguns mecanismos de avaliação das operadoras. Em função disso, estas também têm papel na avaliação de hospitais, pois alguns indicadores dos serviços que elas compram são levados em conta nesse processo¹⁵.

Terceirização

Identificam-se dois movimentos de terceirização na área hospitalar, um mais voltado diretamente a profissionais, com vistas a reduzir o valor da folha de pagamentos, e o outro à associação com outras organizações, que desenvolvem mais competência em alguma atividade crítica para o hospital¹⁶.

O primeiro tipo costuma ser utilizado para áreas de baixa especialidade e mão-de-obra intensiva, como nos casos de limpeza, segurança e recepção. O modelo habitual é constituir empresas, que prestam serviços em qualquer tipo de organização, para a contratação de trabalhado-

res. Principalmente na área hospitalar, considerar que se trata de áreas de baixa especialidade leva ao equívoco de que é necessário pouco treinamento/pouca supervisão, pois há especificidades relacionadas ao tipo de trabalho realizado. Há o receio de ações trabalhistas pois, mesmo na inexistência de vínculo direto, quem garante treinamento e supervisão é o empregador. Áreas como recepção requerem muito treinamento, pois são onde o usuário externo toma contato com o hospital.

O outro modelo ocorre quando duas empresas trabalham associadas para a finalidade de realizar uma tarefa, necessária para uma e realizada com qualidade por outra, que já efetuou os investimentos necessários. Isto costuma acontecer na área de serviços complementares, como laboratórios, imagens, hematologia e outras atividades especializadas. Atualmente, o modelo mais aceito para esta situação vincula empresa a empresa. Estudo realizado em São Paulo, em 2003, mostrou que este tipo de vínculo vigia desde os anos 1990, mas em muitos casos só passou a ser formalizado por meio de contratos após início do movimento da acreditação, que passa a exigir documentação para conhecer os serviços prestados dentro de cada organização¹⁴.

Esta situação permite a hospitais ou outros serviços não se preocuparem com a montagem de unidades complementares. As unidades contratadas conseguem prestar serviços a um número cada vez maior de clientes, configurando potencialmente a desejada situação ganha-ganha, principalmente quando os contratos são bem elaborados. Isto obriga a um conhecimento do negócio e a relacionamentos comerciais, porque nem sempre contratante e contratado são credenciados pela mesma fonte pagadora.

Relacionamento público-privado

No Brasil, desde o início do presente milênio, cada vez mais se fala em colaboração entre setor público e setor privado na assistência médico-hospitalar. Há modelos de Organizações Sociais de Saúde (OSS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), parcerias; nenhum deles é inteiramente bem nem mal sucedido^{17,18}.

No Estado de São Paulo, possivelmente, se encontra o maior número de experiências exitosas, principalmente no âmbito das OSS, porque um governo, ainda nos anos 1990, se dispôs a fazer as experiências iniciais e houve tempo para desenvolvê-las. Este modelo, na época de sua implantação, foi uma alternativa para colocar em

operação hospitais semi-construídos nos anos 1980. Frente a uma série de obstáculos, como a dificuldade de contratação por causa dos limites de gastos públicos, entraves observados para a manutenção dos hospitais em regime de administração pública, direta e indireta, e a disposição de algumas organizações privadas de se aproximarem do governo, passou-se a procurar alternativas de atividade conjunta. Os requisitos para um hospital começar a operar em regime de contrato de gestão, naquele momento, foram ele ser novo, sem quadro de pessoal contratado nem problemas de manutenção, prestar atendimento apenas a pacientes do SUS e cumprir um contrato no qual a organização privada se comprometia a atingir metas estabelecidas com a Secretaria de Estado da Saúde e a ser periodicamente avaliada por ela. O modelo, as metas e os contratos de gestão passaram por mudanças, mas até o final de 2006 ainda vigem.

No âmbito da Secretaria Municipal de São Paulo, que passou para o SUS em 2000, a idéia de gestão dos hospitais municipais por organizações privadas parceiras não foi considerada aceitável. Naquele momento, os hospitais saíram da administração direta e passaram a ser administrados por autarquias. No entanto, houve novo modelo de parcerias com organizações privadas, sem finalidades lucrativas para a implantação de uma nova alternativa assistencial, o Programa de Saúde da Família (PSF). O modelo prevê que o poder público repasse recursos para as organizações privadas e que, dentro de determinadas regras, o programa, seus trabalhadores e seus recursos sejam gerenciados privadamente, porém com finalidade pública.

Devido a problemas de financiamento nos hospitais, principalmente daqueles com caráter filantrópico, está sendo desenhada mais uma modalidade de parceria, dessa vez com destaque para os grandes hospitais sem finalidade lucrativa, que prestam serviços para o SUS ou dispõem de competências ditas estratégicas. O instrumento legal que estrutura este novo modelo é o decreto 5.895 de 18/09/2006. Incluem-se aí procedimentos de alta complexidade, pesquisas de interesse público em saúde, desenvolvimento de técnicas de gestão em serviços de saúde e atividades de educação e treinamento.

Finalmente, no período de 2005/2006, hospitais privados começaram a desenvolver modelos de parceria, nos quais há funções de gestão para eles junto à Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, “adotando” hospitais, para viabilizar investimentos e desenvolver atividades específicas

de treinamento. Ainda teve início uma experiência de administração de unidades ambulatoriais, as AMAS (assistência médica ambulatorial).

Esses modelos de relacionamento público privado não tratam apenas de recursos financeiros. Existe com frequência a intenção de interferir na realidade e de eliminar o fosso entre os dois setores.

Desospitalização

A literatura sobre o futuro da gestão hospitalar fala em redução da necessidade por leitos hospitalares. No Brasil, estas mudanças ainda são muito relativas. A redução tem ocorrido mais no setor privado que no público e em algumas especialidades. Há que questionar o significado do termo desospitalização. Observa-se uma série de iniciativas voltadas para a redução da utilização de leitos, patrocinadas e gerenciadas por hospitais, vinculadas a eles. À primeira vista, isto parece um contra-senso, pois os hospitais vivem de “vender” leitos a serem ocupados. Quando há pacientes internados, a tecnologia disponível (drogas na terapêutica e na anestesia, procedimentos cirúrgicos e diagnósticos menos invasivos) permite reduzir médias de permanência, por meio de altas mais precoces, permitindo considerar superestimados os números de leitos, anteriormente calculados como necessários.

Faz parte da lógica desse movimento a captação de pacientes em situações ambulatoriais, em atividades de proteção e promoção da saúde, que ensinem o caminho e os tornem clientes, de preferência fiéis. Está-se falando de modelos de cuidado alternativos àqueles prestados em ambiente hospitalar e de outros que complementam a assistência hospitalar, ajudando a dar a desejada integralidade à atenção.

Optou-se por trabalhar duas modalidades “substitutivas”, baseadas ou não em hospitais: a assistência domiciliar (*home care*) e o hospital-dia (*day hospital*). A primeira retira o paciente do ambiente hospitalar para prestar cuidados em sua residência ou opta por não interná-lo. Existem critérios recentemente emitidos pela ANVISA¹⁹ para definir a assistência domiciliar. Alguns financiadores ainda mostram resistência perante este tipo de cuidado. Não necessariamente os custos são menores, porque é importante saber o que está sendo comparado: em geral, compararam-se custos sem considerar gravidade e/ou resultados. O desenho completo prevê que, em caso de necessidade, o paciente retirado do hospital para o tratamento no domicílio e aquele

que iniciou a terapêutica em casa sejam encaminhados para um serviço que disponha de infraestrutura suficiente para permitir assistência de maior complexidade.

O hospital-dia realiza, em nível ambulatorial, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, anti-gamente executados em regime de internação, desde cirurgias ambulatoriais até quimioterapias diversas. Às vezes se realizam, em regime ambulatorial, procedimentos de risco, cuja porcentagem de complicações é elevada. Por isso o relacionamento próximo com hospitais de referência se faz imprescindível. As operadoras de saúde mostram hesitação em remunerar estes eventos nessas unidades, talvez baseadas na equivocada premissa de que, se não necessita de internação, o procedimento pode ser considerado dispensável.

Entre os modelos complementares à internação, encontram-se cuidados dirigidos a pacientes de risco ou portadores de diagnósticos de alta prevalência. Por isso, fala-se em gestão de casos (*case management*) e gestão de doenças (*disease management*). Ambos se vinculam à continuidade de cuidado, um critério de qualidade da assistência. Este tipo de programa é baseado em hospitais, que se dedicam a pacientes com diagnósticos selecionados de maneira a evitar retornos não programados e de maior gravidade, garantindo a utilização de serviços de caráter ambulatorial em seu acompanhamento. Operadoras e seguradoras de saúde também cuidam de pacientes em situação de risco, como diabéticos, hipertensos, obesos, asmáticos, entre outros, para evitar que eles se tornem sinistros evitáveis, reduzir sua utilização de serviços e, conseqüentemente, aumentar a lucratividade das carteiras, além de manter a saúde de seus beneficiários sob controle.

Um dos indutores de todo este movimento é a chamada atenção gerenciada (*managed care*), nascida na Costa Oeste dos EUA nos anos 1980. Seria de se esperar que a assistência sempre fosse gerenciada, mas esta forma de gestão permitiu identificar ociosidade e utilização desnecessária de serviços. Também conduziu à confusão entre racionalização (a proposta do modelo) e racionamento (uma de suas conseqüências indesejáveis, devido à busca pela redução de custos a qualquer preço). Esta foi uma motivação para a introdução dos protocolos e da medicina baseada em evidências pelo menos no discurso do setor. Ambos podem ser considerados instrumentos para a oferta de cuidados de melhor qualidade, usando apenas procedimentos e medicamentos de eficácia comprovada. Além disso, uma vez que a organização assume determinado protocolo, pode

melhorar seu sistema de compras, de maneira a atender os critérios de disponibilidade do que se quer, quando se necessita. Mas os protocolos podem se tornar camisas de força para os profissionais envolvidos, obrigando-os a utilizar o mínimo possível de procedimentos e os medicamentos mais baratos (não necessariamente os mais indicados). Existem protocolos de operadoras, de hospitais, de profissionais e até de fornecedores, como da indústria farmacêutica.

Financiamento

Desde os anos 1980, pelo menos, vê-se a busca por novos modelos, decretando-se internacionalmente, pelo menos no discurso, a falência do modelo *fee-for-service*, também utilizado no Brasil. Nele, remunera-se o procedimento realizado (e ainda, os materiais e medicamentos empregados), o que estimula o consumo. No entanto, principalmente em nosso meio, ainda são tímidas as reais tentativas de mudança de situação¹⁰.

A contratualização é uma tentativa implantada, com algumas evidências de sucesso. Ela leva em conta um órgão financiador, quase sempre público, e um prestador de serviços. Estabelece-se um contrato, onde são previstas metas e alguma forma de gestão ou de atendimento. Este contrato pressupõe pagamento ao final de um período, assumindo a produção nas condições estipuladas. Por exemplo, os hospitais em regime de contrato de gestão ligados às OSSs paulistas têm um contrato com a Secretaria de Estado da Saúde. Cada hospital, por intermédio da OSS à qual está vinculado, se compromete a determinada produção, sob algumas condições. Isto lhes propicia um pagamento fixo por mês, que permite a cobertura de seus custos. O cumprimento de algumas metas selecionadas, assistenciais (como índice de cesáreas) e administrativas (como adequação de prontuários), lhes dá direito a um *plus*. A contratualização também está sendo iniciada com hospitais universitários, filantrópicos e ainda de pequeno porte, por meio de iniciativa da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. Neste caso, trata-se de cumprimento de metas assistenciais e administrativas, que chegam a sugerir modelos internos de gestão.

No setor privado, uma das fontes de lucro dos hospitais é a comercialização de materiais e medicamentos, junto a operadoras e seguradoras ou diretamente aos pacientes. Também neste caso se diz que o modelo está esgotado e que os hospitais precisarão ter capacidade de cobrar pela assistência prestada, seguindo um modelo já em

vigor há décadas nos Estados Unidos e há menos tempo em alguns países europeus, onde foi modificado (Portugal, Espanha, Bélgica e outros), o DRG (Diagnostic Related Groups). No Brasil, embora a sigla já tenha sido traduzida para o português como grupos diagnósticos homogêneos (GDH), não há perspectivas para sua implantação em futuro próximo. Este modelo é mais de interesse de quem paga, pois assume um pacote médio de procedimentos por diagnóstico, faixa etária e outros fatores de risco, o que permite estimar os gastos. Para os hospitais, é mais difícil, pois os coloca na situação de partilhar o risco, permitindo-lhes pouca margem de manobra em relação ao contratado. A transição do modelo *fee-for-service* (pagamento por US – unidade de serviço) do INAMPS em 1982 para o atual pagamento por procedimento (AIH), pode ser considerado como um modelo tupiniquim de DRG e que vigora até hoje na rede pública.

No setor privado, algumas operadoras de saúde, notadamente as autogestões, têm trabalhado com co-pagamento, de maneira a conscientizar seus beneficiários sobre seu grau de utilização. Este é mais um dos mecanismos utilizados no *managed care*, com a função *gate-keeper*, de diminuição da utilização de serviços. No SUS, há quem considere esta uma política a ser pelo menos pensada. O Banco Mundial vem recomendando a utilização deste mecanismo na esfera governamental, com a mesma intenção, o que trouxe muita rejeição a esta ideia no país, principalmente invocando a noção de acesso universal. No entanto, há uma série de pensadores brasileiros que têm levantado a não existência do termo gratuidade na Constituição, nem na lei 8080.

Torna-se fundamental mudar a visão sobre a cadeia de valor na saúde. O modelo tradicional considera relações de compra e venda no mercado, mas em 2006 já se verificam tentativas de parceria, desde a área de suprimentos até a de prestação de serviços. A indústria farmacêutica tem trabalhado junto a prestadores para o desenvolvimento de protocolos assistenciais para diagnósticos de maior interesse, a indústria de equipamentos vem buscando desenvolver *softwares* em parceria com seus utilizadores potenciais, entre outras tentativas. Faz falta, ainda, a percepção de que todos os envolvidos têm interesses comuns, fazem parte da mesma cadeia. Ainda se observam comportamentos de comprador/fornecedor em que a vantagem de um é a perda do outro. Independente disso, os custos na saúde continuarão subindo⁵.

Desafios para o hospital contemporâneo

Tendência é diferente de desafio. As tendências trazem consigo um aspecto de inexorabilidade. Desafios têm a ver com os problemas identificados numa determinada situação e como se considera que eles podem ser solucionados, para a construção de um novo cenário, onde a ordem de relevância dos problemas muda e surgem novas situações, às vezes indesejadas. Por isto, após as tendências, os desafios.

Olhar o longo prazo com uma visão de futuro abrangente, menos conjuntural

O horizonte da gestão de serviços de saúde no Brasil em 2006 tem sido o imediato, sem perspectivas consistentes e integradas de futuro. Como não se constroem visões de futuro, em geral se observa mais do mesmo: preocupação com a sobrevivência, com um viés de curto prazo nas estratégias desenhadas. A sociedade ainda está sob o impacto do crescimento dos custos do setor e o modelo de financiamento não está dando resposta suficiente^{20, 21}.

No setor público, principalmente quando gerenciado diretamente por organizações públicas, o fenômeno é mais evidente. A única iniciativa diferente observável na busca por solução dos problemas de financiamento foi a criação da segunda porta, viável apenas em alguns hospitais universitários. O setor privado filantrópico viveu, na década de 1990, uma acomodação dolorosa, propiciada pelo decreto de 1994, que exigiu para a manutenção do certificado de filantropia (e da renúncia fiscal, equivalente a cerca de 28% da folha de pagamento) a destinação de sessenta por cento dos leitos (pacientes-dia) para o SUS.

O comportamento hipócrita continua sendo a regra: o governo se coloca como exigindo contrapartida das entidades e estas fazem o que consideram imprescindível para sua sobrevivência, seja maquiando a proporção dos 60% no atendimento SUS, seja mantendo, pelas mais diversas razões e das mais distintas maneiras, parcerias com as prefeituras. Muitas prefeituras intervem em hospitais filantrópicos e passam a operá-los como um braço auxiliar da gestão pública, que permite contratação de pessoas, realização de compras sem licitação, entre outros atos administrativos. O resultado disso é a falta de uma ação com propósitos, que parece condenar ao sucateamento boa parte da rede hospitalar privada com finalidade público-comunitária. A rede das filantrópicas deixa de ser um conjunto

de instituições da comunidade, em aliança com o SUS e com a rede privada, pois passa a atuar de acordo com incentivos financeiros que lhe permitam ganhar fôlego no curto prazo.

No setor privado com finalidade lucrativa, vem ocorrendo, desde os anos 1980, um progressivo distanciamento do SUS, chegando à desativação e ao fechamento de leitos. Este fenômeno representa um redimensionamento da demanda, mas também significou uma certa incapacidade de construir uma visão coerente e realista de futuro.

A realidade do final da primeira década do século XXI mostra falta de capacidade do Estado e dos agentes privados em construir uma visão de longo prazo. A exceção tem sido alguns hospitais com vocação de sofisticação tecnológica e setores mais dinâmicos ou mais criativos entre as operadoras da assistência médica supletiva, em particular a medicina de grupo e, dentro dela, o segmento mais voltado para planos para classes C e D. É onde se verifica mais claramente a utilização de técnicas como atenção gerenciada e gestão de casos, entre outras.

Buscar novos modelos jurídicos para o “negócio”, tanto no setor público quanto no privado

O instrumental de gerência do Estado brasileiro é insuficiente e gerador de ineficiências. Concursar, licitar, orçar (no sentido da administração pública) não garante a alegadamente pretendida isonomia e ainda gera falta de transparência e excesso de burocracia. As regras para a gestão da coisa pública estão voltadas para os meios e não para os resultados. A solução certamente não está em agregar controles sobre os resultados. Há a urgente necessidade de rever o sistema público de gestão no país, não somente daquele empregado no setor saúde. Há três caminhos já testados: o das organizações públicas gerenciadas com personalidade privada pelo próprio Estado (empresa pública, como o Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da UFRGS, o Serviço Social Autônomo das Pioneiras Sociais e a recém retomada discussão das fundações públicas de direito privado); o da terceirização da gestão por meio da constituição de Organizações Sociais; e a solução, esdrúxula do ponto de vista jurídico, das fundações de terceiro tipo (privadas, porém com o objetivo de atuar no setor público ou em apoio a instituições deste) que atuam na maior parte das vezes junto a hospitais universitários (Fundação Zerbini/InCor). O

modelo da administração direta e das autarquias está superado, embora garantir o controle dos recursos empregados e dos resultados continue necessário. Isto traz à tona o quanto é fundamental ter mecanismos claros de controle social, contratualização e regulação¹⁶.

Em relação ao setor privado, todos se sentem competindo com todos apesar de operarem negócios diferentes – gerir serviços de saúde não é o mesmo que lidar com seguros ou planos de saúde. Dever-se-ia buscar alguma complementaridade, como a chamada contratualização entre parceiros. O modelo vigente faz com que, pelas carências de visão, pelo imediatismo da gestão, pela não compreensão (ou até pelo não conhecimento) dos custos do setor, a cadeia de valor do setor tenha um comportamento autofágico, com baixa tendência a construir movimentos sinérgicos.

Operadoras tratam os prestadores de serviços como criminosos ou partem para movimentos de verticalização. Os prestadores de serviços tentam extrair o máximo de quem os contrata, não os tratando como parceiros nem como clientes. Os médicos, principalmente aqueles envolvidos com medicamentos e próteses/órteses de alto custo, associam com frequência seus honorários ao comércio destes bens²². O complexo industrial também tenta obter vantagens desse quadro, embora nos últimos anos sua demanda venha caindo, pela estrutura de custo gerada por um sistema cada vez mais caótico e pelas tentativas de intervenção do Estado no processo de fixação de preços. O Estado também entra nessa relação, seja por meio do judiciário, seja do executivo. Ele tem a obrigação de regular a relação dos cidadãos com os componentes da cadeia de produção.

O desafio atual do setor é a pactuação de parcerias. Os jogadores do cenário devem buscar saídas comuns, construídas num ambiente onde os fatos comuns a todos (como os custos) estejam mais claros. “Contratualizar” sobre interesses comuns é uma das alternativas mais prováveis. No caso das relações dos atores privados com o Estado, é provável que se tenha de alterar o marco legal, basicamente para desconstruir as hipocrisias nele presentes. Ao mesmo tempo em que se coíbe a oferta de planos incompletos, é necessário permitir cobrar um preço correto pelos serviços. Além de tudo, é fundamental rever a renúncia fiscal decorrente do pagamento de um plano, permitindo seu desconto do Imposto sobre a Renda. Cabe lembrar a difícil relação entre médicos, indústria(s), prestadores organizacionais e planos/operadoras de saúde. Manter os ganhos exis-

tentes nesta cadeia é praticamente impossível, levando a uma indesejável situação de perde-perde no curto prazo. No entanto, esta situação desfavorável pode levar ao aumento de demanda se os custos caírem, o que potencialmente beneficia todos. Há controvérsias quanto a quem é o elo mais fraco e quem o mais forte dessa corrente, mas a análise da realidade no curto/médio prazo permitirá adquirir conhecimento a respeito.

Usar de forma intensiva e racional a informação e a informatização

Não se conhece no Brasil, no segundo semestre de 2006, qualquer *software* que atenda as necessidades totais de um hospital, em termos de gerenciamento de sistemas de suporte, sistemas técnicos e sistemas de gestão. Em parte, isso se deve ao clima de *laissez-faire* habitual na gestão de saúde brasileira. No setor público, o atraso é maior, pois há responsáveis pela área que afirmam ser o investimento em informática um luxo que desvia recursos da assistência. Na área privada, a ferramenta é utilizada basicamente para gestão de caixa.

Reconhecendo que o hospital é uma das organizações mais complexas operadas pelo homem, torna-se imperativo ter um instrumento que permita tornar mais rapidamente disponíveis os dados a respeito do seu funcionamento, de maneira a estruturar a gestão de maneira sistemática. Este desafio, se bem enfrentado, trará resultados palpáveis para a gestão. Independente do nome que se atribua à variável, Tecnologia de informação (TI ou IT), Tecnologia de informação e comunicação (TIC), *Business Intelligence* (BI), a gerência pode ser ajudada por um conhecimento melhor e mais oportuno dos dados do funcionamento dos hospitais.

Cuidar do custo e da eficiência dentro da cadeia de valor

A preocupação com a eficiência chega a ser criticada, como um estímulo ao racionamento de serviços, mas quando a eficiência é critério de avaliação da gestão, faz sentido buscar métodos gerenciais. A apuração de custos não é problema intransponível tecnicamente, mas sua implantação depende de política institucional e se justifica quando serve para tomar decisões. Caso contrário, termina por ser desculpa para processos pontuais de *downsizing* orientados por agentes externos ao setor com pouco conhecimento sobre as especificidades de seus processos.

Cabem na categoria de ferramentas racionalizadoras, desde a década de 1990, a Gestão de Qualidade, a Reengenharia, os Seis Sigma, o *Balanced Score Card* (BSC), o planejamento estratégico, a gestão por projetos, entre outros. Existem disponíveis inúmeras ferramentas que oferecem sistematização do processo gerencial. Mecanismos de avaliação externa, como ISO e acreditação, também podem ser importantes aliados no sentido da busca de gestão e controle de resultados e de processos, da eficiência e de conhecimento de custos.

Buscar garantir o acesso universal a cuidados integrais, de maneira eficiente, hierarquizada e regionalizada

Este desafio é mais voltado para o setor público. O Brasil é uma federação que se estabelece sobre três autonomias (federal, estadual e municipal). Este modelo agrega dificuldade adicional à gestão de hospitais. Dos mais de 5.500 municípios brasileiros, apenas 9% têm mais de 50 mil habitantes e concentram 62% da população. Cerca de 50% dos municípios têm menos de 10 mil habitantes e concentram 9% da população. Apesar disso, todos os municípios das cidades brasileiras querem ter seu próprio hospital. É impossível resolver esta equação sem pensamento e, sobretudo, sem poder regional.

Para não descumprir o texto constitucional, a construção municipal ou regional da resposta a este desafio deve ser pactuada com a presença indutiva dos estados e da instância federal, por meio do Ministério da Saúde, utilizando suas respectivas capacidades de financiamento. Os pequenos municípios devem ter acesso garantido àquilo preconizado pela Constituição e pela legislação subsequente, por meio de sistemas regulatórios, operados pelo Estado ou por consórcios. O sucesso deste mecanismo passa pela hierarquização da rede e pela eficácia da informatização dos sistemas de regulação, para permitir montar uma equação realista para o financiamento. No modelo vigente, *todas* as instâncias planejam acesso para *todos* os cidadãos a *todos* os tipos de serviços.

Incorporar a prevenção primária no processo de atenção

Este desafio é mais do setor privado que do público. Sem ações de promoção e proteção da saúde, a recuperação continuará incapaz de responder às necessidades de cobertura para uma

população que demanda cada vez mais cuidados médicos. O setor privado tem avançado na gestão de sistemas regulatórios fortemente informatizados; porém, quando utiliza as ações de prevenção primária, ainda o faz de maneira pouco profissional. É freqüente encontrar planos para os quais esta atividade se resume a palestras na sala de espera, que ainda não passaram pelo teste da realidade e não demonstram preocupação com a manutenção da saúde. Usam essas palestras como propaganda, ainda vendem assistência médica e seu sucesso não está garantido.

Os compradores querem, na verdade, a manutenção da saúde a preços baixos. Para chegar a este resultado, é imprescindível conhecer sua população, sob o ponto de vista da sinistralidade, da epidemiologia e do sociodemográfico, buscando um conjunto articulado de ações. Um indicador de como esta questão vem sendo enfrentada é a análise de como está sendo enfrentada a questão da assistência farmacêutica. A grande maioria, quando se preocupa com o assunto, o faz criando alternativas de acesso mais econômicas. O problema da adesão aos tratamentos, nas doenças crônicas, tem uma de suas facetas no critério econômico, mas seu entendimento é muito mais complexo. A gestão de hospitais exige uma visão integrada do processo de assistência. No setor público, este problema também existe, mas se manifesta de forma diferente, sendo para ele os pontos críticos a regulação, a informatização e a gestão.

Integrar os setores público e privado

O relacionamento entre setor público e privado na saúde no Brasil tem sido conflituoso, em função das relações de poder vigentes na sociedade e da capacidade de o setor público controlar o privado. Antes da Constituição de 1988, as análises realizadas no setor público freqüentemente ignoravam o privado, mas desde os anos 1990, isto não é mais possível, embora alguns gestores locais continuem se propondo, pelo orçamento, a oferecer cobertura para 100% dos partos no seu município.

O gestor público tem que admitir suas responsabilidades para com o setor privado. Para tal, necessita receber, analisar e controlar os dados da Pesquisa de Assistência Médico Sanitária. Sem eles, não há como construir relacionamento público privado com algum grau de realismo e de conhecimento da situação. Isto feito, trata-se de construir localmente novas relações e discutilas, com a sociedade e com o ministério público.

O modelo chileno mostra que isto é possível na realidade latino-americana e merece ser acompanhado, com o máximo de isenção possível.

Envolver o médico na solução

Uma das questões mais complexas da gestão da prestação de assistência médico hospitalar é o envolvimento do médico na solução dos problemas e no desenho dos novos processos. O instrumental utilizado desde o final dos anos 1990 redesenha os processos de trabalho em saúde, inclusive o do médico, que deixou de ser um personagem solitário a ditar soluções. Pelo contrário, ele deve passar a trabalhar integrado em uma equipe, sob comando técnico e administrativo, com resultados e metas a alcançar e controlado por meio da utilização de protocolos, evidências, gestão de casos, gestão de patologias, etc. Em outras palavras, o médico é tão inimigo ou aliado do serviço quanto todos os demais trabalhadores e, portanto, sua gestão requer um conjunto de práticas gerenciais.

Isto não significa reduzir a importância do médico na equipe, pois ele já foi definido como um elemento crítico para o trabalho assistencial em hospital. Porém, este não é só de médicos e muito menos de um só médico. É fundamental a gestão do trabalho, medido utilizando as ferramentas existentes, construindo indicadores de resultados e implantando um plano de desenvolvimento permanente do corpo clínico. Estes são apenas alguns dos ingredientes que podem tornar os médicos aliados da gestão. Antes de buscar ou tentar implantar as ferramentas, é necessário reconhecer que há visões e interesses diferentes entre as partes envolvidas. Falar sobre as diferenças, reconhecendo que existem, pode ser um primeiro passo na gestão do novo modelo, que vai tentar substituir uma situação que vige há pelo menos um século.

Então, para onde vamos?

Há quatro passos obrigatórios:

- 1) Definir a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares. Sem mais recursos, será difícil continuar, embora seja difícil identificar de onde eles possam vir. Se o Brasil não crescer, será imperioso imaginar novas alternativas para o financiamento. Não há espaço para aumentar a carga tributária ou a fatia da saúde dentro da atual divisão do bolo tributário. As parcerias público-privadas podem acrescentar algum fôlego, porém elas não são

solução para o custeio, apenas para parte do investimento. Nestas condições, o sistema tornar-se-á insolvente (o setor público, de imediato) e será preciso criar uma nova proposta de arranjo para o sistema de saúde.

2) Garantir capacidade regulatória e integração com o sistema privado. A noção da atenção privada como suplementar implica em não realizar o planejamento de maneira adequada. Nesse sentido, é fundamental montar a malha da regulação e buscar transformar a loteria do acesso em uma equação responsável e transparente para toda a sociedade.

3) Aprimorar a gestão. Tanto o setor público quanto o privado têm que fazer um voto de busca da eficiência. Isto implica em uma nova disposição para a gestão, usando informações, com gerenciamento de custos e pesadamente baseada em processos informatizados.

4) Reconhecer que a prestação de assistência

à saúde ou, no mínimo, médico hospitalar, envolve na mesma cadeia de valor a indústria de medicamentos e equipamentos, os serviços prestadores de assistência direta, os serviços de diagnóstico e terapêutica, empresas prestadoras de serviços profissionais, empresas de consultoria, o aparelho formador de uma série de profissionais, entidades que pesquisam o setor (direta ou indiretamente), os profissionais propriamente ditos, as operadoras/seguradoras, as empresas que compram planos de saúde, o governo e o cidadão, é um primeiro passo para tentar mudar a situação. Cada um desses *stakeholders* tem identidade, vontade e objetivos próprios. Sem uma ação intencional, no sentido de fazê-los atuarem de maneira sinérgica, continuará a situação de competição suicida, que levou ao resultado perde-perde observado até 2006. Para mudar esta tendência, é necessário conhecimento, legitimidade e vontade.

Referências

- Porter ME, Teisberg EO. *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. Comité de Expertos en Organización de la Asistencia Médica. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. *Ser Inform. Tecn.* 1957; 122 (4).
- World Health Organization. *The world report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
- Raimundo J. Apresentação nos debates GVsaúde, FGV-EAESP; 19 set 2006.
- Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. *Saúde suplementar frente às demandas de um mundo em transformação*. Série IESS 001/2006. São Paulo: IESS; 2006.
- Scheffer M. *Os planos de saúde nos tribunais* [tese]. São Paulo (SP): FMUSP; 2006.
- Albuquerque GM de. *Integração vertical na medicina suplementar* [dissertação]. São Paulo (SP): FEA-USP; 2006.
- Costa LRL da, Malik AM. O financiamento da saúde pública no Brasil: alterações recentes. *Anais do CAILASS* 2005; Montreal.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Rio de Janeiro: ANSS; 2005.
- Saraiva J. É o fim do fee-for-service? *Fornecedores hospitalares* 2006; 14(129):41-45.
- Ruelas E, Poblano O. *Certificación y acreditación en los servicios de salud: modelos estratégicos, logros en México y Latinoamérica*. Mexico: Secretaría de Salud; 2005.
- ONA – Organização Nacional de Acreditação. [acessado 2006 Set 03]. Disponível em: <http://www.ona.org.br>
- CBA – Colégio Brasileiro de Acreditação. [acessado 2006 Set 03]. Disponível em: <http://cbacred.org.br/novosite/index.php>
- Schiesari LMC. *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros* [tese]. São Paulo (SP): FMUSP; 2003.
- Koyama MF. *Auditoria e qualidade dos planos de saúde: percepções de gestores de operadoras da cidade de São Paulo a respeito do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar da ANS 2006* [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 2006.
- Veloso G, Malik AM. Aplicação de modelos de decisão make or buy em hospitais: análise de terceirizações em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico em hospitais privados do município de São Paulo. *Anais do Encontro Nacional de Estudos Organizacionais*, 2005.
- Revista de Administração Pública 2003; 37(2).
- GVSAÚDE. *Debates GVsaúde. volume 1*. São Paulo: FGV; 2006.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n.11, de 16/01/2006. *Diário Oficial da União* 2006; 30 jan.
- Ginter PM, Swayne LM, Duncan WJ. *Strategic Management of Health Care Organizations*. New York: Blackwell Business; 1998.
- Malik AM, Pena FPM. *Administração estratégica em hospitais*. Relatório 21/2003. São Paulo: GVPesquisa; 2003.
- Okazaki R. *Identificação de ineficiências na cadeia de valor da saúde a partir da análise da gestão de compras de quatro hospitais privados do município de São Paulo, 2006* [dissertação]. São Paulo (SP): EAESP/FGV; 2006.