

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Glauco Henrique Marini

**OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma
análise comparada da prática *versus* Portaria 1101/GM**

Taubaté – SP
2010

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Glauco Henrique Marini

**OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma
análise comparada da prática *versus* Portaria 1101/GM**

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional. Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos

Taubaté – SP
2010

**Ficha catalográfica elaborada pelo
SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU**

Marini, Glauco Henrique

Oferta de leitos hospitalares em Taubaté: uma análise comparada da prática versus Portaria 1101/GM. / Glauco Henrique Marini. – 2010.

121f. : il.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional) – Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté, 2010.

Orientação: Prof. Dra. Isabel Cristina dos Santos, Departamento de Economia, Contabilidade e Administração.

1. Saúde pública. 2. MS/Portaria 1101/GM. 3. Sistema hospitalar. I. Título.

Glauco Henrique Marini

OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma análise comparada da prática *versus* Portaria 1101/GM

Dissertação apresentada para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Desenvolvimento Regional do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

Área de concentração: Planejamento e Desenvolvimento Regional

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dra. Vera Lúcia Ignácio Molina

Universidade Estadual Paulista

Assinatura _____

Júlio de Mesquita Filho

Prof. Dr. José Luiz Gomes da Silva

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

“... eu era movido por aquilo que o tao chama de espírito do vale, “que recebe todas as águas que afluem a ele”. Mas não me vejo como um vale majestoso; vejo-me, antes, como uma abelha que se inebriou de tanto colher o mel de mil flores, para fazer dos diversos polens um único mel”. (MORIN, 1997, p.41)

Dedico este trabalho:

à minha filha Nathália,

à minha esposa Heloísa,

aos meus pais Sebastião Marini e Alice Tomie Marini,
aos meus irmãos Eric Massami Marini, Elton Luíz Marini e à minha irmã Glaucia
Valéria Marini.

AGRADECIMENTOS

Aos Professores do Mestrado com quem compartilhei e tive a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, dos quais destaco Profa. Dra. Adriana Leônidas de Oliveira, Profa. Dra. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro, Prof. Dr. Fábio Ricci, Prof. Dr. Edson Aparecida de Araújo Querido Oliveira, Profa. Dra. Nancy Julieta Inocente, Profa. Dra. Marilsa de Sá Rodrigues Tadeucci, Prof. Dr. José Luís Gomes da Silva e, principalmente, minha orientadora Profa. Dra. Isabel Cristina dos Santos, que incentivou, instruiu, dedicou-se incansavelmente para a elaboração deste trabalho.

Aos meus amados pais, Sebastião Marini e Alice Tomie Marini, que são as pessoas das quais me iniciaram e moldaram o meu caráter.

À minha esposa Heloisa Hóllas Marini, pela compreensão e auxílio nessa árdua, porém gratificante missão.

À minha filha Nathália Hóllas Marini, que é quem me dá o maior ensinamento, a maior motivação, que me faz acreditar sempre, um exemplo de humanismo.

Enfim, a todas as pessoas e amigos que me incentivaram e acompanharam o meu esforço, os meus sinceros agradecimentos e considerações.

E, sobretudo a Deus, pois sem Ele nada seria possível.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi examinar a prática adotada para disponibilização de leitos para internação pelos hospitais públicos da cidade de Taubaté - SP. Os hospitais-foco desse estudo foram escolhidos por acessibilidade não probabilística e os entrevistados selecionados por interesse dentro do perfil de caráter Público. O estudo possibilitou identificar eventuais lacunas e oportunidades de melhoria na gestão pública hospitalar, observar fatores e variáveis socioeconômicos e demográficos como, por exemplo, receitas Estaduais e Municipais, *renda per capita*, taxas Estaduais e Municipais e Dados Territoriais, além do número de internações por especialidades. O método utilizado foi a pesquisa de natureza exploratório-descritiva e documental. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada junto aos gestores dos hospitais pesquisados. Após a coleta, por meio de documentos fornecidos por órgãos reguladores e entrevistas com os respectivos gestores, os dados foram examinados e comparados com os parâmetros da Portaria MS nº 1101/GM. Diante dos resultados encontrados concluiu-se que os hospitais públicos dessa cidade atendem parcialmente aos parâmetros estabelecidos pela Portaria 1101/GM. Em particular, no que diz respeito às internações por especialidades médicas, há um cenário de muitas oportunidades para os gestores hospitalares, a começar pela expertise na gestão pública profissionalizada, arraigada no processo de melhoria contínua na qual há a necessidade de mudanças no sistema de administração hospitalar, devido à complexidade dessa organização. Enfim, é imprescindível que haja a inter-relação dos saberes interdisciplinares eivados na busca do conhecimento do todo da organização hospitalar e também em partes devido à pluralidade de profissionais de diferentes formações e de serviços. Há oportunidades na gestão da saúde por meio de ações preventivas, não tardias ou dispendiosas, com diagnósticos precisos e tratamento multidisciplinar. Essa mudança seria um alvo a ser atingido.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Ministério da Saúde. Portaria 1101/GM. Organização Hospitalar.

ABSTRACT

OFFERING OF HOSPITAL BEDS IN TAUBATÉ: a compared analysis of the practice versus Ordinance 1101/GM

ABSTRACT

The aim of this paper is to examine the practice adopted for the provision of beds for public hospitals by the city of Taubaté - SP. The hospitals focused on this study were chosen for non-probabilistic accessibility, and the interviewees selected by interest in the public character profile. The study enabled to identify possible gaps and opportunities for improvement in public hospital management, observe socioeconomic factors and demographic variables such as, for example, state and local income, per capita income, state and local taxes, territorial data, besides the number of hospitalizations for specialties. The method used was the exploratory-descriptive and documentary research. Data were collected through a semi-structured interviews with the managers of the hospitals surveyed and through the documents provided by regulatory agency. Afterwards, the corpora were examined and compared with the parameters of Ordinance No. 1101 G / M MS. Considering the results, it was concluded that public hospitals in this city partially meet the parameters established by this ordinance. Consequently, regarding the admissions to medical specialties, there are many opportunities for hospital managers, starting with expertise in professionalized public administration ingrained in the process of continuous improvement, which there is a need for changes in the hospital administration system, due the complexity of the organization. Finally, it is crucial that the interrelationship of interdisciplinary knowledge riddled in the pursuit of knowledge of the whole hospital organization, and also the parts, due to the plurality of different backgrounds and professional services. In short, there are opportunities in health management through preventive actions, not late or expensive, with precise diagnosis and multidisciplinary treatment, in other words, a change to be conquered.

Key-words: Public Health. Health Ministry. Ordinance 1101 GM. Hospital Organization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Relações institucionais.....	22
Figura 2 -	Quadro de competências e exigências do gestor administrativo na área da saúde.....	29
Figura 3 -	Os clientes do hospital.....	30
Figura 4 -	Escolaridade e área atuante dos funcionários em hospitais.....	39
Figura 5 -	Natureza do hospital.....	40
Figura 6 -	Atendimentos emergenciais.....	41
Figura 7 -	Mortalidade infantil – Tendências da Mortalidade Infantil, Brasil 2002-2004.....	56
Figura 8 -	Esquema do método.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Quadro de competências e exigências do gestor administrativo na área de saúde.....	27
Quadro 2-	Relação leitos por mil habitantes.....	35
Quadro 3 -	Sistema de Saúde adotado por alguns países no mundo.....	49
Quadro 4 -	Causas da Mortalidade no Brasil.....	58
Quadro 5 -	Pactos e suas estratégias.....	64
Quadro 6 -	Fórmula de acordo com o número de internações por especialidade.....	69
Quadro 7 -	Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada mil habitantes.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação de funcionários por leito nos países da OCDE/1987.....	34
Tabela 2 -	Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa - Brasil – 1976 / 2005.....	36
Tabela 3 -	Leitos hospitalares/ mil habitantes, no Brasil e grandes regiões.....	38
Tabela 4 -	Número de médicos, enfermeiros e odontólogos/mil habitantes: Brasil e grandes regiões.....	38
Tabela 5 -	Gasto <i>per capita</i> com saúde em diferentes países (US\$ PPP).....	47
Tabela 6 -	Percentual gasto público em relação ao gasto total em saúde em países selecionados.....	50
Tabela 7 -	Participação das esferas do governo no gasto público em saúde no país.....	51
Tabela 8 -	Gastos do SUS por entes federados em valores de 2005.....	52
Tabela 9 -	Brasil: gasto total e líquido (total e <i>per capita</i>) do MS 1993 – 2000. Em R\$ de dezembro de 2000.....	53
Tabela 10 -	A concentração da população no Brasil (total e por estados).....	54
Tabela 11-	Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil 1930/1990.....	57

Tabela 12-	Dados socioeconômicos - Receita e renda <i>per capita</i> , Taubaté-SP, 2008.....	78
Tabela 13-	Dados socioeconômicos - Outras Informações, Taubaté-SP, 2008.....	78
Tabela 14-	Dados socioeconômicos - Receitas Municipais, Taubaté-SP, 2008.....	78
Tabela 15-	Dados demográficos - Taxas Estaduais, Taubaté-SP, 2008....	79
Tabela 16-	Dados demográficos - Taxas Municipais, Taubaté-SP, 2008...	79
Tabela 17-	Situação do Município, Taubaté-SP, 2008.....	80
Tabela 18-	Dados Territoriais, Taubaté-SP, 2008.....	80
Tabela 19 -	Hospital A - Internações do ano de 2008 de acordo com as especialidades médicas.....	81
Tabela 20 -	Hospital A - Internações de acordo com os grupos ano de 2008.....	83
Tabela 21 -	Hospital B - Internações de acordo com a especialidade ano de 2008.....	85
Tabela 22-	Hospital B - Internações de acordo com grupo ano de 2008...	86
Tabela 23 -	Prática do número de internações hospitalares no hospital A no ano de 2008.....	88
Tabela 24 -	Prática do número de internações hospitalares no hospital B no ano de 2008.....	89

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONGS	Organizações Nacionais Governamentais de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEA	População Economicamente Ativa
RIPSA	Rede Internacional de Informações para a Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 PROBLEMA	17
1.2 OBJETIVOS	18
1.2.1 Objetivo Geral	18
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	19
1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO	20
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	21
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 RELAÇÕES INSTITUCIONAIS	22
2.2 COMPLEXIDADE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR	23
2.3 SISTEMA HOSPITALAR BRASILEIRO	28
2.3.1 Qualidade nos Hospitais	41
2.3.2 Acreditação Hospitalar	43
2.3.3 Serviço de Hotelaria Hospitalar	44
2.4 PANORAMA GERAL DA SAÚDE	45
2.4.1 Mundo	45
2.4.2 Saúde Pública no Brasil	50
2.4.3 A saúde pública como função do Estado	59
2.4.4 Cidades Saudáveis	60
2.5 INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO	62
2.5.1 Pacto pela saúde	62
2.5.2 Acreditação hospitalar	65
2.5.3 MS/Portaria n° 1101	67
2.5.3.1 Parâmetros de cobertura hospitalar	68
2.5.4 Variáveis Intervenientes	71
3 MÉTODO	73
3.1 TIPO DE PESQUISA	73
3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO	74
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	74
3.4 INSTRUMENTO(S)	74
3.5 PROCEDIMENTOS	75
3.6 ANÁLISE DE DADOS	76
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	77
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	81
4.1.1 Casos - Hospital A	81
4.1.2 Casos - Hospital B	84
4.2 DISCUSSÃO TEÓRICA	90
4.3 ESPECIALIDADES ATENDIDAS NOS HOSPITAIS A E B	91
4.3.1 Especialidade Cirúrgica	91
4.3.2 Clínica Médica	91
4.3.3 Cuidados Prolongados (crônicos)	92
4.3.4 Obstétrica	92
4.3.5 Pediátrica	92
4.3.6 Psiquiátrica	92
4.3.7 Reabilitação	93
4.3.8 Tisiologia	93

4.3.9 Fator de Ajuste *	93
4.3.10 Psiquiatria Hospital Dia	93
4.4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS	94
5 CONCLUSÃO	100
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS	113
ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.....	113
ANEXO B – Doenças mais frequentes na população.	114
APÊNDICES	116
APÊNDICE A - Ofício	116
APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição	117
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	118
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista.....	120

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objetivo examinar a prática adotada para disponibilização de leitos para internação pelos hospitais públicos da cidade de Taubaté, interior do Estado de São Paulo. Faz parte do estudo verificar o atendimento do Ministério da Saúde - MS Portaria 1101/GM de 2002, observando eventuais lacunas e oportunidades de melhoria na gestão do sistema de saúde pública da cidade. A gestão da Saúde Pública, e em especial os hospitais, são atividades complexas, influenciada por diversos fatores que serão apresentados ao longo desse trabalho com destaque para os fatores socioeconômicos e demográficos.

Os hospitais públicos são submetidos à prática da pactuação de serviços, distribuindo-os entre outros hospitais da cidade e da região, desenhando um quadro de atendimento por especialidades, resultando em maior ou menor concentração de atendimentos em certas especialidades médicas e, assim, gerando a formação de hospitais de referência (CAMPOS, 1999).

O acesso universal e igualitário do cidadão é direito constitucional de atendimento médico-hospitalar, seja ele contribuinte ou não do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), garantido pela Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), que adicionaram a necessidade de organização e disponibilização de recursos para o atendimento incondicional do usuário do sistema (IPEA, 2006).

Segundo estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial tem aumentado em 77 milhões de habitantes a cada ano e, de acordo com suas estimativas, o planeta terá 9,3 bilhões de habitantes em 2050. A ONU propôs, em 2002, uma revisão metodológica de suas estimativas populacionais devido à queda nas taxas de fertilidade observadas nas nações em desenvolvimento (OMS, 2008).

Existe uma relação estreita entre a formação de aglomerados urbanos precários e Saúde Pública, uma vez que a ocupação desordenada dos espaços urbanos – ou seja, a formação de cinturões de pobreza - precede a ação pública de planejamento e oferta de serviços de saúde, tais como, a criação de um sistema de saneamento básico, isto é, provisionamento de um sistema de tratamento de

esgotos, oferta de água tratada e Saúde Pública que juntos interferem diretamente no controle epidemiológico (OPAS, 2006).

O gasto com saúde no Brasil é um dilema. As autoridades, em todos os níveis e esferas do governo, argumentam que a insuficiência de recursos públicos é a maior causa dos problemas, principalmente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Essa problemática se estende por todo país, haja vista o descontrole na gestão dos recursos financeiros.

A disponibilidade de indicadores com dados precisos são essenciais para apoiar as decisões dos gestores, pois facilitará o planejamento de forma objetiva e precisa na tomada de decisões. O engajamento em prol de políticas públicas sustentáveis para minimizar os avanços de doenças infecciosas em busca da melhoria do estado de saúde da população é uma atividade central, juntamente com questões sociais e ambientais (OPAS, 2008).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), muitos esforços foram realizados no Brasil pelos governos federal, estadual, municipal, das Organizações Não-governamentais de Saúde (ONGS) e da sociedade em geral, com o intuito de ampliar e abranger a cobertura de serviços de saúde para a população (IBGE, 2005). Prática essa que recrudescerá exacerbadamente os impostos, sobrecarregando a máquina pública.

O desenvolvimento do trabalho conjunto entre os setores público e privado de saúde complementar facilitou o acesso da população a recursos humanos capacitados e a equipamentos modernos, muitos dos quais de avançada tecnologia com foco na prevenção, mas também na cura e/ou na reabilitação da saúde (IBGE, 2005).

O fato que ainda conta para a urgência das soluções de Saúde no país é a transição demográfica intensa iniciada nos anos 1960, com a diminuição da fecundidade, em todas as classes sociais. Porém outros fatores também contribuíram: o aumento da longevidade e expectativa de vida, redução da mortalidade infantil, migração acelerada para os centros urbanizados, além da mudança do papel econômico da mulher (BRASIL, 2006a).

O crescimento populacional cria uma lacuna pseudo-permanente, seja na oferta de serviços habituais, seja na oferta de serviços em novas especialidades, resultante da constante variação nos quadros demográficos e das mudanças etárias da população. Embora a população brasileira esteja envelhecendo, a oferta em

serviços especializados em Geriatria no país estão em fase preliminar e disforme (LUCCHESE, 2003).

O processo de envelhecimento da população brasileira causará alterações na estrutura demográfica como ocorreu em outros países do Primeiro mundo por duas razões: declínio da fecundidade que, no Brasil, ocorreu de forma acelerada e originária de uma população mais jovem que em outros países desenvolvidos, originando uma demanda sem uma capacidade ofertada planejada (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A oferta dos serviços de saúde tem sofrido modificações no perfil da demanda nos últimos anos, ainda que medidas políticas tenham sido tomadas no sentido de minimizar as diferenças regionais, com a ampliação de programas para maximizar o acesso da população aos serviços de saúde ofertados. As políticas adotadas ofertam também programas de capacitação dos profissionais de saúde, contribuindo para a melhora na qualidade e eficiência nos serviços de saúde (IBGE, 2005).

Diante dessa preocupação e a partir das regulamentações feitas por órgãos reguladores, tais como Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e IBGE, foi abordado nesse trabalho o tema da Saúde Pública, em especial a oferta de leitos hospitalares na cidade de Taubaté, estado de São Paulo, examinando a prática da oferta de leitos dos indicadores locais frente aos parâmetros normativos da Portaria 1101/GM.

1.1 PROBLEMA

As tentativas de classificação do tipo de estabelecimentos de saúde, no sentido de criar grupos mais homogêneos para análise têm se mostrado de difícil realização. O primeiro motivo se concentra na falta de consenso, nacional e internacional, em relação às definições e pontos de clivagem das diferentes categorias. O segundo se refere à própria natureza das mudanças tecnológicas do Sistema de Saúde brasileiro que são muito rápidas no interior dos estabelecimentos de saúde, assim, destruindo e recriando continuamente o perfil da oferta (IBGE, 2002).

Ainda na Gestão Pública da Saúde, os números de atendimentos de emergência, procedimentos cirúrgicos e internações, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva, recebem grande e indesejável contribuição da violência urbana e doméstica, o que torna o desafio do atendimento médico-hospitalar ainda mais crítico (BRASIL, 2006).

Deve-se, ainda, considerar, com os avanços tecnológicos, traduzido pelo uso excessivo e continuado de tecnologias de trabalho, o aumento das doenças ocupacionais crônicas, as quais demandam atendimento médico e, muitas vezes, intensificam a taxa de ocupação dos hospitais, pois as doenças crônicas são as principais causas de morte no mundo, responsáveis por 35 milhões de óbitos em 2005, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% da carga global de doenças, conforme dados da OMS (MACHADO, 2006).

Esses efeitos deletérios da tecnologia, aplicada ao trabalho nas indústrias da região, somados ao direito constitucional dos cidadãos de acesso universal e irrestrito aos serviços de Saúde, recrudescem a necessidade do estabelecimento de práticas eficazes de gestão hospitalar de natureza pública (JORGE, 2002). Com base neste pressuposto pretende-se responder a seguinte questão: que modelos de referência regem a oferta de leitos hospitalares nos hospitais públicos de Taubaté?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Examinar a prática adotada para disponibilização de leitos para internação pelos hospitais públicos da cidade de Taubaté - SP.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as fontes reguladoras no setor da saúde pública responsável pela emissão de modelos de avaliação/cálculo da oferta de leitos nos hospitais públicos da cidade de Taubaté – SP.
- Levantar dados documentais sobre a ocupação dos leitos em hospitais públicos da cidade de Taubaté - SP.
- Identificar fatores, variáveis e modelos que são adotados no planejamento da oferta de leitos hospitalares nos hospitais públicos de Taubaté - SP.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos da cidade de Taubaté, no interior paulista. Os hospitais envolvidos na pesquisa estão cadastrados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), cabe salientar que os hospitais envolvidos na pesquisa são referência em certas especialidades na região do Vale do Paraíba Paulista, que é composta por 39 cidades.

Os hospitais públicos atendem a cerca de 80% da população brasileira, que dependem exclusivamente do atendimento SUS, agora institucionalizado na Constituição da República, nas Leis Federais 8.080 e 8.142, de 1990. As Constituições Estaduais e os novos Códigos de Saúde trouxeram uma conquista social grandiosa, além de uma mudança radical no sistema de saúde do país: a Saúde como Direito, a ser garantido pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização e Participação Social (SÃO PAULO, 2008).

Portanto, o presente estudo busca examinar a prática para disponibilização do número de leitos ofertados pelos hospitais públicos de Taubaté-SP comparando com a Portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002, especificamente as exigências referente à oferta de leitos hospitalares, observando a Organização Hospitalar dentro do Panorama da Saúde Pública. Excluem-se os leitos existentes em hospitais

privados sem vínculo com o SUS, embora o indicador se refira à população total. Inclui demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes, alterando a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A Saúde Pública é uma função do estado e o acesso aos recursos públicos de saúde é um direito garantido a todo cidadão (BRASIL, 1988). Contudo, embora não seja uma assistência com intervenção direta do estado, uma vez que hospitais privados também atendem ao Sistema Único de Saúde, além da legislação, é necessário que o Estado regulamente e fiscalize o cumprimento do direito ao acesso aos serviços ofertados de saúde.

O planejamento da Saúde Pública é submetido à aplicação de sistemas de medição, tais como estimativas, fórmulas e indicadores e também por sistemas de avaliação da qualidade do serviço prestado (VIANNA, 2005). Parte da qualidade do serviço prestado no setor de Saúde advém do estabelecimento de metas pactuadas no âmbito SUS, principalmente nas redes regionalizadas de atenção integral à saúde, hierarquizadas por níveis de “complexidade” (SÃO PAULO, 2008).

No caso da Saúde Pública, em regiões com alta densidade populacional, com desigualdades consideráveis na distribuição etária e com disparidades sócio-culturais relevantes, torna-se imprescindível dispor de instrumentos e sistemas que permitem oferecer garantia mínima de atendimento médico-hospitalar, conforme preconiza a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e Portaria 1101/GM.

O não atendimento a esse direito mínimo individual estabelece um problema constitucional e também social, caminhando para o agravamento de doenças endêmicas e epidêmicas, que poderão representar perdas sociais relevantes para a localidade (CARVALHEIRO, 2005).

Assim sendo, este trabalho pretende oferecer aos gestores da área da saúde uma contribuição válida para melhoria nos serviços dos hospitais públicos da cidade de Taubaté, examinando a prática adotada na oferta de leitos hospitalares por

especialidade médica, identificando se as condições de atendimento são adequadas à população da cidade e região.

Vários fatores podem interferir na variação de indicadores para o estabelecimento da oferta de leitos em uma organização hospitalar dada sua complexidade, tais como o tipo de patologia apresentada pelo paciente, a sua condição clínica e de saúde, além de possíveis causas relacionadas ao desenvolvimento urbano, como doenças ocupacionais crônicas, acidentes de trânsito e de trabalho e violência urbana. Em outras palavras, esses fatores poderão interferir diretamente nesses padrões de oferta de leitos por especialidade (RIBAS, 2006).

A pesquisa em questão se propôs a verificar o atendimento da Portaria 1101/GM, especificamente na oferta de leitos hospitalares por especialidade nos hospitais públicos da cidade de Taubaté. Desta forma espera-se que o resultado apurado nesse estudo possa auxiliar os gestores de saúde e de hospitais nas tomadas de decisões e, conseqüentemente, minimizar os casos de desassistência do atendimento à população.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

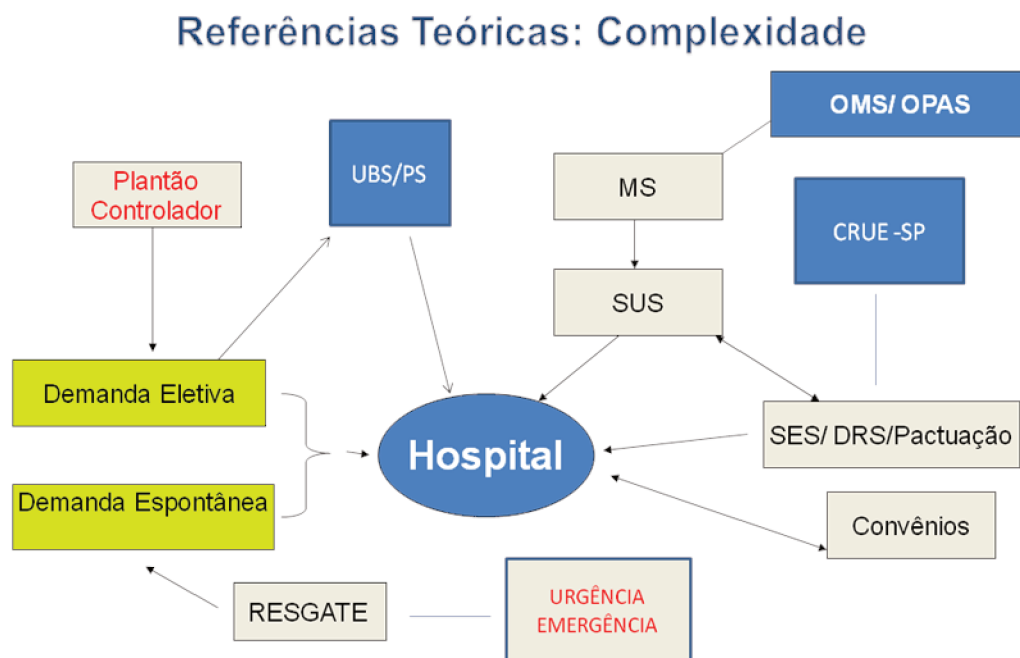
Esse trabalho foi organizado em cinco capítulos, sendo o primeiro o capítulo introdutório, no qual se destacam a estrutura do trabalho, o problema de pesquisa, objetivos, relevância entre outros. O segundo capítulo apresenta a revisão de literatura, destacando os principais pólos teóricos da pesquisa. No capítulo três descreve-se o método e os procedimentos de pesquisa. No capítulo quatro são apresentados e discutidos os resultados obtidos na análise documental e nas entrevistas. Finalmente, no capítulo cinco, o trabalho é finalizado com as conclusões e sugestões de encaminhamento para futuras pesquisas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para abordar o tema pesquisado, foi realizada a construção de um referencial teórico, com base em fontes primárias e secundárias de informações como livros, artigos acadêmicos, revistas especializadas, dissertações e teses já defendidas.

2.1 RELAÇÕES INSTITUCIONAIS

A função hospitalar reúne um conjunto de agentes aos quais se atende e se reporta a uma diversidade de entidades nacionais e internacionais de normatização. Essas relações são desenvolvidas com diferentes interesses e graus de complexidade. Ainda há diversidade de profissionais e serviços que contribuem para a complexidade dessa organização. A Figura 1 apresenta o relacionamento institucional na organização hospitalar.



Legenda: UBS (Unidade básica de Saúde). PS (Pronto Socorro). MS (Ministério da Saúde). SUS (Sistema Único de Saúde). OMS (Organização Mundial de Saúde). OPAS (Organização Panamericana de Saúde). CRUE –SP (Centro de Regulação de Urgência e Emergência do Estado de São Paulo). SES (Secretaria do Estado Saúde). DRS (Diretoria Regional de Saúde).

Figura 1 - Relações hospitalares.

Elaborado pelo autor

A Figura 1 descreve a complexidade da organização hospitalar, suas relações nacionais e internacionais em um processo verticalizado e descentralizado a partir da OMS como órgão que normatiza e estabelece as diretrizes no âmbito da saúde mundial.

O hospital é a parte do Sistema de Saúde que deve atender às diretrizes emanadas pelos níveis institucionais superiores, respectivamente, Ministério da Saúde (MS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS) que é parte delegada da Organização Mundial da Saúde (OMS). Localmente, além do atendimento ao usuário, em demanda espontânea e eletiva, o hospital está sujeito e recebe interferências diretas do Plantão Controlador (PC), que remete indicações de atendimento por especialidade referenciada; da Diretoria Regional da Saúde, que é responsável pela fiscalização da atividade hospitalar; e da Secretaria do Estado da Saúde, órgão com o qual o hospital estabelece a regra da Pactuação que é a fonte de referência maior para o atendimento hospitalar.

Por fim, duas entidades ainda oferecem interferências no atendimento hospitalar: o Sistema Único de Saúde, que regulamenta e remunera os serviços prestados e os convênios médicos que remuneram os serviços e credenciam as unidades hospitalares. Cada um desses órgãos e entidades estabelece diferentes interesses e objetivos em relação à função de atendimento da Saúde Pública, o que contribui para intensificar a complexidade da organização hospitalar, tópico que será discutido a seguir.

2.2 COMPLEXIDADE NA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Para Morgan (2007), as organizações podem ser comparadas a organismos vivos, pois assim como os organismos tentam se adaptar para sobreviver num ambiente em mudança, as organizações também precisam se adaptar para sobreviver no mundo contemporâneo, onde são influenciadas pelo meio e pelas alterações que ocorrem em todos os campos sociais. Um sistema aberto é aquele em que existe uma troca constante com o ambiente, um organismo ou uma organização social é um sistema totalmente aberto.

De acordo com Morgan (2007), a metáfora que ajuda a entender as organizações como conglomerados de seres humanos, negócios e necessidades técnicas inter-relacionados, que oferece uma forma eficiente de ver a estratégia e o planejamento organizacional.

Para Gonçalves (2006) o hospital é uma das mais complexas organizações existentes, dadas suas peculiaridades administrativas e a diversidade do seu corpo de trabalho. Médicos, farmacêuticos, dentistas, administradores, engenheiros, advogados, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas são exemplos das diferentes formações que coexistem em um hospital. Além disso, os hospitais se enquadram em conceitos mais específicos no setor de serviços, como lavanderia, farmácia, hotelaria, setor de nutrição enteral e parenteral, alimentação e suprimentos.

Novamente apoiado em Gonçalves (2006), infere-se que a complexidade do empreendimento hospitalar deriva tanto da diversidade quanto da especificidade que a coordenação do atendimento, muitas vezes multidisciplinar, orientado por protocolos. O setor de pronto-atendimento adiciona, ainda, outros elementos complexos como a pressão por atendimento emergencial e por volume de chegada de pacientes sem qualquer previsibilidade.

As características organizacionais do sistema hospitalar explicitam quão complexa é essa organização. Fato que sugere um detalhamento sobre organização, que para Etzioni (1980, p. 7), a nossa sociedade é uma sociedade de:

Organizações, nascemos em organizações, somos educados por organizações, e quase todos nós passamos a vida a trabalhar para organizações. Quase todos nós morreremos numa organização, e quando chega o momento do funeral, a maior de todas as organizações – o Estado – precisa dar uma licença especial.

A civilização moderna depende, em grande parte, das organizações, como as formas mais racionais e eficientes que se conhecem de agrupamento social. Para o autor, existem muitos significados para a palavra organização: burocracia com conotações negativas para os leigos, ou organização formal, o que não acontece com a palavra organização, de conotação neutra (ETZONI, 1980).

Para Etzioni (1980), burocracia evidencia uma unidade organizada de acordo com propósitos pré-estabelecidos. Muitas organizações mesmo modernas, não são burocráticas. Os hospitais, por exemplo, não tem centro de decisões, enquanto as organizações burocráticas têm.

Para Bittar (2004), há uma dicotomia flagrante no comportamento mais recente da gestão hospitalar: buscar na “acreditação” uma medida de padronização de atendimento em um ambiente caracterizado pela inconstância. No Brasil há uma dificuldade em padronizar normas dentro do hospital, pela complexidade de regras formais e informais.

O objetivo principal do hospital é a normalização do estado de saúde do paciente, seja física ou mental. Devido à pluralidade de segmentações de um hospital, há a dificuldade de se estabelecer padrões que facilitem o seu funcionamento (BITTAR, 2004). Outro fator de complexidade é a celeridade do desenvolvimento da medicina que pressiona, cada vez mais, a gestão hospitalar pública no sentido de aprimorar, modernizar e agilizar suas atividades para atender a demanda crescente da população (GONCALVES, 2006).

Por outro lado, o gestor hospitalar tem sido orientado, por modelos de gestão, a cumprir dos objetivos da instituição, baseados em programas pré-estabelecidos para períodos anuais ou fiscais (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003). A complexidade da organização hospitalar pode metaforicamente ser comparada a organismos vivos (MORGAN, 2007). A forma com que a gestão administrativa define seus objetivos, por meio de previsões certas de um futuro incerto (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003).

Para Gonçalves (2006) o desempenho da instituição hospitalar é diretamente proporcional ao desempenho do administrador, sendo o mesmo responsável pelo sucesso ou fracasso da instituição, portanto o mesmo precisa ter o máximo de atributos como: conhecimento profundo e especializado das várias áreas em que atua. Na visão moderna, o hospital é parte integrante de um sistema de assistência médica à comunidade visando à melhoria das condições físicas e mentais dos cidadãos.

Os problemas relacionados aos recursos humanos são bastante complexos, exigindo grande capacidade de gestão administrativa e técnica (GONÇALVES, 2006). A complexidade requer uma administração muito competente para ser considerado um hospital de qualidade. Abbas (2001) destaca as principais diferenças entre as organizações hospitalares e outros tipos de organização:

- Serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes individuais;
- Dependência das necessidades e demanda de seus clientes;

- Definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros;
- Trabalho diversificado e com pouca padronização, em que pessoas cuidam de pessoas e participam do processo de produção;
- Pouco controle sobre seus trabalhadores, principalmente os médicos e sobre os pacientes;
- Organização não baseada em uma linha única de autoridade, pois o administrador tem menos poder em relação a outras organizações;
- Organização formal até certo ponto, burocrática e autoritária, com arranjo de trabalho hierarquizado e em regras rígidas e impessoais. É, no entanto uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada, que não pode funcionar efetivamente sem coordenação interna, autodisciplina, motivação e ajustes informais de seus membros.

Percebe-se que são muitos os desafios dos gestores de organizações hospitalares que devem atender a rígidas normas, leis e regulamentações estabelecidas por diferentes órgãos e instituições.

Para Etzioni (1980), a organização formal refere-se, geralmente, ao padrão da organização determinado pela administração, com as devidas divisões de trabalho, controle e regulamentações. A organização informal refere-se às relações sociais que se desenvolvem entre os trabalhadores, além da organização formal.

As normas de conduta resultantes de códigos formais passam a ser justapostas às relações informais, definindo novos padrões de comportamento dentro das organizações hospitalares (GONÇALVES, 1998). Os estruturalistas sugeriram que a teoria de Relações Humanas não permitia uma visão completa da organização e que sua visão parcial favorecia a administração, iludindo os trabalhadores. Os estruturalistas vêem a organização como uma unidade social grande e complexa, onde interagem muitos grupos sociais (ETZIONI, 1998).

Para Gonçalves (1998) as organizações hospitalares, voltadas para suas próprias atividades específicas, já está superada pelos novos estilos de gestão, direcionados para a integração crescente e a participação ativa dos integrantes da organização e sua motivação. As escolas tradicionais de administração preocupam-se com a estrutura organizacional e com as relações de hierarquia e não dão ênfase suficiente ao problema de inter-relacionamento e integração das atividades.

Dada a complexidade e a estratificação da organização hospitalar, para efetivação dessa metodologia, há como premissa o pensamento interdisciplinar, um gestor, interdisciplinar, com uma “nova consciência”, uma nova pedagogia, baseada na comunicação, e para tanto há que se considerar que a instituição esteja preparada para essa transformação (JAPIASSÚ, 1976).

As competências e exigências do gestor administrativo na área da saúde, principalmente nos hospitais, têm sido desenvolvidas em cursos de especialização ministrados por escolas tradicionais, como o Centro Universitário São Camilo, Fundação Getúlio Vargas e Instituto de ensino e pesquisa – INSPER.

O Quadro 1 permite examinar as competências que estão sendo exigidas dos gestores hospitalares, com base no currículo das escolas pesquisadas:

Disciplina	São Camilo	FGV	INSPER
Gestão da Qualidade	Sim	Sim	Sim
Gestão de Hotelaria Hospitalar	Sim	Sim	Não
Instrumentos de gestão empresarial	Não	Sim	Sim
Gestão de Logística Hospitalar	Sim	Sim	Sim
Gestão estratégica de Recursos Humanos	Sim	Sim	Sim
Gestão de Marketing Hospitalar	Sim	Sim	Sim
Políticas de Saúde e regulação	Não	Sim	Sim
Epidemiologia e Gestão da informação, em Saúde	Sim	Sim	Sim

Quadro 1 - Quadro de competências e exigências do gestor administrativo na área da saúde
Fonte: Elaborado pelo autor

Entre os programas de especialização oferecidos há consenso em pelo menos cinco competências que fazem parte do perfil do gestor hospitalar. São elas: Gestão da Qualidade, Gestão da Logística Hospitalar; Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Gestão de Marketing Hospitalar, Epidemiologia e Gestão da Informação, em Saúde.

Esse quadro está descrito apenas como uma referência à complexidade do conhecimento, das habilidades e atitude do gestor hospitalar em razão da complexidade do ambiente de atuação. O perfil do gestor, embora seja um tema oportuno, não será aprofundado nessa pesquisa.

2.3 SISTEMA HOSPITALAR BRASILEIRO

Os hospitais surgiram, primeiramente, como forma de acolher as pessoas doentes, isolando-as do meio para garantir que seus males não fossem transmitidos a outras pessoas. Nesse período, no século IV, os hospitais eram administrados por religiosos, como forma de caridade (MORAES; CÂNDIDO; VIEIRA, 2004).

Os hospitais fazem parte do rol das instituições fundamentais da comunidade, dada pelas naturais demandas sociais geradas na intimidade da sociedade moderna, assim como as escolas, as organizações políticas e as instituições religiosas (GONÇALVES, 1998). Ainda para o autor sua importância pode ser verificada em momentos fundamentais da vida das pessoas, no nascimento, na doença e na morte.

Os hospitais são cruciais para a saúde da população, pois são o centro do sistema de saúde brasileiro. As pessoas ao adoecer vão diretamente ao hospital, elevando o orçamento do país, consumindo 70% do orçamento do governo com saúde, contribuindo para a precariedade do sistema de saúde no país, visto a falta de prevenção, promoção da saúde e acompanhamento de programa de saúde da família – PSF (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O Sistema Hospitalar Brasileiro é pluralista e altamente estratificado com múltiplos arranjos, no qual há uma tradição de financiamento público a estabelecimentos privados. Existe uma minoria de hospitais que são centros de excelência, atendendo uma pequena parcela privilegiada (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Para La Forgia e Couttolenc (2009), grande parte dos estabelecimentos que atendem brasileiros que não custeiam uma consulta e não tem seguro de saúde privado – encontram-se abaixo dos padrões mínimos aceitáveis. A falta de competitividade reduz os incentivos dos hospitais, contribuindo para a baixa qualidade dos serviços, a julgar pelos dados disponíveis.

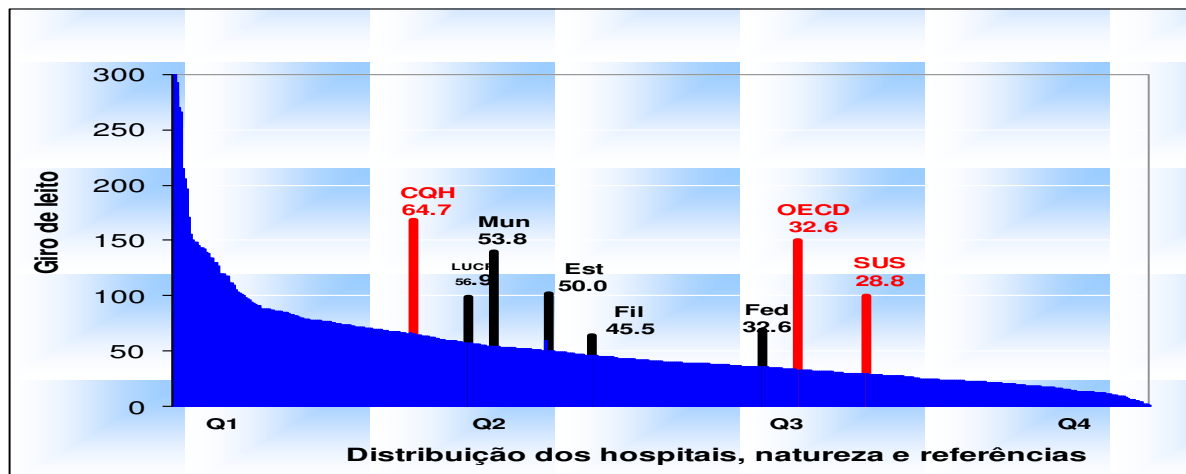
Para Gonçalves (1998) a organização hospitalar dada sua complexidade, explicita que é preciso um pouco de cuidado e de acuidade para penetrar nos meandros de sua estrutura, pois, além dos setores de tratamento e diagnóstico, estão envolvidos fatores tecnológicos e de pessoas capacitadas para operacionalizá-los.

Os objetivos das organizações têm muitas funções, e os objetivos dos hospitais também têm se modificado ao longo de sua existência, face aos avanços tecnológicos, mudanças econômicas, demográficas e regulatórias.

Para Gonçalves (1983), os hospitais incorporam o avanço constante dos conhecimentos, das aptidões, das tecnologias da medicina e dos aspectos finais destas tecnologias, representados pelas suas instalações e equipamentos, sendo uma organização completa.

Para Etzioni (1980), os objetivos de uma organização constituem atingir seus objetivos específicos, além de sua legitimidade, que justifica suas atividades e até mesmo sua existência. As organizações são unidades sociais que buscam atingir objetivos específicos que, depois de formados, adquirem necessidades e essas por vezes se apoderam da organização. Os hospitais são lugares quase que exclusivamente para tratamento de pessoas doentes, pois funcionam como centros de preparação para a profissão médica, e ainda como centros de pesquisa.

A Figura 2 apresenta a distribuição dos hospitais, segundo a natureza e referências.



Legenda: CQH (Centro de Qualidade Hospitalar); Lucr (Lucrativos); Mun. (Municipal); Est. (Estadual); Fil. (Filantrópica); Fed. (Federal); OCDE (Organização para a Cooperação para o Desenvolvimento Econômico); SUS (Sistema Único de Saúde).

Figura 2 – Distribuição dos hospitais, segundo a natureza e referências.

Fonte: LA FORGIA; COUTTOLENC (2009)

A Figura 2 apresenta o índice de giro de leitos (IGL), que mede a taxa de saídas hospitalares por leito e a eficiência no uso de recursos físicos. O IGL apresentado foi superior nos hospitais privados com fins lucrativos (56,9%), seguidos por hospitais municipais (53,7%), estaduais (50,0%) e hospitais filantrópicos (45,5%), sendo que os hospitais federais registraram o menor índice de desempenho.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), no período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980, o número de pessoas trabalhando na área da saúde mais que duplicou, passando de 560.272 para 1.233.008 trabalhadores.

As projeções indicam a existência de aproximadamente 2,5 milhões de trabalhadores em saúde, fatia que representa cerca de 4% da População Economicamente Ativa (PEA) do país. No final da década de 1980, nos EUA esse percentual era de 7%, no Canadá, 8% e na Suécia, 11%, evidenciando que ainda há um espaço de crescimento da força de trabalho em saúde no Brasil em relação à sua população economicamente ativa (IBGE, 2003). A partir de 1960, os serviços passaram a ter importância como produto e passível de mensuração a partir dos processos de padronização, iniciando, desde então, o pensamento de qualidade nos hospitais (GONÇALVES, 2006).

Embora se tenha observado uma evolução tecnológica no campo da saúde, resultando na adoção de inovações nos procedimentos propedêuticos e terapêuticos, os modos e a organização de sua oferta persistem fundamentalmente intermediados por pessoas (VIANNA, 2005). O Brasil passa por um período de transformação na área da saúde, mesmo diante da dificuldade em padronizar normas dentro do hospital, pela complexidade de regras formais e informais (VIANA; MACHADO, 2008). Muitas são as funções que a organização hospitalar deve cumprir, como, por exemplo, a prevenção de doenças, a restauração da saúde, o exercício das funções educativas e a promoção da pesquisa (COUTO; PEDROSA, 2007).

Nogueira (1994) define que os clientes envolvidos em um hospital e sua complexidade como se observa na Figura 3.

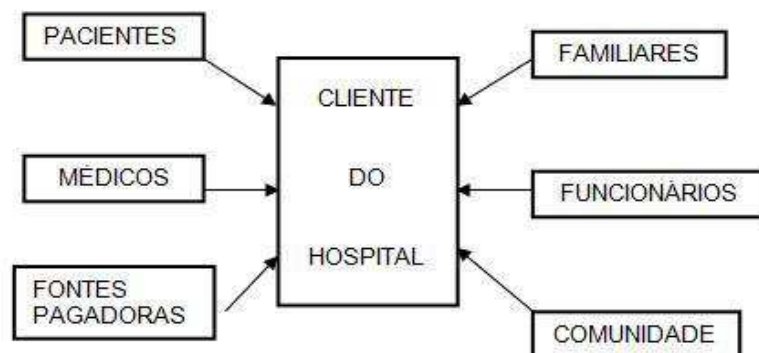


Figura 3 – Os clientes do hospital
Fonte: NOGUEIRA (1994)

Na figura 3, são apresentados os clientes de um hospital: médicos, pacientes, convênios, órgãos públicos, privados entre outros. O paciente é um cliente externo, referenciado nos sistemas para a qualidade total, sendo sua satisfação a razão de existir de qualquer sistema produtivo. São considerados clientes externos os profissionais que prestam serviço ou produzem bens para o cliente externo, como por exemplo: o médico ao fornecer à enfermeira um conjunto de prescrições para ser ministrado ao paciente; desta forma o paciente é o cliente externo e a enfermeira é cliente interno do médico, o qual é fornecedor do item “prescrição” (COUTO; PEDROSA, 2007.)

O leito hospitalar é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente/cliente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço. Para identificar os tipos de leitos é utilizada uma padronização de nomenclatura conforme a Portaria 312 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a):

- **Leito hospitalar de observação** - é o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação, estes leitos não devem ser considerados leitos hospitalares de internação, exceto quando eles estiverem sendo utilizados como leitos extras para internação ou quando os pacientes permanecerem nesses leitos por mais de 24 horas por qualquer razão.

- **Leitos auxiliar reversível** - é o hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

- **Leitos planejados** - são todos os previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada.

- **Leitos instalados** - são os que habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por certo período, por qualquer razão.

- **Leitos desativados** – são os que nunca foram ativados ou que deixam de fazer parte da capacidade instalada do hospital. Os leitos bloqueados por motivos transitórios não devem ser considerados leitos desativados e sim leitos bloqueados, porque voltarão a ser leitos disponíveis tão logo se resolva o problema que deu

origem ao bloqueio. Se o hospital não tem condição de manter certo número de leitos em funcionamento, esses leitos devem ser desativados, e essa informação deve ser atualizada no cadastro do hospital junto ao Ministério da Saúde.

- **Leitos operacionais** - são os em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

- **Leitos bloqueados** – são os habitualmente utilizados para internação, mas que no momento, não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal).

- **Leitos ocupados** – são os que estão sendo utilizados por um paciente.

- **Leito vago** – são os que estão em condições de ser ocupado, mas que não estão em utilização por um paciente no momento do censo.

- **Leitos extras** – são camas ou macas não habitualmente utilizadas para internação, mas que por qualquer razão são ativados, seja em áreas que habitualmente não seriam destinadas à internação, seja em áreas que passam a comportar mais leitos do que normalmente comportam, mesmo que esses leitos sejam disponibilizados em condições diferentes das habituais.

- **Leitos de isolamento** – são leitos de internação instalados em ambiente dotado de barreiras contra contaminação e destinados à internação de pacientes suspeitos ou portadores de doenças transmissíveis.

- **Leitos de isolamento reverso** – são leitos de internação instalados em ambiente com barreiras contra contaminação e destinados à proteção de pacientes altamente susceptíveis a infecções, como os imunodeprimidos e grandes queimados.

- **Leitos de pré-parto** - são auxiliares localizados nas salas de pré-parto, para acomodação temporária de parturientes em trabalho de parto.

- **Leitos de recuperação pós-cirúrgica e pós-anestésica** – são vagas auxiliares destinados à prestação de cuidados pós-anestésicos ou pós-cirúrgicos imediatos a pacientes egressos do bloco cirúrgico e que são utilizados por esses pacientes até que eles tenham condições de serem liberados para o leito de internação.

- **Leitos de unidade de tratamento intensivo (UTI)** - são destinados aos pacientes graves e de risco que exigem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

- **Leitos de unidade de tratamento semi-intensivo** - são destinados à internação de pacientes que não necessitam de cuidados intensivos, mas que ainda requerem atenção especial diferenciada da adotada na unidade de internação.

- **Leitos especializados** - são os destinados a acomodar pacientes de determinada especialidade médica.

- **Leitos indiferenciados** – são os destinado a acomodar pacientes de qualquer especialidade médica.

- **Leitos de longa permanência** – são os de cuja duração média de internação é maior ou igual a trinta dias.

- **Alojamento conjunto** – é o de acomodação em que o recém-nascido sadio permanece junto à mãe, 24 horas por dia, até a saída da mãe do hospital.

- **Berço de recém-nascido em alojamento conjunto** – é o berço para o recém-nascido sadio, em regime de alojamento conjunto e localizado junto ao leito da mãe.

- **Leito de berçário para recém-nascido sadio** – é o berço destinado ao recém-nascido sadio e localizado em berçário, longe do leito da mãe.

- **Leito de observação em berçário** – é o berço auxiliar para observação das primeiras horas de vida do recém-nascido, por um período máximo de 24 horas.

- **Leitos de internação em berçário** – são os berços destinados a alojar recém-nascidos prematuros ou que apresentem patologias que necessite de tratamento hospitalar. A situação do recém-nascido é uma situação singular dentre os pacientes de um hospital. O recém-nascido normal não é formalmente internado e, portanto não é formalmente um paciente hospitalar. Por outro lado, o recém-nascido patológico é internado e às vezes passa um longo período dentro do hospital. As normas específicas de internação de recém-nascidos podem variar de hospital para hospital.

- **Leitos infantis** – são os destinados à internação de crianças enfermas, até o limite de idade definido pelo hospital (BRASIL, 2002a).

A Tabela 1 oferece a relação de funcionários por leito hospitalares oferecidos.

Tabela 1 - Relação de funcionários por leito nos países da OCDE/1987

PAÍS	RELAÇÃO FUNCIONÁRIO/LEITO	RELAÇÃO ENFERMEIRO/LEITO
Alemanha	1,25	0,45
Áustria	0,70	0,54
Bélgica	1,25	0,68
Brasil	5,10-15,60	N/E
Finlândia	1,88	0,55
Grécia	1,17	0,49
Irlanda	1,50	1,20
Itália	1,37	0,60
Japão	0,77	0,39
Nova Zelândia	2,00	0,91
Portugal	1,70	0,47
Reino Unido	2,60	0,69
Suíça	1,75	0,79
Amplitude de variação	0,70-2,60	20,39 -1,20
Média	1,50	0,65

Legenda: N/E = não encontrado

Fonte: ORGANIZAÇÃO DE COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (1990)

Adaptado pelo autor

A Tabela 1 mostra a relação de funcionários por leito hospitalar nos países da Europa, Ásia e América do Sul. O gráfico demonstra que o Brasil tem uma relação funcionário por leito superior aos demais países, sendo um parâmetro significativo para auxiliar os gestores da saúde no planejamento dos hospitais.

Planejamento é definido como o processo de transformar um conceito em realidade, mediante a utilização de um método posto em prática, visando à melhora da eficiência individual e administrativa (RANDOLPH, 1977). O número de funcionários como parâmetro para cálculos vem sendo usado tanto para estimar a necessidade de novos funcionários em unidades novas como em unidades já existentes (BITTAR, 2001).

Segundo Zucchi e Bittar (2002), em 1992, relacionou dados relativos à relação funcionários por leito no Brasil, sendo de 4,0 a 9,0 em hospitais públicos, e que, no Japão, em 1989, essa relação variava de 1,0 a 1,4 funcionários por leito. Os autores (2002) ainda relataram que, em estudo da Coordenadoria de Assistência Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado, de 1983, essa relação variava de 2,9 a 3,9 funcionários por leito.

Para os pesquisadores, nos hospitais de ensino, devido à sua complexidade, a relação funcionários por leito variou de 5,4 a 9,4 com uma mediana desse estudo de 7,0 funcionários por leito. Em estudos da Organização Pan Americana de Saúde

(OPAS), em estudos realizados há quase meio século, recomenda-se como referência nos países latino-americanos um índice prudente de 4,5 leitos para cada 1.000 habitantes, destacando que não é possível fixar-se em um número sabendo que as necessidades variam de acordo a múltiplos fatores, embora não justifique o índice recomendado.

No levantamento bibliográfico feito por Rocha (1975), estão descritas as relações apontadas no Quadro 2.

Autor / ano	Relações de leitos / habitante em hospitais públicos e privados
Flisfisch (1966, p.129)	Reitera a estimativa de 4,5 leitos por 1.000 habitantes para pacientes agudos, assinalando o grande déficit de leitos existentes nos países da área.
San Martin (1968)	Propõe de maneira geral o índice de 4,5 leitos gerais para cada 1.000 habitantes, baseado em que 10% da população ingressa ao hospital ao menos uma vez ao ano, com uma duração média da internação de 14 dias e sendo cada leito utilizado 325 dias por ano, teremos que 4,5 leitos para cada 1.000 habitantes serão suficientes para atender a essa população.
Pedroso (1954)	4,6 leitos gerais para cada 1.000 habitantes.
Casella (1967)	Centros principais 6,5 leitos para cada 1.000 habitantes.; centros secundários 5,0 leitos para cada 1.000 habitantes.; distritos isolados 2,5 leitos para cada 1.000 habitantes.
Mello (1969)	4,5 – 5,5 leitos para cada 1.000 habitantes. para hospitalização geral mais 2 leitos para cada 1.000 habitantes.
Yunes (1970)	Extensão da rede metropolitana de São Paulo para atingir 5,0 leitos para cada 1.000 habitantes. a médio prazo 7,0 leitos para cada 1.000 habitantes.
Martins (1971)	4,5 – 5,0 leitos para cada 1.000 habitantes.
Gonçalves e Colaboradores (1972)	4,0 leitos para cada 1.000 habitantes em clínica médica e 1,5 leitos para cada 1.000 habitantes em cirurgia. Para obstetria 1,0 leito para cada 1.000 habitantes e 1,0 leito para cada 1.000 habitantes em pediatria.
Rocha (1975, p. 480)	As razões leitos gerais por habitantes, preconizadas por autores nacionais, têm-se fundamentado principalmente em dados de outros países e no empirismo de alguns serviços existentes no Brasil; faltam trabalhos que se proponham quantificar as necessidades de recursos para a atenção médico-hospitalar de uma dada população brasileira seguindo qualquer dos métodos antes apresentados. Acreditamos que a principal razão de carência de estudos desta natureza repouse na ausência de estatísticas, principalmente hospitalares.

Quadro 2 - Relação leitos por mil habitantes em hospitais públicos e privados

Fonte: ROCHA (1975, p. 480)

Conforme característica do sistema de saúde brasileiro, tendo o hospital como centro do sistema de saúde brasileiro, a quantidade de leitos para internação está distribuída nas esferas Públicas e Privada, como mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Leitos para internação em estabelecimentos de saúde, por esfera administrativa - Brasil – 1976 / 2005.

Ano	Total	Esfera administrativa	
		Público	Privado
1976	455 712	121 209	334 503
1977	475 452	124 575	350 877
1978	488 323	118 463	369 860
1979	509 168	122 741	386 427
1980	522 769	124 866	397 903
1981	530 501	127 580	402 921
1982	534 055	127 521	406 534
1983	538 721	127 537	411 184
1984	532 283	137 543	394 740
1985	512 346	114 548	397 798
1986	519 698	115 842	403 856
1987	527 196	120 776	406 420
1988	522 895	119 530	403 365
1989	533 558	124 815	408 743
1990	544 357	135 080	409 277
1992	484 945	143 074	341 871
1999	471 171	146 319	324 852
2002	443 210	148.966	294 244
2005	475 452	124 575	350 877

Fonte: IBGE (2005)

O número de leitos na esfera administrativa oscilou tanto na esfera pública como na esfera privada. Destaca-se o ano de 1985 na pública em que o número de leitos chegou ao menor número com 114.548 leitos e com o maior número no ano de 2002 com 148.966 leitos. No atendimento hospitalar privado destaca-se o ano de 2002 com o menor número de leitos, e o ano de 1983 com o maior número de leito. (IBGE, 2005).

Atualmente, apenas 43% das despesas do Ministério da Saúde - MS com assistência médica são destinados às hospitalizações. Embora o atual modelo assistencial continue sendo apontado como “hospitalocêntrico”, ou seja, centrado na função hospital, a reversão, já alcançada, é expressiva (UGÁ et al., 2003). Cabe ainda destacar, que pelo menos 37% dos recursos ambulatoriais são aplicados em atenção básica de saúde, ou seja, em ações reconhecidamente mais custo efetiva.

Na distribuição *per capita* da despesa total com assistência ambulatorial e hospitalar as regiões mais beneficiadas são Sudeste e Sul, com valores 8,7% e 5,3%

acima da média nacional (UGÁ et al., 2003). De acordo com o que foi descrito por Llewelyn-Davies; Macaulay (1969), na avaliação do uso dos leitos hospitalares é recomendável incluir os seguintes fatores:

- Disponibilidade de leitos hospitalares;
- Sistema de pagamento dos serviços hospitalares;
- Tipos de população e sua distribuição por idade e sexo;
- Hábitos médicos e normas sociais;
- Hospitais particulares;
- Tipos de moradia;
- Morbidade;
- Organização interna do hospital;
- Tipo de população e sua distribuição por idade e sexo;
- Distribuição geográfica dos leitos;
- Disponibilidade de serviços de assistência médica fora do hospital;
- Número de médicos;
- Investigação e ensino no hospital

Além dos fatores referidos, outras variáveis intervenientes colaboram nesse processo, tais como:

- a distribuição dos leitos por clínicas e as especialidades médicas atendidas;
- a incidência das patologias;
- a taxa de ocupação hospitalar, considerando a permanência do paciente na internação; e
- a prorrogação da internação.

Também há de se considerar a questão da violência urbana, ocorrência de sinistros e catástrofes, acidentes de trânsito e intoxicações, acontecimentos que fazem parte da realidade diária.

Na Tabela 3 será apresentado o número de leitos hospitalares por mil habitantes no Brasil e grandes regiões no período de 1990 a 2005.

Tabela 3 – Leitos hospitalares/ mil habitantes, no Brasil e grandes regiões

Regiões	Público			Privado			Total		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	0,9	0,9	0,8	2,8	2,1	1,6	3,7	3,0	2,4
Norte	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	0,8	2,2	2,2	1,9
Nordeste	0,9	1,1	1,0	2,0	1,7	1,2	2,9	2,7	2,3
Sudeste	0,9	0,8	0,7	3,4	2,3	1,8	4,2	3,0	2,4
Sul	0,7	0,7	0,6	3,5	2,6	2,2	4,2	3,3	2,8
Centro-Oeste	1,2	1,0	1,0	3,3	2,5	1,7	4,5	3,5	2,6

Fonte: IBGE (2005)

No período apresentado, observa-se a redução do número de leitos, principalmente na esfera privada. A diminuição da oferta na esfera pública é menos acentuada, com discreto aumento na região Norte. A relação entre habitantes por leito ofertado que existia em 1990 nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste persiste em 2005. Porém, com menor diferencial em relação às regiões Nordeste e Norte. Percebe-se que a oferta de leitos públicos é maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, na região Norte, em 2005, houve maior oferta de leitos na rede hospitalar pública do que na rede de hospitais privados, apresentando proporções de 1,0 a 1,1 leitos hospitalares para cada mil habitantes.

Assim sendo, dada a complexidade da organização hospitalar, para cumprir a finalidade social a que se dispõe, o hospital deve operar em condições de atendimento pleno às necessidades dos pacientes, além de estabelecer estratégias de planejamento, visando minimizar o sofrimento dos internados. O número de profissionais de saúde por mil habitantes são dados importantes para o cruzamento de dados e o monitoramento da saúde no país como no caso de médicos, enfermeiros e odontólogos como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Número de médicos, enfermeiros e odontólogos/mil habitantes: Brasil e grandes regiões

Tipo Regiões	Médicos			Enfermeiros			Odontólogos		
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005
Brasil	1,1	1,4	1,7	0,2	0,5	0,6	n.d.	0,9	1,1
Norte	0,5	0,4	0,8	0,1	0,3	0,5	n.d.	0,4	0,5
Nordeste	0,7	0,8	1,0	0,2	0,4	0,5	n.d.	0,4	0,5
Sudeste	1,6	2,0	2,3	0,3	0,5	0,7	n.d.	1,3	1,6
Sul	1,1	1,4	1,7	0,3	0,5	0,7	n.d.	0,9	1,2
Centro-Oeste	1,0	1,2	1,7	0,3	0,4	0,7	n.d.	0,9	1,3

Fonte: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE (2008)

A Tabela 4 indica que o número de médicos, enfermeiros e odontólogos por mil habitantes têm aumentado em todas as regiões do país no período analisado e observa-se que na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul e Centro-Oeste, é onde se encontra a maior concentração de profissionais médicos e odontólogos, enquanto a distribuição de enfermeiros é mais homogênea. Em todas as regiões, o número de médicos por mil habitantes é muito superior ao de enfermeiros, quase três vezes na média do país.

Os dados levantados pela Pesquisa de Mercado nos últimos anos indicam o predomínio de pessoal de nível intermediário e básico nos hospitais brasileiros e uma alta porcentagem de profissionais administrativos, como representa a Figura 4.

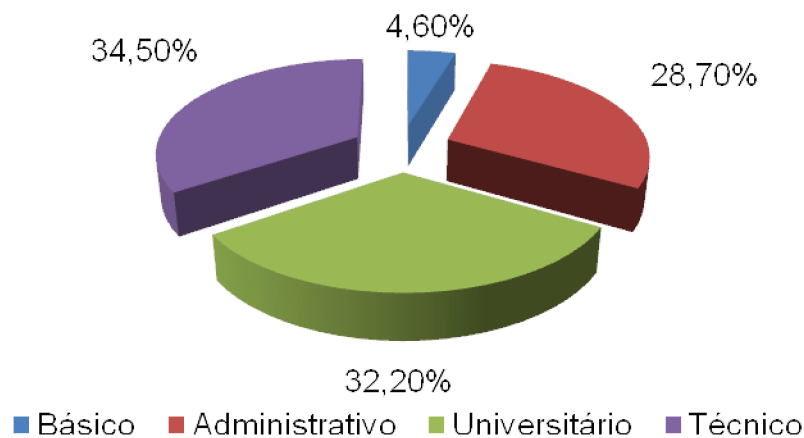


Figura 4 – Escolaridade e área atuante dos funcionários em hospitais
Fonte: LA FORGIA; COUTTOLENC (2009)

Há, ainda, o surgimento de cursos de especialização, portanto, pós-graduações na área da Saúde, o que indica que, gradativamente, o nível de exigência na formação profissional do trabalhador da Saúde nas diversas áreas tem aumentado. Melhorar o nível do profissional é condição necessária para melhoria do atendimento, mas, não é condição suficiente.

Visando melhorar a qualidade dos serviços prestados, o Ministério da Saúde manifestou o interesse e a necessidade urgente da reforma hospitalar, gerando uma discussão nacional sobre os problemas, o desempenho e o potencial dos hospitais (ZUCCHI e BITTAR, 2002).

Na Figura 5 podem ser identificados os diferentes tipos de hospitais:

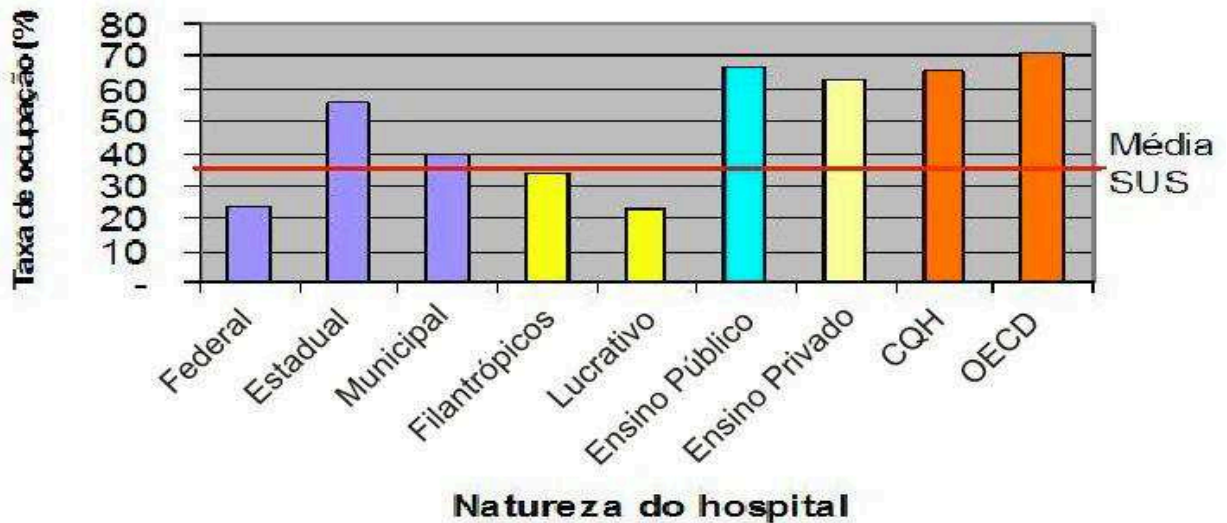


Figura 5 – Natureza do Hospital
Fonte: LA FORGIA; COUTTOLENC (2009)

O setor hospitalar representa uma grande parte dos gastos com saúde no Brasil. As internações são responsáveis por uma fatia significativa destes gastos. Para La Forgia e Couttolenc (2009), o setor hospitalar conta com cerca de meio milhão de leitos e produz 20 milhões de internações por ano. Para Zucchi e Bittar, (2002), o país depende grandemente de hospitais: eles respondem por quase 70% dos atendimentos de emergência, 28% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações.

Além disso, os hospitais brasileiros empregam 56% dos profissionais da saúde e recebem 67% de todo gasto com saúde, dado a natureza “hospitalocêntrica” - modelos centrados nos hospitais - o que caracteriza um sistema baseado no “pós diagnóstico”, no tratamento da doença e não no preventivo por meio da promoção da saúde, na qualidade de vida (SPIGOLON, 2005).

Na Figura 6 são apresentados os percentuais de atendimentos emergenciais.

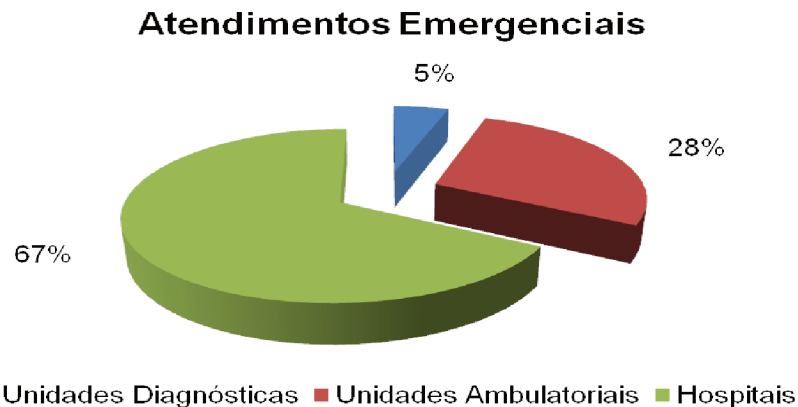


Figura 6 – Atendimentos Emergenciais
 Fonte: LA FORGIA; COUTTOLENC (2009, p. 67).

Há que se considerar que, ainda que o dado esteja expresso em números relativos, o fator demográfico, em especial, maximizado por movimentos migratórios intensos, resultantes de fenômenos climáticos – estiagem, geadas e outros - ou mesmo pela oferta de trabalho decorrente da instalação de novas indústrias na região, associado ou não à ocupação dos espaços urbanos interferem, sobremaneira, na qualidade de vida do usuário do sistema de saúde.

A ocupação desordenada dos espaços urbanos - tais como a formação de favelas, ocupação de áreas de risco, e outras contaminadas - impactará nos volumes de atendimentos, principalmente, associados a endemias decorrentes da insuficiência nas instalações dos serviços públicos de saneamento básico e do aparelho público de repressão à violência urbana, para citar apenas dois exemplos. Porém, esses aspectos, embora ressaltados aqui, não serão tratados nesta pesquisa.

2.3.1 Qualidade nos Hospitais

Embora os conceitos modernos da qualidade tenham se originado, mormente nos Estados Unidos, foi no Japão que ocorreu a revolução da Qualidade Total. Com o passar do tempo o conceito da Qualidade migrou para praticamente toda e qualquer relação de produção e comercialização de produtos e serviços (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Deming, Juran e Crosby são vistos como os clássicos da área da qualidade, nos quais ressaltam que a qualidade está associada à gerência e, basicamente vista como vetor de modernização gerencial, e que, não deve ser entendida como prática de gestão momentânea, e sim na otimização da eficácia (GONÇALVES, 2006).

O processo de qualidade em hospitais requer um trabalho sistemático envolvendo todos os profissionais, formais e informais, criando comissões para facilitar o convívio social e contribuir para que as diversas áreas da organização possam tomar decisões envolvendo os diversos setores e categorias como: enfermeiros, bioquímicos, nutricionistas, fisioterapeutas, profissionais administrativos, engenheiros entre outros (BITTAR, 2004).

O termo Qualidade ou Melhoria Contínua da Qualidade segundo os conceitos atuais trata-se de um processo contínuo de aprimoramento, em busca de 100% de qualidade ou defeito zero – fato pouco provável na prática, mas que alavanca, orienta todos os esforços para atingi-lo. Tal conceito é na verdade uma mudança não apenas conceitual, mas de caráter cultural (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

As organizações hospitalares estão se adaptando a moderna administração, o que tem melhorado a estrutura e o funcionamento dos hospitais. Há uma preocupação extra com qualidade, com a eficácia, eficiência, efetividade, produtividade dessas instituições, que ademais, requerem um equilíbrio, uma sintonia dentre os colaboradores e clientes que usufruem dos serviços (GONÇALVES, 2006).

Eficácia é a medida de quão próximo se chegou dos objetivos previamente estabelecidos. Eficiência pode ser definida como uma habilidade, seja de uma empresa ou organização que objetiva conter desperdícios, criando um equilíbrio e mantendo a qualidade. A eficiência é um parâmetro significativo do desempenho em busca da melhoria contínua dos resultados e permite traçar novas diretrizes, a partir dos dados anteriores, com readequação de estratégias gerenciais para a evolução sistemática de melhores desempenhos produtivo das organizações (CALVO; LAPA, 2005).

Efetividade, diz respeito à capacidade de obter os resultados previamente propostos, sendo que para tanto se faz necessário a escolha precisa de métodos para alcançá-los (MARINHO; FAÇANHA, 2001).

Para Laugeni e Martins (2005) efetividade é a capacidade gerencial para fazer as coisas certas, sendo que, no caso de hospitais a Efetividade Organizacional é o

resultado das atividades que melhoram a estrutura da organização, sua tecnologia e empregados.

Para Calvo e Lapa (2005), produtividade é um conceito associado às quantidades dos insumos que uma organização emprega em suas atividades e às quantidades de produtos por ela gerados. Para Zucchi, Bittar e Haddad (1998) em face à complexidade dos hospitais universitários e à diversificação das áreas de produção, tornou-se impossível a utilização de um único indicador para medir a produtividade.

A busca da qualidade na área de saúde foi marcante a partir dos anos 80, evidenciando o fenômeno japonês, que foi um fenômeno “vitrine” para todo o mercado mundial, incomparável em termos de competitividade (TAULIB, 1993). Ainda, para o autor, o Brasil precisa fortalecer o mercado, formando novos administradores hospitalares, onde, caberá aos mesmos a grande tarefa de implantar a qualidade total nos hospitais brasileiros.

O conceito de “Qualidade” é definido de várias formas por diferentes doutrinadores, denotando complexidade, diferentes aspectos e natureza multidimensional. A seguir, pode-se destacar o conceito de qualidade de alguns doutrinadores: A qualidade da prestação de assistência em saúde para o ser humano está relacionada com a auto-ajuda e por meio do pensamento positivo (MALIK, 1992).

A *Joint Commission of Health Care Organization* – JCAHO define qualidade de assistência hospitalar como: serviços prestados ao paciente de forma a minimizar efeitos indesejáveis e otimizar a reabilitação dos mesmos (TAULIB, 1993). O processo de qualidade agrega padrões que, quando cumpridos, pelas instituições, garantem selos, que são reconhecidos em níveis globais (PADOVEZE; CAMPOS; LIMA et al.; 2008).

2.3.2 Acreditação Hospitalar

Foi criado no Brasil em outubro de 1999 a Organização Nacional de Acreditação - ONA. Decorridos cerca de dez anos, tem-se uma quantidade mínima de hospitais acreditados se comparados nos poucos mais de 6.528 instituições.

Espera-se pouco dos 60% que são de pequeno porte, porém, entre os 40% restantes existem instituições importantes que mereceriam investir em programas de qualidade, em especial a Acreditação (BITTAR, 2004).

A Acreditação é um Sistema de avaliação externa, que verifica a concordância com um conjunto de padrões previamente estabelecidos e um programa que distingue as organizações de saúde que são bem sucedidas nas avaliações. Os sistemas de acreditação/certificação externa da qualidade são metodologias para mensuração de um hospital/empresa por uma terceira (COUTO; PEDROSA, 2007).

Para os autores supracitados, esses certificados permitem afirmar aos clientes da empresa auditada que ela possui condições de produção para entregar produtos/serviços com qualidade. Cabe destacar que existe também a certificação, que não é específica para instituições de saúde, mas que pode ser utilizada como uma opção de um programa de qualidade.

2.3.3 Serviço de Hotelaria Hospitalar

Após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento industrial desencadeou a criação de hotéis na Europa, com especificidades diversificadas, estabelecendo-se normas e regulamentações para estes serviços (CAMPOS, 2007). Fator que impulsionou a concorrência no setor de hotelaria, tendo como premissa a satisfação e o bem estar de seus clientes.

A conceituação de hotelaria hospitalar pode ser definida pela prática de serviços e atividades com a finalidade da promoção de bem estar, conforto, e à qualidade no atendimento aos clientes na área da saúde (MORAES, CÂNDIDO e VIEIRA, 2004).

O fato do termo hotelaria hospitalar, estar intrinsecamente ligado ao termo saúde e doença, redobra uma atenção especial, capaz de conciliar a saúde com bem estar, propiciando um ambiente acolhedor e humanizado (BOEGER, 2003). Para Campos (2007), os primeiros hotéis surgiram na França e em Portugal, como “hospitais”, para acolher os viajantes e estrangeiros que adoeciam.

No início, os hotéis não prezavam pela qualidade nos serviços (AMAZONAS, 2007). No entanto, Taraboulsi (2003) relata que o atendimento na área da saúde é

um espaço “frio”, desorganizado, propício para a implantação de serviços com características na satisfação dos clientes, como na prestação nos serviços de hotelaria.

Diante desses conceitos, evidencia-se a importância do setor de hotelaria hospitalar primar pelos princípios e práticas capazes de oferecer aos clientes serviços de qualidade, primando pelo conforto, bem estar e ao atendimento humanizado.

2.4 PANORAMA GERAL DA SAÚDE

2.4.1 Mundo

A Saúde pública no mundo passa por um período de extremismos, ao passo que a medicina apresenta uma surpreendente evolução tecnológica, sendo um importante coadjuvante na prevenção diagnóstica, reduzindo o tempo de tratamentos e a intensidade de cirurgias. Em situação diametralmente oposta se encontra o sistema de saúde pública que, em todas as esferas, desperta uma insatisfação generalizada com a oferta da saúde, tanto nos setores público como privado (COUTO; PEDROSA, 2007).

O termo saúde pública, embora seja de domínio das Biociências, deve ser estudado à luz de modernas teorias, como a teoria da Transdisciplinaridade e Complexidade, que inter-relaciona os saberes, pois, tudo está ligado a tudo, em que um especialista que somente é especialista é um perigo para a humanidade (MORIN, 2000).

Conforme dados da OPAS (2007), o envelhecimento da população, a longevidade e modificações demográficas, são exemplos de variáveis que contribuem para a percepção da complexidade na oferta de serviços hospitalares. A transição da estrutura etária, principalmente ao longo dos próximos 40 anos, caminha para um perfil envelhecido, com um regresso no ritmo de crescimento, devido à diminuição da taxa de natalidade.

Ainda para a OPAS (2007), o grande desafio dos gestores está em categorizar um planejamento para atender essa nova demanda, fruto da modificação das faixas etárias e demográficas, que terá as alterações mais significativas nas extremidades, com redução nos jovens abaixo dos 15 anos e um célere aumento na faixa acima dos 65 anos, que passou de 5,5% em 2000, para 10,7%, em 2025, e em quase 20% em 2050.

Os gastos com saúde aumentaram significativamente em todo o mundo ao longo do século XX, que segundo a revista *Veja* (2010), não significa que a população está menos saudável, a exemplo dos Estados Unidos onde a expectativa de vida aumentou de 60 para 80 anos atualmente. O aumento com os gastos em saúde é decorrente da maior e melhor oferta dos tratamentos atuais.

O sistema de saúde consome no mundo cerca de três trilhões de dólares ou 8% do PIB mundial segundo a Organização Mundial da Saúde (2000). Os estudos mostram que os países desenvolvidos têm aumentado sistematicamente os gastos em saúde, a exemplo dos Estados Unidos, tido como maior economia do planeta (MONTEIRO; INDRIUNAS, 2007).

A OMS dirige e coordena a autoridade de saúde no âmbito do sistema das Nações Unidas. É responsável por fornecer a liderança em matéria de saúde global, definição da agenda de pesquisa em saúde, estabelecendo normas e padrões, articulando as opções políticas baseadas em evidências, fornecendo apoio técnico, acompanhamento e avaliação das tendências de saúde aos países (OMS, 2007).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é um organismo internacional de saúde pública, com mais de 100 anos de experiência, centrada em trabalhar para melhorar a saúde e a qualidade de vida dos países das Américas. Atua como uma organização especializada em saúde do Sistema Interamericano, servindo também como o Escritório Regional para as Américas da OMS, gozando de reconhecimento internacional como parte do sistema das Nações Unidas (OMS, 2010).

Os Estados Unidos da América têm o sistema de saúde mais caro do mundo, de acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE (2010). Cada americano gasta mais de sete mil dólares por ano com serviços médicos e hospitalares nas redes públicas e particulares, totalizando um valor equivalente a 16% do PIB do país. Fator esse que levou o atual presidente do país a propor uma reforma no sistema de saúde do país.

Devido a todo esse panorama no cenário mundial de saúde, prevê-se que, em três décadas, o gasto ficará próximo de 30% do PIB, pois há estudos projetando a expectativa de vida para a faixa dos 90 anos (VEJA, 2010, p.81). Os indicadores de saúde no mundo sofrem modificações constantes, decorrentes do ritmo acelerado das transições epidemiológicas e demográficas, a complexidade do tratamento de novas endemias, a modernização de novas tecnologias diagnósticas, tornando os custos de tratamento elevados para o Estado, cuja terapêutica se concretiza por esforço de tentativa e acerto (IBGE, 2002).

Para Geyman (2003), tem se atribuído à incorporação dos insumos tecnológicos para diagnóstico nos serviços de saúde, como os fatores impactantes para o crescimento dos custos em saúde. Com tantos avanços tecnológicos, a oferta de novas terapias, exames diagnósticos e tratamento propiciam um recrudescimento para a utilização dos novos serviços, a fim de auxiliar nos pagamentos acerca do investimento nestas inovações, que ocorrem em ritmo acelerado (CALIL, 2001).

Santos Júnior (2006, p. 71) relata que, cerca de 60% dos exames ditos de “rotina” são desnecessários e não contribuem significativamente para a evolução do quadro patológico, podendo ser diagnosticados por meio de exames clínicos. Essa sistemática interfere diretamente nos gastos da saúde em cada país, como descritos na Tabela 5, em média - *per capita* – o que evidencia que os investimentos em saúde diferem substancialmente de um país para outro.

Tabela 5 - Gasto *per capita* com saúde em diferentes países (US\$ PPP)

Países	US\$ PPP
Estados Unidos	7 290
Brasil	588
Suíça	4 417
Canadá	3 895
França	3 601
Alemanha	3 588
Holanda	3 527

Legenda: Paridade do Poder de Compra - US\$ PPP

Fonte: OCDE (2007)

A Tabela 5 mostra um panorama de diferentes países, em que se verifica uma heterogeneidade nos gastos com saúde, principalmente o Brasil. Para Monteiro e Indriunas (2007), não existe um modelo padrão da oferta de saúde no mundo, pois difere de país para país, sejam em países desenvolvidos ou não, onde cada país

adota um modelo de administração da saúde pública, adotando os conceitos de universalização ou segmentação.

No Brasil, além de outros países como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia. é praticado o modelo público universal e democrático é pautado pelos princípios da solidariedade social, além de Diferentemente, há o modelo segmentado, calcado nos valores individualistas que é praticado em países como os Estados Unidos (MENDES, 2010).

De acordo com o sistema adotado no Brasil, uma questão relevante é quanto à questão do financiamento público. No ano 2001, os dados da OMS mostram que o Brasil gasta pouco e mal com saúde, uma vez que gasto sanitário total *per capita* brasileiro, no ano de 2001, foi de US\$ 222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina, resultado que demonstra a disparidade com relação a outros países da América do Sul, com relação ao gasto sanitário (UNIVERSIA, 2009).

Para Mendes, (2010), os valores gastos com o sistema sanitário brasileiro são baixos, mas a qualidade do serviço oferecido é insatisfatória. Para o SUS, a solução dessa problemática está no financiamento público de saúde, com definições e diretrizes para uma ação inclusiva. Ou seja, saúde para todos.

Segundo dados OMS (2007), novas doenças estão surgindo em um ritmo muito acelerado, cerca de uma doença a cada ano, como doenças do aparelho circulatório; câncer; doenças respiratórias; diabete; AIDS; dengue; cólera; hanseníase; hepatite, H1N1/influenza entre outras. Em todo o mundo, surgiram 39 moléstias desde a década de 1970. Nos últimos cinco anos, foram identificadas mais de 1.100 epidemias como, por exemplo, de pólio, cólera e gripe aviária, gripe suína ou doenças eventualmente conhecidas, porém, com sintomatologia desconhecida (OMS, 2007).

Em casos como esses, com condições precárias de vida, má alimentação e péssimas condições sanitárias, produtos químicos, mudança climática, resistência aos antibióticos ajudam a recrudescer o número de atendimentos e internações. Obviamente, nem sempre a necessidade de internação é atendida em razão de indisponibilidade de leitos (OMS, 2007).

A mobilidade da população das áreas rurais para as urbanas intensificou-se a partir da década de 60. Com isso, as taxas de urbanização do país tiveram mudança acentuada nos seus valores desde 1940 a 2000, passando, respectivamente, de 31,2% para 81,2%. (MELLO, GOTLIEB, LAURENTI, 2001).

Os estados da Região Sudeste são os que apresentaram as taxas mais elevadas de mobilidade da população em 2000. Dessa forma, no Rio de Janeiro e em São Paulo, as taxas de urbanização alcançaram valores iguais a 96% e 93,4%; o Distrito Federal apresentou taxa de 95,7%. Os estados menos urbanos, nessa época, foram Maranhão (59,5%) e Piauí (62,9%) (MELLO, GOTLIEB, LAURENTI, 2001).

Para Monteiro e Indriunas (2007), os países adotam, de acordo com a própria ideologia predominante, um modelo do sistema de saúde, Universal ou Segmentado, às vezes, uma mescla dos dois modelos, como apresentado no Quadro 3.

País	Modelo utilizado no sistema de saúde
Estados Unidos	Apresenta uma mescla dos dois modelos, privada em grande parte, e um sistema público segmentado o Medicaid que atende a população mais pobre e o Medicare, que atende os idosos.
Canadá	O sistema universal é adotado na maior parte do sistema, cabendo somente os procedimentos específicos ao sistema privado.
Suécia	O gasto é limitado para cada indivíduo, onde o Estado banca o excedente.
França	O sistema público de saúde abrange 96% da população, mas uma boa parte da população contrata planos de saúde privados.
Brasil	Sistema Universal, amparado pela Constituição de 1988.

Quadro 3 - Sistema de saúde adotado por alguns países no mundo.
Fonte: MONTEIRO; INDRIUNAS (2007)

Para Monteiro e Indriunas (2007), os sistemas são limitados e, não se isentam das críticas e da insatisfação dos usuários, principalmente com relação ao desembolso de impostos que tais sistemas acarretam para a população em geral.

Para a Organização Mundial de Saúde (2006), outros dados estatísticos demonstram que os países com um sistema universal de saúde têm elevados índices de gastos públicos com saúde em detrimento com o que ocorre no Brasil, onde apenas 45% destes gastos são realizados pelo governo, como apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 - Percentual do gasto público em relação ao gasto total em saúde em países selecionados

País	Percentual
Cuba	86,8%
Reino Unido	85,7%
Suécia	85,2%
Costa Rica	78,8%
Alemanha	78,2%
França	76,3%
Itália	75,1%
Espanha	71,3%
Canadá	69,9%
Portugal	69,7%
Chile	48,8%
Argentina	48,6%
México	46,4%
Brasil	45,3%
Estados Unidos	44,6%

Fonte: OPAS (2006)

Os dados apresentados na Tabela 6 mostram que os governos dos países desenvolvidos tendem a gastar mais com saúde. E que o governo brasileiro perde, inclusive, para outros países representantes da América do Sul (OPAS, 2006). O que indica a relevância do papel dos convênios médicos e dos seguros de saúde.

2.4.2 Saúde Pública no Brasil

A Constituição Federal (CF) de 1988, em seu art. 196, afirma que saúde é direito do cidadão brasileiro, assegurado por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A CF determina que é dever do estado garantir o exercício desse direito, por meio do SUS, como, no âmbito geral, promover o desenvolvimento social e atuar sobre os determinantes das condições de saúde.

Sendo livres à iniciativa privada (art. 199, *caput*), os serviços e ações no âmbito da saúde são de “relevância pública”, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (art. 197). A CF é regida por outras duas leis, sendo: Lei 8.080/90 que demonstra o funcionamento do atendimento, cabendo a lei 8.142/90 regular a participação e fiscalização do sistema

pela sociedade. A partir dessa mudança houve uma mudança radical no sistema de saúde brasileiro, ampliando e incluindo a população.

O Sistema Único de Saúde – SUS – universalizou o atendimento. Anteriormente só o contribuinte com Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS - podia ser atendido pelos órgãos públicos. Até meados da década de 1990, o modelo organizacional de saúde pública era realizado majoritariamente pelo governo estadual (UGÁ et al., 2003). Herança da ditadura militar, regime político vigente no País entre as décadas de 60 e 80, cujo sistema tributário era marcado pela centralização.

Até meados da década de 1990, o gasto público em Saúde ainda apresentava características centralizadoras, precedentes da Constituição Federativa do Brasil. A partir desse período ocorreram ações para a descentralização tributária, instituída pela Emenda Constitucional nº 29, que estabelece os percentuais mínimos de participação das receitas próprias dos entes federados no financiamento do SUS. (UGÁ; SANTOS, 2006).

Na Tabela 7, é destacada a participação das esferas de governo no gasto público em saúde, entre 1980 e 2002, antes e depois da Constituição.

Tabela 7 - Participação das esferas de governo no gasto público em saúde no país

Esfera	1980	1990	1992	1993	2002
Federal	75%	73%	86%	72%	58%
Estadual	18%	15%	14%	12%	20%
Municipal	7%	12%	18%	16%	22%

Fonte: BRASIL (2001).

Destaca-se que não foram localizados dados mais recentes ou mais abundantes. Porém, pela tabela 7, observa que houve uma significativa variação descentralizada. A Tabela 7 evidencia que após a Constituição de 1988, o processo de distribuição de receita envolvendo a trina federalista brasileira, o governo federal permaneceu na posição de principal financiador do SUS (MONTEIRO; INDRIUNAS, 2007).

A tendência, no entanto, aponta para uma inversão na participação dos gastos com saúde no Brasil, que pode ser observado na tabela 8, onde o governo federal passa a contribuir menos recursos que os governos estadual e municipal, que

passam a figurar como os principais gestores da saúde pública brasileira (ALMEIDA, 2003).

A Tabela 8 mostra que, entre 2000 e 2004, Estados e municípios incrementaram muito mais seus gastos com saúde pública do que o governo federal.

Tabela 8 - Gastos do SUS por entes federados em valores de 2005

Ano	União	Estados	Municípios	Total
2000	30,8	9,5	11,1	51,5
2001	31,8	11,7	13,1	56,7
2002	32,3	13,1	15,6	61,1
2003	30,9	15,0	15,4	61,4
2004	34,9	17,9	17,1	70,0
Variação% (2000 à 2004)	11,8	46,7	34,8	26,4

Legenda: em bilhões de Reais, corrigidos pelo IPCA. Período 2000/2004

Fonte: BRASIL (2006)

A Tabela 8 é resultado da inflexão dos gastos, em decorrência da incrementação e efetiva ação de Estados e Municípios na saúde pública, onde se verifica que a União diminuiu sua participação nos gastos com a saúde.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), por meio de uma compilação de dados – IBGE (2003, 2004 entre outras fontes), embora os excessivos gastos com saúde, os resultados são medianos e desanimadores, sendo que, em 2004, o governo brasileiro gastou cerca de 147 bilhões de reais com saúde, fatia que corresponde a cerca de 8,3% do PIB nacional.

O gasto *per capita* com saúde no Brasil é de US\$ 588, onde a média mundial é cerca de US\$ 806 *per capita* – média influenciada pelos países desenvolvidos. Para um ajuste dessa amplitude, se faz necessário aumentar em 20% o gasto total do setor público, elevando a carga tributária em mais 20%, comprometendo 42% do PIB, possibilidade não factível, pois sacrificaria investimentos em outros setores como educação e investimentos (APE, 2005, p. 3).

A falta de dados estatísticos confiáveis contribuiu para a dificuldade na gestão e no planejamento do setor de saúde pública no país, fato que hoje dispõe de dados atualizados. Estudos sobre o gasto público são baseados em grande parte em dados encontrados no Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de Saúde (UGÁ et al., 2003).

A evolução na última década do gasto federal com saúde apresenta quatro características importantes como se pode observar na Tabela 9.

Tabela 9 - Brasil: gasto total e líquido (total e *per capita*) do MS 1993 – 2000. Em R\$ de dezembro de 2000

Ano	Gasto total (em milhões de R\$)	Valor Líquido ¹ (em milhões)	Gasto Per capita (R\$1,00)
1993	16,893.28	15,576.21	102.77
1994	17,127.48	15,365.65	99.95
1995	24,484.35	20,116.29	129.10
1996	21,247.31	18,331.28	116.71
1997	25,510.11	21,216.88	132.91
1998	23,244.26	20,195.71	124.83
1999	23,926.78	21,556.12	131.48
2000	23,616.44	21,339.72	128.47

Legenda: 1 Desconsiderando despesas com: inativos e pensionistas; amortização, juros e encargos dívida - com base nos dados mensais dos sistemas SIAFI/SIDOR

Fonte: Ugá et.al.(2003)

Os gastos totais como apresentado na Tabela 9, mostram uma significativa elevação nos gastos de 1993 a 1995, diminuindo no ano seguinte e com elevação novamente no ano de 1997, onde os gastos mantiveram-se estáveis até o ano 2000. Já os gastos *per capita*, oscilaram no período de 1993 a 2000, chegando ao menor valor em 1994 e ao pico em 1997.

Em se tratando da distribuição *per capita* a região Norte é menos beneficiada com um valor *per capita* 24,5% inferior à média do país, em se tratando da assistência ambulatorial e hospitalar. No entanto, não há uma distribuição isonômica de recursos para a saúde, se forem levadas em consideração as diferenças nos perfis demográfico, epidemiológico e socioeconômico da população, que determinam diferentes níveis de necessidades de saúde (UGÁ et al., 2003).

Na Tabela 10 é apresentado o total da concentração da população por estados.

Tabela 10 - A concentração da população no Brasil (total e por estados)

Estados	População
São Paulo	41.011.635
Minas Gerais	19.850.072
Rio de Janeiro	15.872.362
Bahia	14.502.575
Rio Grande do Sul	10.855.214
Paraná	10.387.378
Pernambuco	8.502.604
Ceará	8.217.083
Pará	7.110.467
Maranhão	6.184.538
Santa Catarina	5.958.264
Goiás	5.730.751
Paraíba	3.623.218
Espírito Santo	3.464.284
Amazonas	3.321.055
Alagoas	3.050.650
Rio Grande do Norte	3.043.759
Piauí	3.036.285
Mato Grosso	2.856.999
Distrito Federal	2.383.788
Mato Grosso do Sul	2.297.982
Sergipe	2.000.736
Rondônia	1.562.418
Tocantins	1.332.441
Acre	676.625
Amapá	615.714
Roraima	403.344
TOTAL	187.852.241

Fonte: IBGE (2008)

Os dados referente a população de cada Estado apresentada na tabela 10, evidencia a grande concentração da população no Estado de São Paulo.

A região Sudeste, na qual se insere o Vale do Paraíba, é onde está concentrada a maior população do país, episódio que caracteriza vários fenômenos, dentre eles a maior concentração de renda, de indústrias, tecnologias e também de patologias, favelas, poluição, internações hospitalares, sinistros, violência urbana e intoxicações (SOUZA e LIMA, 2007).

Dean (1994), em sua proposição, afirma que há necessidade de modificar os objetos observados em saúde pública; de ampliar seus enfoques metodológicos; ampliando também a gama de métodos; de atender ao contexto e sua complexidade; de gerar novos desenvolvimentos teóricos e melhorar a formação da área. A saúde de uma população costuma ser medida pela sua ausência. Ainda que existam dados e mensurações “positivas”, tais como, esperança de vida, paradoxalmente, os indicadores mais utilizados referem-se ao seu oposto – a morte e a doença – medidas pelas taxas de mortalidade e morbidade (PIOLA et al., 2009).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM - do Ministério da Saúde (MS) mostra que os homens, em todas as faixas etárias, morrem mais que as mulheres, seja por causas violentas ou por causas naturais, porém, as mulheres apresentam mais problemas de saúde que os homens, a partir dos 14 anos (BRASIL, 2006).

O MS informa que a percepção de doença varia com a renda, sendo maior entre os que ganham menos. Também informa que essa percepção é maior à medida que aumenta a idade, cerca de ¼ da população têm plano de saúde, número que se mantém constante desde 1998. (BRASIL, 2006).

Esses planos de saúde cobrem mais as regiões urbanas, sendo um pouco superior entre as mulheres e os maiores de 40 anos. Cresce, entre os de maior renda, variando de 2,9% entre os mais pobres a 84% entre os mais ricos. Sua cobertura é maior entre os que afirmam ter um estado de saúde bom ou muito bom e menor para os que têm estado de saúde ruim (OPAS, 2001).

Os dados do SUS sugerem uma melhora da situação da saúde no país, porém apontam também uma grande desigualdade regional e intra-regional nos serviços ofertados bem como disparidade de gêneros e classes sociais. (BRASIL, 2006).

Segundo informa o IBGE (1999) com base nos dados do Ministério da Saúde a taxa de mortalidade infantil no Brasil, em 1930, era estimada em 168/mil. Este percentual já era o resultado de um lento, mas consistente declínio da mortalidade iniciado desde o princípio do século, reflexo da implantação de determinadas políticas sanitárias em alguns centros urbanos nacionais.

Nas décadas seguintes, embora lento, mantém-se a tendência de queda e em 1965, seu valor cai para 116/mil. Vale salientar que, entre 1965 a 1970, reduz-se significativamente a velocidade de queda, reflexo da crise social e econômica vivenciada pelo País, naquele período (IBGE, 1999).

As informações mais recentes obtidas sobre mortalidade infantil, disponíveis para o Brasil e unidades da federação, referem-se a 2004, quando o indicador de São Paulo estava entre os menores do país, superior apenas aos de Santa Catarina e Distrito Federal.

Os níveis mais elevados de mortalidade infantil nesse ano foram verificados em Alagoas, Paraíba e Pernambuco, com mais de 37 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos (BRASIL, 2006).

A Figura 7 mostra a tendência da Mortalidade:

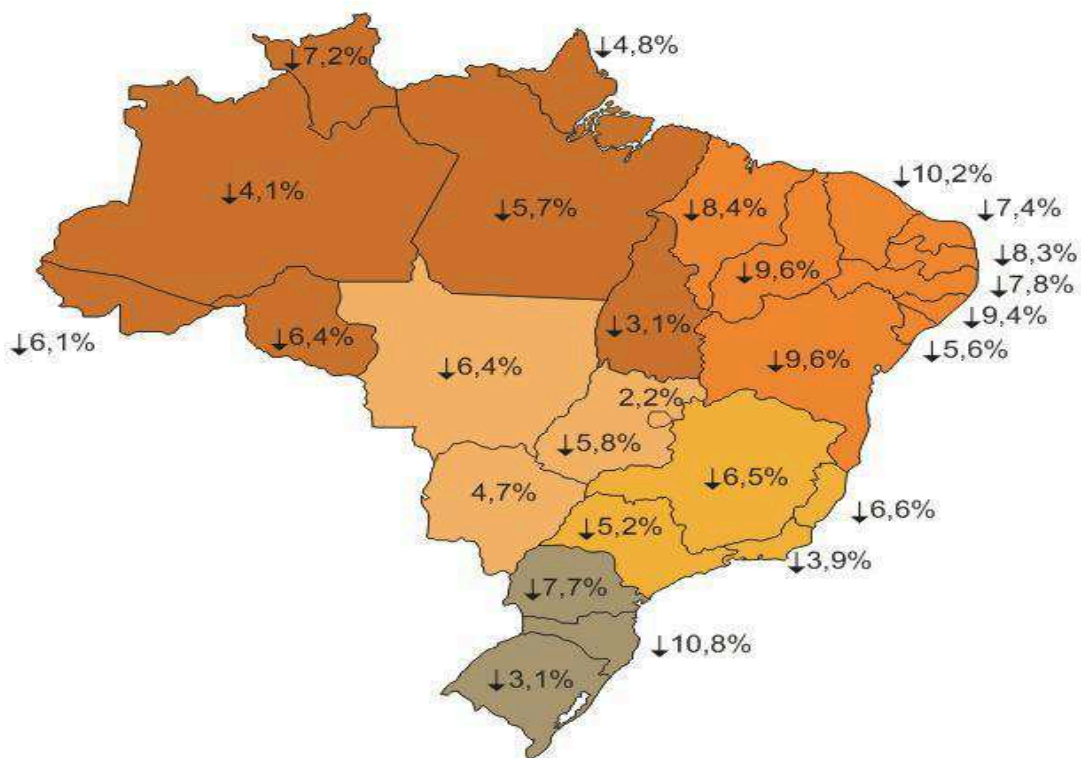


Figura 7 - Mortalidade Infantil – tendências da Mortalidade Infantil, Brasil 2002-2004.
Fonte: BRASIL, 2006

Fazendo uma comparação internacional, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, o Estado de São Paulo situa-se entre as localidades de menor mortalidade infantil da América Latina e Caribe. Estimativas para o período 2003 a 2005 indicam que no Brasil o Estado de São Paulo apresentaria índices mais elevados do que Costa Rica (9,3/mil), Chile (7,8/mil) e Cuba (5,8/mil).

Em países como Argentina, Uruguai, Venezuela e Colômbia, essa taxa oscila entre 15 e 20 por mil. Bolívia (54,0) e Haiti (80,3) detêm as taxas de mortalidade infantis mais elevadas da região (BRASIL, 2006).

Existem fatores naturais de regulação demográficas, tais como índice de natalidade, mortalidade, fecundidade, longevidade, movimentos migratórios. Esses fatores não exigem a infra-estrutura pública de serviço de adotar soluções para atendimento qualificado da população de entorno.

A redução na mortalidade infantil obtida no Brasil nas últimas décadas reflete o esforço político de intervenção do governo no campo da saúde, além do progresso obtido em ações pré-natais, vacinas e medicações, nutrições e outros.

Observa-se na Tabela 11, o índice de mortalidade infantil no país desde 1930.

Tabela 11 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões Brasil - 1930/1990

Ano	Taxa de mortalidade infantil / mil					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162.4	193.3	193.2	153.0	121.0	146.0
1935	152.7	170.0	188.0	145.0	120.0	133.0
1940	150.0	166.0	187.0	140.0	118.0	133.0
1945	144.0	156.0	185.0	130.0	113.0	123.0
1950	135.0	145.4	175.0	122.0	109.0	119.0
1955	128.2	127.5	169.6	108.0	94.7	114.0
1960	124.0	122.9	164.1	110.0	96.0	115.0
1965	116.0	111.3	153.5	96.0	84.0	99.0
1970	115.0	104.3	146.4	96.2	81.9	89.7
1975	100.0	94.0	128.0	86.0	72.0	77.0
1980	82.8	79.4	117.6	57.0	58.9	69.6
1985	62.9	60.8	93.6	42.6	39.5	47.1
1990	48.3	44.6	74.3	33.6	27.4	31.2

Fontes: IBGE (2009)

A Tabela 11 apresenta dados significativos para o monitoramento da Taxa de Mortalidade no Brasil, onde ocorre uma redução desde 1930 até o ano de 1990. A região Nordeste apresenta a maior Taxa de Mortalidade Infantil e a Região Sul a menor taxa do país.

A redução apresentada na Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil foi resultado intervenções do governo, tais como: melhoria nas condições de parto,

acompanhamento nos pré-natais, imunizações em massa e programas de nutrição e alimentação.

Quanto aos índices de mortalidade, é de se esperar na gestão preventiva por parte do governo, por meio de políticas públicas e redirecionamento de recursos e investimentos em especialidades de maior índice de fatalidade. Considerando a variedade e frequência das doenças, o Quadro 4 apresenta as taxas de mortalidade no Brasil de acordo com o Ministério da Saúde.

Grupos de causas	Mortalidade proporcional						Taxas padronizadas de morte				Taxas de anos potenciais de vida perdidos			
	Masculino			Feminino			Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	1980	1985	1990	1980	1985	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990	1980	1990
Doenças infecciosas e Parasitárias	9.34	6.64	5.32	9.37	6.86	5.29	6.06	3.58	4.32	2.41	354.7	142.6	269.7	99.1
Neoplasmas	7.87	8.36	9.26	8.61	9.73	11.28	6.35	6.24	5.32	5.13	70.5	68.4	62.9	63.2
Doenças do aparelho circulatório	23.58	24.53	25.62	27.81	26.65	31.92	19.44	17.25	17.51	14.53	160.9	150.5	114.3	98.8
Doenças do aparelho respiratório	7.85	7.85	8.23	8.08	8.25	8.65	5.59	5.54	4.20	3.94	212.2	119.9	165.0	85.3
Afecções perinatais	7.19	5.85	4.75	7.11	5.99	5.06	4.09	3.20	2.89	2.30	369.8	223.7	256.7	161.2
Causas mal-definidas	20.09	20.55	17.45	21.78	2.25	19.33	14.79	11.45	11.90	8.80	467.7	242.8	362.2	165.2
Causas externas	9.19	11.52	2.31	2.37	9.67	11.52	17.10	2.37	4.89	15.10	336.3	424.8	85.9	82.6
Demais causas	8.03	8.27	6.48	6.04	8.20	8.27	12.28	6.04	12.38	11.12	276.0	212.1	219.4	140.3

Quadro 4 - Causas de Mortalidade no Brasil
Fonte: BRASIL (1993).

O Quadro 4 apresenta uma comparação entre a população masculina e feminina no país em 1990 quando a mortalidade é proporcional para todas as doenças analisadas, salvo para doenças infecciosas e parasitárias, o sexo feminino supera os dados do sexo masculino.

Para as taxas padronizadas de morte, a população masculina apresenta dados superiores aos femininos, salvo para os dados de causas externas e demais causas. Com relação às taxas de anos potenciais de vida perdidos, a população masculina supera os dados femininos em todas as doenças e causas.

De acordo o MS, estudos demonstram que saúde e doença, longe de serem fatalidade ou destino, são processos históricos e sociais determinados pelo modo como cada sociedade vive, organizam-se e produzem (BRASIL, 2006). As profundas transformações históricas e sociais que a sociedade brasileira vem atravessando, ao longo das décadas, têm levado a profundas mudanças no quadro epidemiológico, na produção e distribuição social dos problemas de saúde.

Desse modo, fora as desigualdades regionais, urbanas e rurais, intra-urbanas e intra-rurais, os problemas de saúde, sua valoração social e gravidade também se distribuem desigualmente, entre mulheres e homens, brancos, negros, amarelos e indígenas, pobres e ricos, jovens e velhos. Essa desigualdade ocorre pelas diferentes origens sociais, pelas diferenças de acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas sociais, em meio a processos muitas vezes contraditórios, em permanente mudança. (BRASIL, 2008).

Para a APE (2005), outros fatores como a vida agitada nos grandes centros urbanos, a falta de exercícios físicos, o estresse, a poluição, a alimentação rápida e rica em gorduras e açúcar, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e tabaco estão causando diversas doenças nos brasileiros: “São mais comuns, nos grandes centros urbanos, doenças como o câncer, o diabetes assim como as doenças do coração.”

Sobre as doenças típicas da zona rural, cresce o número de casos de doenças infecciosas e parasitárias em função das péssimas condições de higiene. A falta de água tratada e o deficiente sistema de esgoto nas regiões norte e nordeste do Brasil tem sido a causa de várias doenças, destacando a cólera, a malária, a diarreia e a hanseníase (APE, 2005).

2.4.3 A saúde pública como função do Estado

É responsabilidade do Estado, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, formular a Política Estadual de Saúde e de suas diretrizes, norteadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Essa secretaria promove a saúde priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde (SES, 2007).

A Secretaria de Estado da Saúde – SES – é, também, responsável pela articulação e pelo planejamento de ações desenvolvidas pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) distribuídos pelo Estado. Além disso, a SES administra três fundações: a do Remédio Popular (FURP), que pesquisa, desenvolve, fabrica e distribui medicamentos; a Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), que se constitui basicamente na instância de apoio à SES-SP para assessorar a política de câncer no Estado; e a Pró-Sangue Hemocentro, de São Paulo, que além do desenvolvimento de pesquisas a partir de padrões internacionais de referência, fornece hemocomponentes e serviços hemoterápicos (SÃO PAULO, 2009).

O Estado realiza atividades igualmente importantes, também alvo constante de atenção do SUS, que merecem ser destacadas, tais como:

- O controle da ocorrência de doenças, Seu aumento e propagação, desenvolvidas principalmente pela Vigilância Epidemiológica,
- O controle da qualidade de medicamentos, exames, alimentos, higiene e adequação de instalações que atendem ao público, área de atuação da Vigilância Sanitária; e,
- O controle de endemias no território paulista a partir da Superintendência de Controle de Endemias – SUCEN. (SÃO PAULO, 2009).

2.4.4 Cidades Saudáveis

O tema cidades saudáveis, que faz parte deste trabalho, tem o propósito de demonstrar que, por meio da promoção da qualidade de vida e melhora na estrutura urbana das cidades, que hoje estão se transformando em aglomerados de pessoas, contribuem para a ausência de doenças, causadas pela violência urbana, doenças crônicas devido ao processo de industrialização e poluição.

O Movimento Cidades - Municípios Saudáveis - tem o objetivo de promover a saúde e melhorias nas condições de vida da população. Nessa concepção mais ampla, a ausência da doença é um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite aos indivíduos identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades.

Representa uma nova forma de gestão municipal, baseada na ação intersetorial e exige, ao mesmo tempo, um protagonismo do Estado e a participação da sociedade civil como parceira na consecução dos objetivos. No Brasil há, até o momento, 19 municípios envolvidos com a proposta, mas somente 13 estão com projetos ativos. Os resultados dos esforços estão começando a ser visualizados, trazendo novas perspectivas em termos de desenvolvimento social e sustentado, bem como de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida (WESTPHAL, 2000).

Dessa forma o movimento promove a saúde por um processo onde a população envolvida consegue buscar meios para implementar uma melhor qualidade de vida na comunidade e conseqüentemente melhores condições de saúde, impactando na demanda de internação hospitalar por motivo de doenças.

O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis, desde a década de 1970, vem envolvendo cada vez maior número de cidades e atores em vários países e divulgando uma prática que representa uma nova forma de pensar e fazer saúde. O movimento tem como objetivo um produto social, a qualidade de vida da população e pressupõe a existência de problemas concretos de pessoas vivendo em um território. Representa uma nova forma de gestão municipal, baseada na ação intersetorial e exige, ao mesmo tempo, um protagonismo do Estado e a participação da sociedade civil como parceira na consecução dos objetivos. No Brasil há, até o momento, 19 municípios envolvidos com a proposta, mas somente 13 estão com projetos ativos. Os resultados dos esforços estão começando a ser visualizados, trazendo novas perspectivas em termos de desenvolvimento social e sustentado, bem como de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida (WESTPHAL, 2000).

A promoção da saúde promove qualidade de vida à população e desta forma é possível prevenir que as doenças se instalem, desta forma o Estado juntamente com a participação da sociedade civil podem contribuir para que uma nova forma de gestão da saúde nos municípios modifique positivamente índices de falta de leitos para internação em hospitais por motivo de doenças.

O reconhecimento do direito de que todos os segmentos da população devam ter acesso às informações necessárias, para poder participar da tomada de decisão e da avaliação de programas de saúde, tem levado os administradores e profissionais de saúde a buscar novas estratégias de atuação". Frequentemente tem-se constatado divergências entre o que os profissionais de saúde acreditam que a população precisa saber e o que alguns grupos consideram realmente importante. O entendimento dos comportamentos da população ligados à saúde e à doença se faz cada vez mais necessário e é essencial para o desenvolvimento de ações de prevenção, em parte pelos resultados frustrantes que ações de intervenção baseadas somente no enfoque médico e biológico vêm apresentando nos vários ramos da saúde pública, em parte devido aos resultados negativos dos programas de saúde (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Desta forma a promoção da saúde trata de um conceito ampliado de saúde, que é resultante das condições de vida e trabalho da população, bem como de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, comportamentais e biológicos que combina ações planejadas relacionadas aos indivíduos, comunidades e governo para obterem impacto nos estilos e condições de vida que possam estar interferindo nos níveis de saúde e qualidade de vida (PELICIONI, 1995).

2.5 INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO

2.5.1 Pacto pela saúde

A NOB – Norma Operacional Básica - SUS/96 - definiu que: “a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada”, reconhecendo, que, além da Comissão Intergestores Bipartite – CIB - estadual, as CIB regionais como instâncias de negociação e pactuação das programações, para a elaboração da Programação Pactuada Integrada – PPI. (SÃO PAULO, 2008).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/01 – definiu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, contemplando um planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de forma a garantir o acesso aos cidadãos, otimizando os recursos disponíveis (SÃO PAULO, 2008).

Um dos pressupostos que orientam a estratégia de regionalização do sistema de saúde, segundo o Pacto de Saúde, consiste no fortalecimento da relação planejamento e gestão. Esse pacto é um conjunto de reformas institucionais e gerenciais, acordado entre as três esferas de gestão - União, Estados e Municípios - do SUS, com o objetivo de alcançar maior eficiência e qualidade nos serviços prestados à população (SÃO PAULO, 2008).

O mérito do Pacto pela Saúde, segundo especialistas, foi a redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social e a resolução de um dos grandes problemas do SUS: a competição negativa entre os entes da federação (MONTEIRO; INDRIUNAS, 2007).

A pactuação é um acordo com pretensão de qualificar um conjunto de questões que ainda são entraves no funcionamento do SUS, mas que vai precisar da participação da comunidade para ser efetivado e não correr o risco de ser apenas uma boa intenção (SCHNEIDER et al., 2007, p. 6).

Ainda segundo os autores é de extrema importância afirmar que o novo acordo busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS. O Pacto prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir deles que se construiu uma pactuação com definição das prioridades articuladas e integradas que contempla três grandes áreas:

- a) Pacto pela Vida
- b) Pacto em Defesa do SUS
- c) Pacto de Gestão do SUS

São destacados no Quadro 5, seus principais objetivos:

Pacto pela Vida	Pacto em Defesa do SUS	Pacto de Gestão do SUS
<p>Tem como foco central o estabelecimento de um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelos gestores das três esferas. As prioridades são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. Elas se originam a partir da realidade específica de cada gestão. Alguns exemplos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controle do câncer do colo de útero e da mama; - Saúde do idoso; - Redução da mortalidade infantil e materna; - Fortalecimento das capacidades de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; - Promoção da saúde e fortalecimento da atenção básica 	<p>O pacto de defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelos três níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de Estado e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Pode-se dizer que se trata de re-politizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Os objetivos do Pacto de Gestão são definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: Federal, Estadual e Municipal, estabelecendo as diretrizes com ênfase na</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descentralização; - Regionalização; - Financiamento; - Regulação; - Participação social; - Planejamento; - Gestão do trabalho, e - Educação na saúde. 	<p>Suas diretrizes dizem respeito à:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regionalização, - Financiamento, - Planejamento, - Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), - Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, - Participação e Controle Social, - Gestão do Trabalho, e - Educação na Saúde. <p>Seu foco está em radicalizar os princípios da regionalização e hierarquização - hoje um dos maiores desafios do SUS.</p>

Quadro 5 – Pactos e suas estratégias.

Pacto pela Saúde possibilidade ou realidade?

Fonte: SCHNEIDER et al.(2007)

Conforme apresentado no Quadro 5, o Pacto preza por princípios que buscam:

- Respeitar as diferenças locais e regionais,
- Reforçar a organização das regiões sanitárias (regionalização) instituindo mecanismos (colegiados) de co-gestão e planejamento regional,
- Qualificar o acesso ao direito humano à saúde,
- Redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação,
- Valorizar a cooperação técnica entre os gestores,
- Unificar os diversos pactos existentes e Estimular o financiamento tripartite com critérios de equidade nas transferências fundo a fundo, e
- Fortalecer o controle social.

Os municípios que aderiram ao Pacto em todo Brasil são de 2.753 municípios segundo o Conselho Nacional.

2.5.2 Acreditação hospitalar

Os sistemas de acreditação/certificação externa da qualidade são metodologias para mensuração de um hospital ou uma empresa que é realizado por uma terceira organização que pode afirmar aos clientes da empresa auditada sobre as condições de produção e a prestação de serviços com qualidade.

Esse sistema de avaliação externa verifica a concordância com um conjunto de padrões previamente estabelecidos e um programa que distingue as organizações de saúde que são bem sucedidas nas avaliações (COUTO; PEDROSA, 2007).

Pode-se afirmar que o processo de acreditação possibilita ao hospital acreditado que seu *status* seja internacionalmente reconhecido por indivíduos e organizações de outros países. Também oferece mais segurança para os pacientes, acompanhantes, visitantes e todos os profissionais do hospital apresentam melhor qualidade do atendimento aos clientes e padronização de procedimentos (MANZO, 2009).

Ocorre também um programa de treinamentos com a equipe da organização hospitalar, buscando maior envolvimento dos colaboradores para que possam atingir as melhorias contínuas nas áreas que se encontrem envolvidas no processo de acreditação (MANZO, 2009). Cabe destacar que existe também a certificação, que não é específica para instituições de saúde, mas que pode ser utilizada como uma opção de um programa de qualidade.

Para Novaes e Paganini (1992), acreditação é o procedimento de avaliação dos Recursos Institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação.

O objetivo desta norma é promover o desenvolvimento e a implementação de processos permanentes de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a Qualidade na assistência à saúde dos usuários das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde do país (ANVISA, 2004).

Conforme Couto e Pedrosa (2007), as formas de Avaliação externa voluntária são divididas em:

- *Accreditation* que significa “Acreditação” implicando em aprovado oficialmente, credenciado e certificação que significa dar um atestado; convencer da verdade ou certeza de algo. (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

Para melhor entendimento detalhamos a diferença entre certificação e acreditação:

Certificação trata de uma norma sistêmica de Gestão e Garantia de Qualidade e a Acreditação trata de uma norma sistêmica da Gestão e Garantia de Qualidade mais itens de funcionamento específicos para a organização hospitalar – ONA – Organização Nacional de Acreditação, CBA – Consórcio brasileiro de Acreditação e CQH – Controle de Qualidade Hospitalar (COUTO; PEDROSA, 2007).

No Brasil o Programa Nacional de Acreditação – PBAH – é coordenado pela Organização Nacional de Acreditação - ONA – que é composta por representantes de entidades prestadoras e compradoras de serviços de saúde, representantes do Ministério da Saúde e dos Conselhos municipais e estaduais de Secretarias de Saúde. A partir de 2003 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA - tornou-se parceira no desenvolvimento da avaliação, que dentre os principais objetivos destaca-se:

- desenvolvimento de um sistema de indicadores que permita a comparação entre organizações hospitalares;
- atualização e desenvolvimento de manuais de acreditação;
- apoio técnico para acreditação dos hospitais sentinelas e hospitais públicos;
- capacitação de multiplicadores por meio do ensino a distância.

Ainda conforme Couto e Pedrosa (2007), o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar passou a ser parte constituinte do Manual da ONA (Portaria GM n° 1970 de 25 de outubro de 2001), atualmente denominado Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares. Em 2006, houve mudanças de conteúdo e estrutura básica à edição anterior e desta forma o novo manual agregou quatro instrumentos de avaliação de serviços de saúde que são utilizados pela ONA – hospitais, terapia renal substitutiva, hemoterapia, e laboratórios clínicos – em um só instrumento, mas preservando a estrutura em três níveis:

Nível 1 – aborda segurança

Nível 2 – aborda processos

Nível 3 – aborda resultado: sistema de garantia e melhoria da qualidade

Para Bittar (2004), os programas de qualidade baseiam-se fortemente em pessoas, o que justifica o investimento em treinamento e no entendimento de como elas devem se associar para a produção de programas e serviços qualificados.

Para a *Joint Commission on Accreditation for Health Care Organizations* a equipe multiprofissional (BITTAR, 1997, p. 5) é definida como:

Um grupo composto de indivíduos de várias profissões e disciplinas os quais interagem regularmente e cada membro tem um conhecimento da avaliação e dos cuidados dos pacientes/famílias. A equipe se caracteriza por reunir as habilidades dos membros, permitindo que os papéis se confundam enquanto simultaneamente dão suporte um ao outro, mantendo o respeito pelas habilidades, treinamento e intervenções de cada um (BITTAR, 1997, p. 5)

Frente a esse cenário, o Ministério da Saúde desenvolveu um instrumento para a acreditação hospitalar, suficientemente flexível, que poderá ser progressivamente modificado conforme a frequência do seu uso, tornando-se mais apropriado às características dos hospitais brasileiros, de maneira a adaptar-se às pronunciadas diferenças entre as várias regiões geográficas do País, às distintas complexidades dos hospitais e ao processo evolutivo da ciência e da administração de serviços de saúde. (MS, 2008).

Para o Ministério da Saúde o desenvolvimento de Programas de Garantia da Qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial, e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa.

2.5.3 MS/Portaria n° 1101

A MS/Portaria n° 1101, de 12 de junho de 2002, em seu Artigo 1º, Parágrafo Único, definiu os parâmetros para cálculo da oferta de leitos hospitalares.

A referida Portaria definiu que:

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando, o disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei nº 8.080/90, que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde; que a descentralização das ações e serviços de saúde, para estados e municípios, para a consistência de um efetivo Sistema Nacional de Saúde, requer a elaboração de um planejamento ascendente, através da Programação Pactuada e Integrada entre os gestores (BRASIL, 2002b)

A partir da referida Portaria se definiu os parâmetros considerados ideais, os quais auxiliam os gestores de saúde do SUS em todos os níveis de governo, na tomada decisão. Com tal recurso o governo pode priorizar ações específicas em cada momento e situação visando um planejamento adequado de acordo com cada região.

Os referidos parâmetros de cobertura para assistência hospitalar compreendem as quatro clínicas básicas: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia. Estão contempladas também as internações prolongadas que compreendem as especialidades de Psiquiatria, Tisiologia e Reabilitação.

2.5.3.1 Parâmetros de cobertura hospitalar

De acordo com determinadas regiões e ano a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas é descrita da seguinte forma:

$$\text{NIHE} > \frac{\text{Total da População} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$$

Onde: NIHE > Número de Internações Hospitalares Esperadas.

De acordo com o número de internações, a fórmula para cálculo por especialidade/população no ano é demonstrada no Quadro 6 abaixo.

INTERNAÇÕES POR ESPECIALIDADE	FÓRMULA
Cirúrgica	(Pop.x0,08) x 20%
Clínica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%
Fator de Ajuste *	(Pop.x 0,08) x 6,24%
TOTAL	100%
(Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%

Nota: Para as localidades estaduais, regionais ou municipais que, em face situações especiais de ordem estrutural ou epidemiológica, tenham percentuais diferentes da fórmula supramencionada (8%), deve-se substituir, na fórmula, o coeficiente aplicado pelo real apurado (0,08 por 0,07 ou 0,09), conforme o quadro.

Quadro 6 - Fórmula de acordo com o número de internações por especialidade
Fonte: BRASIL, 2001.

A Portaria 1101/GM estima a necessidade de leitos hospitalares, com base na série histórica e percentual de internações programadas pelo gestor, que relaciona os dados referentes à população, à taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de acordo com a especialidade médica, conforme abaixo:

- a) Leitos Hospitalares Totais > 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes;
- b) Leitos de UTI: são necessários de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média em municípios grandes).
- c) Leitos (pós-cirúrgico), destinados a recuperação do paciente: são necessários em média 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica;
- d) Leitos utilizados no Pré-Parto: estima-se 2 leitos por sala de Parto.

Na possibilidade de não haver seguimento a qualquer instrumento de regulação, essas fórmulas cumpriram importante papel na estimativa de leitos hospitalares a serem ofertados. Porém não serão abordados neste trabalho. Serão demonstrado as fórmulas para calcular a necessidade de leitos em determinada região, com sua devida população, a seguinte fórmula:

$$CIL = \frac{365}{tmp} \times TOH$$

Dessa forma:

CIL: Capacidade de Internações por leito/ano

TMP: Tempo de Média de Permanência

TOH: Taxa de Ocupação Hospitalar

Ou a fórmula para cálculo de leitos necessários:

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

Onde:

LN: Leitos Necessários

NIP: N° de Internações Programadas

CIL: Capacidade de Internações Por Leito

No Quadro 7 são demonstrados os parâmetros para calcular a necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada 1.000 habitantes segundo parâmetros da MS/ Portaria 1101/GM:

Leitos Especialidade	por	Variação entre as Regiões	Parâmetros Recomendados	Unidade de Medida	
			% sobre Necessidade total de leitos	Número absoluto de leitos sobre total da população	
Cirúrgica		0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica		0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados Prolongados (Crônico)		0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstétrica		0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica		0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica		0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação		0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia		0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia		0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos/1.000hab.
Fator de Ajuste*		-----	5,83	0,17	Leitos/1.000hab.
TOTAL		2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

Nota: Multiplicando-se o percentual de necessidade de leitos pelo número de leitos/1000 habitantes escolhido, tem-se o número real de leitos/1000 habitantes em cada especialidade.

Quadro 7 - Parâmetros para cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica, para cada mil habitantes

Fonte: BRASIL (2002b).

De acordo com a Portaria nº 1101/GM, a média de leitos cadastrados no Sistema de Internação Hospitalar – SIH/SUS/99 para cada mil habitantes representa uma variação percentual de 2,57 no Brasil oscilando em 4,35 no Estado do Maranhão e 1,64 no Pará.

No Brasil, estão cadastrados no SIH/SUS 86% do total dos leitos hospitalares, enquanto os leitos de UTI o percentual é de 2,64% do total de leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul, e 0,22% em Rondônia, no ano 1999, segundo a fonte MS/SAS/DECAS/CGCAH/2000- Assistência Hospitalar SUS.

2.5.4 Variáveis Intervenientes

A variável interveniente (W) é a que, numa sequência causal se coloca entre a variável independente(X) e a dependente (Y) e sua função é diminuir ou anular a influência de X sobre Y, sendo encarada como consequência da variável independente e determinante da variável dependente. (LAKATOS; MARCONI, 2007). A principal variável nas equações de cálculo de demanda refere-se à dados demográficos considerando a dinâmica populacional residente.

Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (2008), a população residente é o total de pessoas residentes e sua estrutura relativa, em determinado espaço geográfico, no ano considerado, analisando dados como:

1. Razão dos sexos - Número de homens para cada grupo de cem mulheres.
2. Taxa de crescimento da população - Percentual de incremento médio anual da população residente em determinado espaço geográfico.
3. Grau de urbanização - Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico.
4. A proporção de menores de cinco anos na população - Percentual da população residente em áreas urbanas, em determinado espaço geográfico.
5. Proporção de idosos na população - Percentual de pessoas com sessenta e mais anos de idade.

6. Índice de envelhecimento - Número de pessoas de sessenta e mais anos de idade, para cada cem pessoas menores de quinze anos de idade.
7. Razão de dependência - Razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de quinze anos de idade e os de sessenta e mais anos de idade) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre quinze e cinquenta e nove anos de idade).
8. Taxa de mortalidade proporcional por grupos de causas - Distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas
9. Taxa de mortalidade específica por causas externas - Número de óbitos por causas externas (acidentes e violência), por cem mil habitantes.
10. Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas - Distribuição percentual das internações hospitalares pagas no Sistema Único de Saúde (SUS), por grupos de causas externas (códigos V01 a Y98 da CID-10),
11. Número de internações hospitalares (SUS) por habitante - Número médio de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por 100 habitantes.
12. Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade - Distribuição percentual das internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo especialidades,

A população do Brasil segundo dados do IBGE (2008), era de 187.852.241 habitantes.

3 MÉTODO

Neste capítulo apresenta-se o método utilizado nessa pesquisa, quais abordagens foram utilizadas, como foi escolhida a amostra, a área de realização, os instrumentos e como os resultados foram analisados.

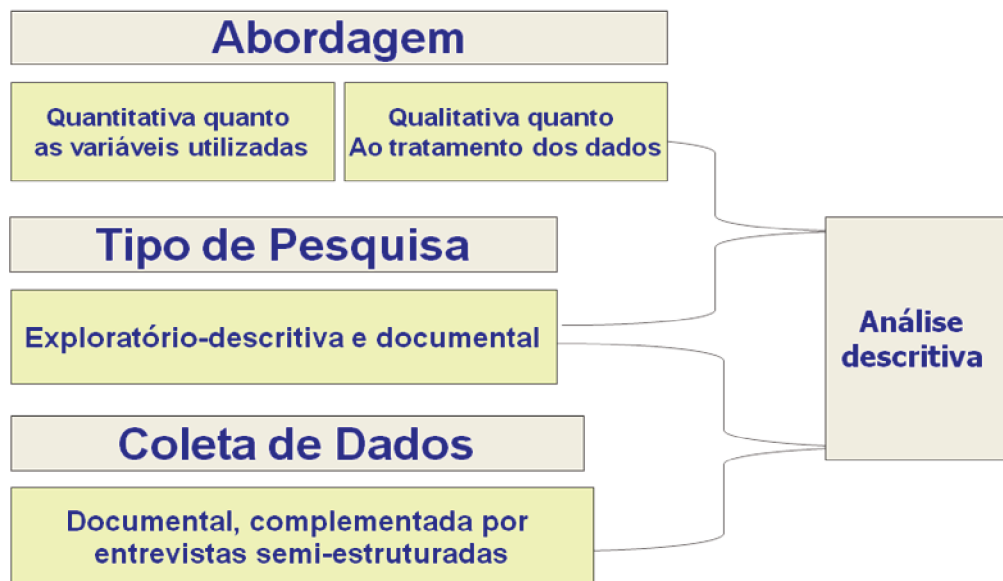


Figura 8 - Esquema do método

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo foi realizado por meio de pesquisa do tipo exploratório, descritivo e documental. Para os autores Silva e Menezes (2001), a pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas e com o problema pesquisado.

A pesquisa descritiva tem como objetivo expor características de uma determinada população ou de um fenômeno, não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, mas dá base para tal explicação (GIL, 2006).

O método da pesquisa documental vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor (GIL, 2006).

Ainda, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada para aplicação junto aos gestores dos hospitais pesquisados.

3.2 ÁREA DE REALIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos da cidade de Taubaté – SP que atende a toda região do Vale do Paraíba Paulista, contemplando cerca de 40 municípios.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população envolvida nesta pesquisa são os hospitais públicos da cidade de Taubaté – SP. A amostra definida para esta pesquisa foi definida por interesse, pois foram entrevistados somente os Gestores/Diretores dos dois hospitais públicos de Taubaté que reuniam informações suficientes para responder as perguntas.

3.4 INSTRUMENTO(S)

Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevistas pessoais com os gestores, buscando informações sobre a oferta de leitos, quais as variáveis utilizadas, quais as formas de cálculo para atender às necessidades de internação. Especialmente foi questionado aos gestores sobre a aplicação da MS/Portaria n° 1101/GM e como são solucionados os gargalos, com a finalidade de obter as principais restrições referentes ao atendimento desta portaria.

3.5 PROCEDIMENTOS

Após a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Taubaté, sendo aprovado conforme protocolo CEP/UNITAU nº 533/09, foi encaminhado um ofício, para solicitação aos gestores administrativos dos hospitais envolvidos solicitando permissão para realização da pesquisa. Em que pese, foi assinado o Termo de Autorização da Instituição.

Foi realizada a coleta de dados documentais buscando informações relativas às internações nos hospitais públicos de Taubaté, na Diretoria Regional de Saúde - DRS XVII, DATASUS e IBGE. Foram coletadas informações estatísticas sobre a população da cidade de Taubaté – SP destacando fatores socioeconômicos e demográficos.

Para efetuar o tratamento dos dados populacionais de referência, foi utilizada uma planilha elaborada pelo programa Excel com base nos parâmetros hospitalares da Portaria nº 1101/GM, fornecida pelo Departamento de Saúde de Taubaté, que realiza os cálculos demonstrando o atendimento aos parâmetros recomendados ou ao não atendimento, com relação às especialidades médicas ou outros procedimentos compreendidos na referida Portaria 1101/GM.

As fórmulas da Portaria 1101/GM, que trata dos Parâmetros de cobertura hospitalar e capacidade de cobertura hospitalar, embora mencionados neste trabalho, tem a finalidade de demonstrar a possibilidade calcular e programar novos parâmetros, sendo que esta pesquisa aborda especificamente os parâmetros da oferta de leitos hospitalares referente a população de Taubaté SP.

Na sequência, foram agendados com os gestores, data e hora para a realização das entrevistas. Participaram da pesquisa somente os diretores administrativos e técnicos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os protocolos de pesquisa com seres humanos.

Foram conduzidas as entrevistas semi estruturadas com os dois diretores administrativos e dois diretores técnicos de cada um dos dois hospitais envolvidos nesta pesquisa, totalizando quatro entrevistas pessoais para investigar como era realizada a gestão destas organizações hospitalares. A amostragem foi escolhida

por interesse, haja vista que os sujeitos eram envolvidos diretamente com o assunto em questão.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados obtidos foram tratados mediante uma análise de conteúdo dos documentos coletados sobre as internações para proceder a comparação com os parâmetros da MS/Portaria nº1101/GM que se refere à oferta de leitos por especialidade médica nos referidos hospitais. Para as entrevistas foi realizada uma análise detalhada com as respostas para obter dados que possam indicar as restrições dos gestores em implementar a Portaria 1101/GM nas organizações em questão.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram objetos desse estudo dois hospitais públicos da cidade de Taubaté - SP, ora categorizados de Hospital A e Hospital B. Dentre as duas instituições, foram entrevistados em cada Hospital dois Diretores que atuam efetivamente na área de gestão e agregam as informações técnicas e administrativas das respectivas instituições.

A seguir apresentamos os resultados apurados resultante do estudo sobre a oferta de leitos nos hospitais públicos de Taubaté - SP complementando com as entrevistas realizadas com os gestores dos hospitais. Para melhor entendimento serão divididos conforme a Portaria nº1101/GM, que norteia os parâmetros a serem seguidos na gestão pública em saúde no Brasil. Os resultados comparativos com a MS/Portaria nº 1101/GM serão demonstrados na Tabela abaixo conforme as especialidades médicas nos hospitais A e B.

Cabe salientar que, ambos os hospitais, localizados na cidade de Taubaté, atendem além da população local, pacientes de outros municípios do Vale do Paraíba Paulista que abriga uma população de 2.281.819 de pessoas, em 39 municípios (SÃO PAULO, 2009). Para o presente estudo foi utilizado como base, a população de Taubaté Estado de São Paulo, estimada em 273.426 habitantes (IBGE, 2009).

Será demonstrado abaixo dados referente aos fatores socioeconômicos e demográficos da cidade de Taubaté, além de dados aos Hospitais A e B, dos atendimentos prestados por essas instituições, principalmente, referente às internações no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2008, fornecidos pelos respectivos hospitais e pela DRS XVII – Diretoria Regional de Saúde de Taubaté, que compreende o Alto Vale do Paraíba, Circuito da Fé Vale Histórico, Litoral Norte e Vale Paraíba – Região Serrana.

Nas Tabelas compreendidas de 12 a 18 são apresentados dados relativos às características socioeconômicas e demográficas da cidade de Taubaté-SP. Os dados em questão não têm o objetivo de comparação e sim de oferecer a dimensão/relevância da cidade sob estudo.

A Tabela 12 apresenta os dados socioeconômicos de Taubaté – SP.

Tabela 12 - Dados Socioeconômicos - Receita e renda *per capita*, Taubaté - SP, 2008.

Receita e renda <i>per capita</i> - valores em R\$	
Receita per capita do município (2008)	1.598,22
Receita per capita do conjunto de municípios do Estado (2008)	1.595,94
Renda per capita do município (2004)	460,86
Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional	

Na Tabela 12 verificou-se que, a receita *per capita* da população de Taubaté – SP é superior à renda do conjunto de Municípios do Estado de São Paulo no ano de 2008.

A Tabela 13 oferece dados socioeconômicos relacionados ao Índice de Desenvolvimento humano - IDH.

Tabela 13 - Dados Socioeconômicos - Outras informações, Taubaté - SP, 2008.

Outras informações	
Índice de desenvolvimento humano - IDH (2000)	0,84
Índice de exclusão social (2000)	0,64
Analfabetismo (2003)	15.43 %
Fonte: IBGE	

A Tabela 13 apresenta o Índice de desenvolvimento humano na cidade de Taubaté e o índice de exclusão social no ano de 2000 e a taxa de analfabetismo no ano de 2003.

Na Tabela 14 são apresentados dados socioeconômicos referente às Receitas na cidade de Taubaté – SP.


Tabela 14 - Dados Socioeconômicos - Receitas municipais, Taubaté - SP, 2008.

Receitas municipais - 2008 - valores em R\$	
Receitas totais	432.985.385,70
Receitas tributárias	100.307.303,70
Receitas patrimoniais	8.814.079,82
Transferências correntes	311.728.796,40
Outras transferências da união	1.008.684,39
Deduções da receita corrente	35.165.623,19
Despesas totais	427.944.193,40
Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional	

A Tabela 14 demonstra a receita Municipal de Taubaté Estado de São Paulo.

As taxas de analfabetismo, crescimento da população, esperanças de vida ao nascer, dentre outras são apresentados na Tabela 15.

Tabela 15 - Dados Demográficos - Taxas estaduais, Taubaté - SP, 2008.

Taxas estaduais	
Analfabetismo em maiores de 15 anos (2007)	4.61
Crescimento da população (2007)	1.7
Proporção da população acima de 15 anos com mais de 8 anos de estudo (2007)	62.98
Esperança de vida ao nascer (2007) 	74.23
Fecundidade total (2006)	1.75
Proporção de idosos na população (2007)	10.3
Razão de sexo - nº de homens por 100 mulheres (2007)	95.1
Grau de urbanização (2007)	93.8
Natalidade (2006)	14.7
Mortalidade (2006)	5.38
Mortalidade infantil (2006)	13.4
Fonte: IDB 2007 / RIPSA	

A Tabela 15 apresenta os dados Demográficos na cidade de Taubaté compreendidos nos anos de 2006, 2007 e 2008 em diversos indicadores.

Na Tabela 16 são apresentados dados demográficos da cidade de Taubaté, referente a taxas municipais no ano de 2008.

Tabela 16 - Dados Demográficos - Taxas municipais, Taubaté - SP, 2008.

Taxas municipais	
Densidade demográfica (2000)	3.7 hab./km ²
Razão de sexo - nº de homens por 100 mulheres (2005)	97
Esperança de vida ao nascer (2000)	72,73 anos
Crescimento populacional (2000)	1.51
Fecundidade (2000)	2.14
Grau de urbanização (2005)	94.1
Proporção de idosos (2005)	8.7
Fonte: IBGE	

A Tabela 16 demonstra dados demográficos como a razão por sexo entre homens e mulheres, além da taxa do crescimento populacional e grau de urbanização na cidade de Taubaté compreendidos entre os anos de 2000 e 2005.

A situação do município de Taubaté, no que se refere ao Plano Diretor Regional é apresentada na Tabela 17, no qual se destaca com cidade Sede do Módulo assistencial, sendo referência para 39 municípios do Vale do Paraíba Paulista.

Tabela 17 - Situação do município, Taubaté-SP, 2008.

Situação do município	
Polo regional (PDR* 2004)	Taubaté
Macrorregião (PDR* 2004)	São José dos Campos
Microrregião (PDR* 2004)	Taubaté
Sede do módulo assistencial (PDR* 2004)	Taubaté
Colegiado de gestão	Vale do Paraíba/ Região Serrana
Condição de gestão atual	Pacto pela Saúde
Condição de gestão anterior	Atenção Básica
* PDR - Plano Diretor de Regionalização	

A Tabela 17 apresenta as características da cidade de Taubaté dentro do cenário regional do Vale do Paraíba Paulista.

Os dados Territoriais são apresentados na Tabela 18.

Tabela 18 - Dados Territoriais, Taubaté - SP, 2008.

Informações territoriais	
Região	Sudeste
Área territorial do estado em Km ²	248.209,43
Densidade demográfica do estado - hab. por Km ² (2008)	162,94
População estadual (2008)	41.011.635
População estadual por sexo	Masculino: 19.977.657 Feminino: 21.033.978
População municipal (2008)	270.918
População municipal por sexo	Masculino: 133.095 Feminino: 137.823
Região metropolitana	Inexistente
Área territorial do município em Km ²	625,92
Altitude - metros em relação ao nível do mar	580
Latitude	-23,02260 S
Longitude	-45,55322 W
Ano da criação do município	1650
Fonte: DAGD/MS - IBGE - Ministério do Desenvolvimento Agrário	

A Tabela 18 apresenta os dados Territoriais da cidade Taubaté –SP segundo dados do IBGE no ano de 2008.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos da cidade de Taubaté interior paulista. Os hospitais envolvidos na pesquisa estão cadastrados no banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), cabe salientar que os hospitais envolvidos na pesquisa são referência em certas especialidades na região do Vale do Paraíba Paulista, que é composta por 39 cidades. Os Hospitais objeto desta pesquisa foram tratados de forma categórica como Hospital A e Hospital B.

4.1.1 Caso - Hospital A

O Hospital A, ao mesmo tempo em que propicia atendimento assistencial à população de Taubaté e região, permite também o funcionamento dos diversos cursos da área de Biociências da Universidade “X”. Entidade sem fins lucrativos, conforme resolução 217 de 19 de dezembro de 1996 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS, sendo referência nas especialidades de Obstetrícia, Oftalmologia, Ortopedia, Pediatria e Neonatologia, além de um Hemonúcleo..

Será demonstrado na Tabela 19, o número de internações no período do ano de 2008, nas especialidades médicas ofertadas pelo Hospital A.

Tabela 19 - Hospital A - Internações do ano de 2008 de acordo com as especialidades médicas.

Especialidade	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirúrgico	75	154	277	255	323	244	259	231	231	234	248	202	2.733
Obstétricos	161	191	101	202	277	149	220	163	132	153	172	172	2.093
Clínico	75	51	72	47	84	58	71	69	77	83	66	71	824
Pediátricos	44	30	51	51	45	70	66	80	76	63	54	42	672
Total	355	426	501	555	729	521	616	543	516	533	540	487	6.322

Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

Verificou-se que o Hospital A, no ano de 2008, obteve uma oscilação no número de internações, chegando ao seu pico máximo no mês de maio, realizando

729 internações; sendo que no mês de férias de verão, ou seja, janeiro, chegou ao menor número com 355 internações. Pode-se observar que o Hospital A tem uma grande especificidade nas internações cirúrgicas e obstétricas, que juntas respondem por cerca de 76% das internações.

O hospital A, caracterizado como hospital de ensino, com cerca de 150 leitos e 900 funcionários, tem uma relação funcionário por leito de 6,0 sendo que, em estudo realizado por Zucchi e Bittar (2002), em instituições semelhantes, essa relação variou de 5,4 a 9,4, fato que coloca a referida Instituição dentro da variação encontrada na literatura.

A Tabela 20 demonstra o número de internações por grupos no ano de 2008.

Tabela 20 - Hospital A - Internações de acordo com os grupos ano de 2008.

GRUPOS DOS PROCEDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	270	217	220	275	332	226	279	280	225	269	255	253	3.101
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	23	16	38	45	39	29	62	66	32	42	48	27	467
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	116	88	114	106	144	122	126	115	127	135	111	129	1.433
Tratamento em nefrologia	10	3	11	4	7	1	7	13	10	7	4	8	85
Tratam lesões, envenenam, out, decor causas ex	3	0	4	1	4	1	2	2	0	2	4	0	23
Parto e nascimento	118	110	53	119	138	73	82	84	56	83	88	89	1.093
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	85	209	281	279	397	295	337	263	290	264	285	234	3.219
Peq cirurg e cirurg pele, tec subcut mucosa	0	1	4	4	2	1	2	5	2	1	1	0	23
Cirurgia de glândulas endócrinas	0	0	0	2	1	2	2	1	2	3	2	1	16
Cirurgia do sistema nervoso central e perif	0	0	0	2	3	0	2	1	3	0	1	0	12
Cirurgia vias aéreas super, cabeça pescoço	0	11	15	10	15	21	14	16	15	16	15	11	159
Cirurgia do aparelho da visão	3	5	8	6	21	10	3	8	10	10	8	10	102
Cirurgia do aparelho circulatório	0	1	3	1	4	5	3	2	2	3	1	2	27
Cirurgia apar digest órgãos anex parede abd	14	43	63	50	63	62	49	42	46	40	60	59	591
Cirurgia do sistema osteomuscular	2	44	98	87	111	84	99	69	80	77	84	53	888
Cirurgia do aparelho geniturinário	1	29	27	43	62	45	43	40	59	53	45	36	483
Cirurgia de mama	0	0	1	1	1	3	1	0	1	2	3	1	14
Cirurgia obstétrica	64	72	55	62	107	57	114	71	65	53	59	57	836
Cirurgia torácica	1	2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	23
Cirurgia reparadora	0	0	2	4	2	1	0	2	1	2	3	2	19
Cirurgia oro-facial	0	1	2	5	2	1	4	3	1	2	1	0	22
Outras cirurgias	0	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	4
Total	355	426	501	555	729	521	616	543	516	533	540	487	6.322

Fonte: Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

Pode-se verificar que o Hospital A atende várias especialidades, sendo que os tratamentos osteomusculares, relacionados às cirurgias ortopédicas, às cirurgias obstétricas e aos tratamentos clínicos de outras áreas respondem por mais 50% das internações. Vale ressaltar que o Hospital A atende as cirurgias oftalmológicas, e as necessidades de bolsa de sangue, sendo referência para todo o Vale do Paraíba Paulista.

4.1.2 Caso - Hospital B

O Hospital B, entidade filantrópica de utilidade federal, estadual e municipal fundada em maio de 1975. Qualificada como Organização Social pelo governo do Estado de São Paulo.

Os serviços oferecidos pelo Hospital B inclui Pronto-Atendimento, UTI geral e cardiológica, exames clínicos e diagnósticos por imagem, além de serviço de hemodinâmica 24 horas. A instituição é referência no atendimento a casos de média e alta complexidades, com destaque para as especialidades de traumatologia-ortopedia, neurocirurgia, oncologia, cirurgia cardíaca, hemodinâmica e cardiologia intervencionista.

Com relação ao Hospital B, a Tabela 21, demonstra que o número de internações no ano de 2008, estão compreendidos em duas especialidades, diferente do Hospital A que compreende quatro especialidades, o que caracteriza uma especificidade para as especialidades cirúrgicas e clínica. Cabe ressaltar que o Hospital B, conta com cerca de 950 funcionários, e possui 184 leitos, tendo uma relação de 5,16 funcionários por leito.

Para Zucchi e Bittar (2002), em 1992, no Brasil essa relação variava de 4,0 a 9,0 nos hospitais públicos, sendo que no Japão essa relação era de 1,0 a 1,4 funcionários por leito no ano de 1989. A relação funcionário por leito do Hospital B se encontra dentro dos parâmetros nacionais, portanto se comparado com o Japão, essa relação é superior.

Tabela 21- HOSPITAL B - Internações de acordo com a especialidade ano de 2008.

ESPECIALIDADE	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Cirúrgico	372	358	342	423	289	451	368	421	499	350	511	279	4.663
Clínico	110	107	96	111	103	147	98	137	141	119	130	123	1.422
Total	482	465	438	534	392	598	466	558	640	469	641	402	6.085

Fonte: Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

No ano de 2008, o Hospital B, apresentou um número de internações bem próximo do Hospital A, na sua totalidade de internações, ainda que este trabalho não tenha o propósito de compará-los. O pico máximo aconteceu no mês de novembro com 641 internações e mínimo no mês de maio com 392 internações. Ficou evidenciado que às internações cirúrgicas respondem por cerca 76% das internações.

Tabela 22- HOSPITAL B - Internações de acordo com grupo ano de 2008.

GRUPOS DE PROCEDIMENTOS	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
PROCEDIMENTOS CLÍNICOS	111	107	96	112	103	147	99	137	141	119	130	123	1.425
Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	2	3	2	3	1	5	5	5	2	4	2	2	36
Tratamentos clínicos (outras especialidades)	59	76	62	65	70	97	60	100	96	69	68	73	895
Tratamento em oncologia	41	24	31	33	28	32	28	28	34	34	38	35	386
Tratamento em nefrologia	8	3	1	5	2	13	6	3	3	8	19	10	81
Tratam lesões, envenenam, out,decor causas ex	1	1	0	6	2	0	0	1	6	4	3	3	27
PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	371	357	342	421	289	451	367	421	499	349	510	279	4.656
Peq cirurg e cirurg pele,tec subcut mucosa	3	3	0	3	4	4	4	4	6	4	3	2	40
Cirurgia de glândulas endócrinas	1	1	2	6	0	5	2	2	4	2	0	1	26
Cirurgia do sistema nervoso central e perif	15	16	9	15	7	17	20	14	22	15	23	16	189
Cirurgia vias aéreas super,cabeça pescoço	3	5	3	5	2	7	10	14	13	5	9	3	79
Cirurgia do aparelho da visão	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	6
Cirurgia do aparelho circulatório	91	71	99	70	66	108	80	92	125	86	135	63	1.086
Cirurgia apar digest órgãos anex parede abd	69	87	85	90	76	79	72	91	105	64	85	48	951
Cirurgia do sistema osteomuscular	68	56	43	74	42	69	61	66	74	47	72	55	727
Cirurgia do aparelho geniturinário	15	14	14	16	12	20	14	18	27	18	16	12	196
Cirurgia de mama	10	11	7	22	14	15	8	14	20	14	23	13	171
Cirurgia torácica	4	4	5	4	2	3	8	6	5	3	9	1	54
Cirurgia reparadora	3	0	0	1	3	4	0	1	1	5	3	1	22
Cirurgia oro-facial	2	5	1	7	3	5	2	1	5	9	11	4	55
Outras cirurgias	21	31	41	54	23	77	46	59	60	38	83	43	576
Cirurgia em oncologia	65	53	33	52	32	38	40	39	32	39	38	17	478
Total	482	465	438	534	392	598	466	558	640	469	641	402	6.085

Fonte: Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

Verificou-se que o Hospital B, atende várias especialidades médicas, sendo referência para todo o Vale do Paraíba Paulista nas especialidades relacionadas às cirurgias do aparelho circulatório, aparelho digestivo e genito-urinário que juntos respondem por cerca de 45% das internações. Cabe salientar que o Hospital B atende às cirurgias de oncologia e neurocirurgias.

A Tabela 23 apresenta a prática do número de internações hospitalares somados os números de internações dos hospitais A e B, utilizando a plataforma cálculo, baseada na Portaria 1101/GM, ajustada para a população de Taubaté – SP, onde as internações “exclusivamente SUS”, equivalem a cerca 70% da população total utilizada, ou seja, 273.426 habitantes (IBGE, 2009).

Tabela 23- Prática do número de internações hospitalares no hospital A no ano de 2008.

Número de Internações Hospitalares Esperadas		População Total	"Exclusivamente SUS"	Realizado	Deficit = não atende	Resultados encontrados
Especialidade	Parâmetro			Hospital A	Superavit = atende	
Cirúrgica	(Pop.x 0,08) x 20%	4.375	3.099	2.733	4.297	Déficit
Clinica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%	7.218	5.114	824	-2.868	Déficit
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%	175	124	0	-124	Déficit
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%	4.429	3.138	2.093	-1.045	Déficit
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%	3.281	2.325	672	-1.653	Déficit
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%	766	542	0	-542	Déficit
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%	236	167	0	-167	Déficit
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%	28	20	0	-20	Déficit
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%	1.365	967	0	-967	Déficit
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%	109	77	0	-77	Déficit

Fonte: Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

A Tabela 23 demonstra os dados da oferta de leitos hospitalares do Hospital A, em comparação com os parâmetros da Portaria 1101/GM, não atenderam aos parâmetros recomendados pela Portaria nas especialidades Cirúrgica, Médica, Obstétrica e Pediátrica, sendo que nas especialidades Pediátricas e Obstétricas no ano de 2008, o Hospital A era responsável por toda a demanda SUS na cidade de Taubaté.

A Tabela 24 demonstra os dados referente a oferta de leitos hospitalares no hospital B.

Tabela 24 - Prática do número de internações hospitalares no hospital B no ano de 2008.

Número de Internações Hospitalares Esperadas		População Total	"Exclusivamente SUS"	Realizado	Deficit = não atende	Resultados encontrados
Especialidade	Parâmetro			Hospital B	Superavit = atende	
Cirúrgica	(Pop.x 0,08) x 20%	4.375	3.099	4.663	4.297	Superavit
Clinica Médica	(Pop.x 0,08) x 33%	7.218	5.114	1.422	-2.868	Déficit
Cuidados Prolongados (crônicos)	(Pop.x 0,08) x 0,80%	175	124	0	-124	Déficit
Obstétrica	(Pop.x 0,08) x 20,25%	4.429	3.138	0	-1.045	Déficit
Pediátrica	(Pop.x 0,08) x 15%	3.281	2.325	0	-1.653	Déficit
Psiquiátrica	(Pop.x 0,08) x 3,50%	766	542	0	-542	Déficit
Reabilitação	(Pop.x 0,08) x 1,08%	236	167	0	-167	Déficit
Tisiologia	(Pop.x 0,08) x 0,13%	28	20	0	-20	Déficit
Fator de Ajuste *	(pop.x 0,08) x 6,24%	1.365	967	0	-967	Déficit
Psiquiatria Hospital Dia	(Pop.x 0,08) x 0,50%	109	77	0	-77	Déficit

Fonte: Fonte: DRS XVII - Diretoria Regional de Saúde de Taubaté – São Paulo, 2009

Conforme os dados da Tabela 24, verificou-se que o Hospital B atende aos parâmetros da Portaria 1101/GM, na especialidade Cirúrgica, sendo que não atende ao preconizado na referida Portaria na especialidade de Clínica Médica, ressaltado que o Hospital B é responsável parcialmente pela demanda de leitos hospitalares nas especialidades operacionalizadas, haja vista que não é o único hospital situado na cidade de Taubaté.

4.2 DISCUSSÃO TEÓRICA

Verificou-se que as internações hospitalares nos hospitais A e B, não atendem os parâmetros preconizados pela Portaria 1101/GM na maioria das especialidades, salvo na especialidade cirúrgica, que é superavitária, no Hospital B, conforme demonstrado nas tabelas acima. O número de internações refere-se ao número de pacientes internados, que não é compatível com o número de altas hospitalares – que caracteriza a saída no paciente/cliente do leito hospitalar.

Os resultados foram tratados por meio de planilha Excel, adaptados e baseados na Portaria 1101/GM, fornecida pelo Departamento de Saúde de Taubaté, conforme já citada nesta pesquisa. As internações realizadas na especialidade cirúrgica, somados os hospitais A e B foram de 7.396 internações, sendo que o preconizado pela Portaria 1101/GM é de 4.297, sendo, portanto, superavitária.

Verificou-se, que, as especialidades de Psiquiatria, Reabilitação, Tisiologia e Psiquiatria/dia, não fazem parte do portfólio dos hospitais, no que diz respeito às internações, evidenciando uma grande lacuna, em face da complexidade da organização hospitalar. Como já citado nesta pesquisa, para Lucchese (2003), o crescimento populacional cria uma lacuna pseudo-permanente, seja na oferta de serviços habituais, seja na oferta de serviços em novas especialidades.

O objetivo de tratamento de um hospital pode ser alcançado admitindo todo o tipo de tratamento (ETZIONI, 1980). Conforme já citado no texto, devido à pluralidade de segmentações de um hospital, há a dificuldade de se estabelecer padrões que facilitem o seu funcionamento (BITTAR, 2004). A garantia de acesso à internação hospitalar para todo o usuário, caracteriza-se como o maior desafio para a gestão da Saúde (SAPATA, 2006).

4.3 ESPECIALIDADES ATENDIDAS NOS HOSPITAIS A E B

4.3.1 Especialidade Cirúrgica

Diante dos dados obtidos para análise, a especialidade cirúrgica no que tange o número de internações hospitalares esperadas, atende ao preconizado pela Portaria nº1101/GM em sua plenitude, sendo que, para esta especialidade há uma oportunidade de gestão, podendo ser revisto o número de internações pactuadas, pois há um superávit considerável para esta especialidade.

Conforme já citado nessa pesquisa a definição de metas e o estabelecimento de objetivos pelos gestores, são práticas que precisam ser definidas formalmente, pois um hospital de referência atenderá somente pacientes de especialidades de sua competência, pois o estabelecimento e a prioridade de um objetivo e detrimento de outro reduz as conseqüências dos problemas embora não o elimine (1980).

4.3.2 Clínica Médica

Para esta especialidade médica, os resultados obtidos na prática de internação hospitalar não atende a Portaria 1101/GM, cumprindo apenas cerca de 50% dos parâmetros recomendados pela referida Portaria. Verificou-se que, na especialidade de Clínica Médica, requer iniciativas e metodologias para a modificação do quadro, exigindo de todos os envolvidos no processo.

Para Morin (2004), a construção interdisciplinar do saber requer iniciativas inovadoras em práticas e metodologias, dedicadas ao enfrentamento da compreensão complexa dos problemas do mundo contemporâneo.

4.3.3 Cuidados Prolongados (crônicos)

Para esta especialidade médica, não houve internações segundo os dados obtidos, salientando que a Portaria 1101/GM, estabelece como parâmetro 124 internações.

4.3.4 Obstétrica

Para essa especialidade médica, os resultados obtidos na prática de internação hospitalar não atende a Portaria 1101/GM, cumprindo apenas cerca de 66% dos parâmetros recomendados pela referida Portaria.

4.3.5 Pediátrica

Para essa especialidade médica, os resultados obtidos na prática de internação hospitalar não atende a Portaria 1101/GM, cumprindo apenas cerca de 28% dos parâmetros recomendados pela referida Portaria.

4.3.6 Psiquiátrica

Para essa especialidade médica, não houve internações segundo os dados obtidos, salientando que a Portaria 1101/GM, estabelece como parâmetro 542 internações.

4.3.7 Reabilitação

Para essa especialidade médica, não houve internações segundo os dados obtidos, salientando que a Portaria 1101/GM, estabelece como parâmetro 167 internações.

4.3.8 Tisiologia

Para essa especialidade médica, não houve internações segundo os dados obtidos, salientando que a Portaria 1101/GM, estabelece como parâmetro 20 internações.

4.3.9 Fator de Ajuste *

O fator de ajuste estabelecido pela Portaria é 967 internações.

4.3.10 Psiquiatria Hospital Dia

Para essa especialidade médica, não houve internações segundo os dados obtidos, salientando que a Portaria 1101/GM, estabelece como parâmetro 77 internações.

4.4 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

Foi entrevistado um diretor técnico e um diretor administrativo de dois hospitais públicos da cidade de Taubaté - SP, para examinar a prática da oferta de leitos hospitalares. De acordo com os dados coletados quando questionados como é calculada a oferta de leitos hospitalares nos respectivos hospitais, os sujeitos responderam:

“O número de leitos foi estabelecido na POA – Plano operativo anual – que se iniciou em 1983, porém antes da elaboração da Portaria 1101. Hoje é de acordo com a demanda e de acordos pactuados/contratualizados junto ao SUS” (1/A).

“É calculada de acordo com o item 3.2 da Portaria 1101” (2/A).

“É calculada de acordo a Portaria 1101” (3/B).

“O Hospital B, não oferta leitos, e sim faz a adequação da oferta de acordo com a demanda existente. Há a disponibilização percentual de leitos por especialidade, onde ocorre a transferência de acordo com a necessidade situacional” (4/B).

Pode-se observar que de acordo com as respostas dos sujeitos do hospital A, ainda que a fala diverge em sua redação, verificou-se que, o hospital segue os parâmetros da Portaria 1101/GM, e, em relação ao hospital B, houve divergência entre as respostas, não identificando um resultado significativo.

Os dados corroboram conforme citado nesta pesquisa, em que, Monteiro e Indriunas (2007), que não existe um modelo de oferta de Saúde no Mundo, pois difere de país para país, desenvolvidos ou não. Quando questionados sobre quais variáveis utilizadas, os sujeitos responderam que:

“Esses números foram introduzidos na “montagem” do hospital, de acordo com o Ensino, baseados na época no curso de medicina, hoje são ajustados de acordo com a Portaria 1101” (1/A).

“É utilizado somente o fator reajuste conforme a Portaria 1101, aumento de 20 % nos leitos de referência, nas especialidades elegidas” (2/A).

“É reajustado de acordo com a demanda, onde é disponibilizado um percentual de acordo com a especialidade, e é ajustado de acordo com o fator de ajuste da Portaria 1101” (3/B).

“Ocorre o ajuste entre a oferta versus demanda, com a utilização de leitos disponibilizados por outras especialidades” (4/B).

Ficou evidenciado diante das respostas dos sujeitos que o hospital A que seguem os parâmetros pactuados, ainda que a fala relate a utilização da Portaria 1101, verificou-se que nenhum dos gestores possuía a referida Portaria, portanto foi apresentado aos sujeitos juntamente com as perguntas uma cópia da Portaria 1101/GM. De acordo com os sujeitos do hospital B, ficou evidenciado que o ajuste é conforme a demanda por especialidades, sendo utilizado os parâmetros da Portaria 1101 parcialmente, caracterizando divergência entre as respostas.

Há evidências ao longo desta dissertação, que inter-relaciona os resultados obtidos, “a Portaria 1101/GM, estima a necessidade de leitos hospitalares, com base na série histórica e percentual de internações programadas pelo gestor, que relaciona os dados referentes à população, à taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência, de acordo com a especialidade médica (MS, 2002)”.

Observa-se que a disponibilidade de indicadores com dados precisos são essenciais para apoiar as decisões dos gestores, pois facilitará o planejamento de forma objetiva e precisa na tomada de decisões, conforme já citado neste trabalho (OPAS, 2008).

Quando questionados os sujeitos se a forma de cálculo atual atende às necessidades de internações, obtiveram-se as seguintes respostas:

“De forma geral atende, pois ocorre uma demanda reprimida, onde na área da saúde sempre há demanda, o que dificulta é o acesso aos serviços e atendimento” (1/A).

“Sim, atende” (2/A).

“Sim, salvo UTI – Unidade de terapia intensiva” (3/B).

“Não atende” (4/B).

Ainda que de forma geral quase todos os gestores responderam que a oferta de leitos hospitalares nos hospitais públicos de Taubaté atende à demanda, salvo um sujeito que respondeu que não atende. Verificou-se que há uma demanda reprimida conforme a resposta do “sujeito 1/A”. As respostas dos sujeitos, conforme já citado nesta pesquisa, pode ser verificada nas Normas regulatórias para minimizar e garantir o acesso do cidadão à saúde que NOAS/01 definiu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, de forma a garantir o acesso aos cidadãos, otimizando os recursos disponíveis (SÃO PAULO, 2008).

E, ainda, conforme descrito ao longo desta pesquisa, o Pacto de Saúde preza por princípios que buscam: qualificar o acesso ao direito humano à saúde, redefinir instrumentos de regulação, programação e avaliação (SCHNEIDER et al, 2007). Quando questionados sobre quais são os gargalos verificados na prática de internações, os mesmos responderam que:

“Os maiores gargalos ocorrem na Clínica Médica (pneumonia, diabetes, AVC – Aneurisma vascular cerebral), além das especialidades de referência como Ortopedia, ginecologia e obstetrícia, neo natal e UTI)” (1/A).

“Os gargalos ocorrem na área cirúrgica principalmente em Neurocirurgia e Ortopedia” (2/A).

“UTI, pois a região não consegue atender seus pacientes, mas em alguns casos os pacientes precisam aguardar” (3/B).

“A demanda é maior que a oferta e, ainda, há a dificuldade de previsão de alta, fatores esses que acabam gerando gargalos, pois em muitos casos os pacientes não podem esperar” (4/B).

De acordo com as respostas dos gestores do Hospital A, houve divergência nas respostas com relação às especialidades com maiores índices de demanda, pois ainda que foi relatado gargalos nas especialidades mencionadas, com relação à prática, conforme a tabela 24, o hospital A não atendeu aos parâmetros da Portaria 1101/GM. Com relação ao Hospital B, também houve divergência entre os gestores, não sendo unânimes nas especialidades problemáticas (gargalos), sendo que a prática demonstra o não atendimento integral da Portaria 1101/GM, pois houve o pleno atendimento somente na especialidade Cirúrgica conforme tabela 25.

Cabe ressaltar que, conforme já citado nessa pesquisa, os referidos parâmetros de cobertura para assistência hospitalar compreendem as quatro clínicas básicas: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Clínica Cirúrgica (MS, 2002). Os sujeitos foram questionados sobre como são solucionados esses gargalos, e responderam que:

“Na maioria dos casos é solucionado com o remanejamento de leitos” (1/A).

“Com o aumento de 20% (fator de reajuste da Portaria 1101), nas especialidades elegidas que tem demanda maior que a oferta” (2/A).

“Em muitos casos os pacientes ficam aguardando, o que é realizado é a otimização do tratamento para diminuir o tempo de permanência no leito” (3/B).

“Há uma interlocução entre o serviço social, enfermagem e recepção, onde é planejado a internação, a alta dos pacientes juntamente com os setores envolvidos e os familiares, para que haja uma sincronização dos fatos” (4/B).

De acordo com os sujeitos do Hospital A, houve divergência nas respostas, sendo que conforme já citado neste trabalho a Portaria 1101/GM, estima a necessidade de leitos hospitalares, com base na série histórica e percentual de internações programadas pelo gestor que relaciona os dados referente à população, à taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de acordo com a especialidade médica (MS, 2002).

Em relação a pergunta se a Instituição adotava as orientações da Portaria 1.101/ GM, as repostas foram unânimes, todos os sujeitos responderam que sim. Mesmo havendo uma resposta unânime com relação ao uso da Portaria 1101/GM, verificou-se que nenhum gestor possuía a referida Portaria o que evidencia indícios que os gestores realizam as adequações conforme a demanda por especialidades médicas.

Foi questionado se caso não utilizasse a Portaria 1.101/ GM, quais seriam as razões, mas não houve respostas, uma vez que todos responderam que utilizavam. Os sujeitos foram questionados de como avaliavam a capacidade do sistema atual em atender a procura por leitos hospitalares, e responderam que:

“A capacidade atual de leitos não atende a procura de leitos por ser um hospital regional e não municipal. Uma forma de solucionar o problema seria a criação de um hospital municipal” (1/A).

“O sistema atual é carente de análises de internações nos hospitais do Estado e mesmo dos hospitais de atenção terciária, pois estes não deveriam atender a média complexidade, que seria direcionada aos hospitais de ensino” (2/A).

“Na maioria dos casos o sistema atende, o Hospital B é um hospital terciário, que foca principalmente a média e alta complexidade, o que precisa na cidade de Taubaté é um hospital municipal para atender às necessidades primárias ou baixa complexidade. Há a necessidade de aumentar o número de leitos de UTI na região, para não canalizar para Taubaté” (3/B).

“O Hospital B, é um hospital que atende a média e alta complexidade, é referência para os municípios do vale do Paraíba, mas não é um hospital municipal e sim do Estado. Ele precisa atender às necessidades da região nos procedimentos de alta e média complexidade. Existe uma necessidade local, onde a população necessita de um hospital municipal” (4/B).

As respostas dos sujeitos dos hospitais A e B sugerem a criação de um hospital municipal na cidade de Taubaté, haja vista que os mesmos, apesar de estarem fisicamente no município de Taubaté, são utilizados por todos os municípios do Vale do Paraíba paulista, ou seja, por 39 municípios. Conforme verificado nesta pesquisa, com os resultados dos respectivos hospitais, salvo a especialidade cirúrgica que atende aos parâmetros da Portaria 1101/GM, as especialidades de Clínica Médica, Obstétrica e Pediátrica não atendem ao preconizado na referida Portaria.

Como já citado nesse trabalho, verificou-se que gestão da Saúde Pública é, de fato, um tema bastante complexo. Alguns fatores contribuem para isso, como a imprevisibilidade de ocorrências em que os números de atendimentos de emergência, procedimentos cirúrgicos e internações, inclusive em Unidades de Terapia Intensiva, recebem grande e indesejável contribuição da violência urbana e doméstica, o que torna o desafio do atendimento médico-hospitalar ainda mais crítico. (BRASIL, 2006).

Ainda, novamente, as competências do gestor são cada vez mais importantes nos resultados na instituição hospitalar, pois a celeridade do desenvolvimento da medicina como ciência pressiona cada vez mais a gestão hospitalar pública no sentido de aprimorar, modernizar e agilizar suas atividades para atender a demanda crescente da população (GONCALVES, 2006).

Face aos resultados, verificaram-se que, salvo a especialidade cirúrgica, que atende em sua plenitude a Portaria 1101/GM, as outras especialidades não atenderam aos parâmetros estabelecidos.

Com relação à Organização Mundial de Saúde, verificou-se que, o órgão não estabelece parâmetros ou modelos padronizados, mas sim, regulamenta a saúde no Mundo, e delega, descentraliza hierarquicamente aos respectivos órgãos reguladores, tais quais, OPAS, MS e SES, DIRS – Diretorias Regionais de Saúde – e Secretarias municipais de Saúde, que estabelecem os parâmetros pactuados a serem cumpridos. Diante dos dados de outros países, verificou-se, que, há uma diferença considerável entre os países de vários continentes, o que pode caracterizar um parâmetro simplista de benchmarking (BITTAR, 2001).

Os hospitais objeto desta pesquisa, no que se refere ao número de funcionários por leito, têm uma relação de 5,16 e 6,0 funcionários por leito, o que

caracteriza um índice superior ao encontrado na literatura, salvo por hospitais de ensino que prevê uma relação de 5,4 a 9,0 funcionários por leito (ZUCCHI, BITTAR, 2002).

5 CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, verificou-se que, devido à célere transição socioeconômica, demográfica e epidemiológica, somados ao envelhecimento da população, recrudescerá a demanda por serviços de saúde, aumentando sobremaneira a pressão por investimentos financeiros nesse setor. Diante dos estudos e da literatura pesquisada, ficou evidente que há oportunidades de melhoria na gestão dos recursos destinados à saúde.

Ao passo que o avanço tecnológico aponta para uma melhoria no auxílio diagnóstico de diversas patologias, melhorando o estado de saúde e aumentando a expectativa de vida das pessoas, caminhando para uma população mais longeva. Diametralmente oposta, a taxa de natalidade diminuiu consideravelmente na última década, fatores esses que precisam ser estudados e planejados para minimizar uma problemática aparente.

Há oportunidades de gestão no sistema hospitalar, por meio de ações intervencionistas que precisam ser realizadas precocemente, com mais ênfase e em maior escala, tais como o aumento dos programas de saúde da família (PSF), com treinamentos programados e monitorados, com a criação de mecanismos e ferramentas capazes de mensurar tais serviços, como acontece com a ONA, em hospitais.

Diante da literatura pesquisada, verificou-se que há a necessidade de estabelecer indicadores em todos os segmentos da área da Saúde Pública, o que possibilitará uma intervenção precisa, ajustes eficientes por meio de profissionais híbridos, multiprofissionais, multifuncionais, capazes intervir, inter-relacionar com outras áreas do conhecimento, favorecendo uma solução de continuidade no âmbito da saúde, com desenvolvimento sustentável.

Para Morin (2004), a construção interdisciplinar do saber requer iniciativas inovadoras em práticas e metodologias, dedicadas ao enfrentamento da compreensão complexa dos problemas do mundo contemporâneo. Os gastos no setor hospitalar consomem uma fatia significativa do PIB Nacional, e grande parte gasta de forma inadequada, ou seja, no tratamento da doença, na maioria dos casos, doenças crônicas, ao passo que grande parte desses gastos deveria ser

empregada de forma preventiva, evitando gastos desnecessários futuros, pois as doenças crônicas consomem recursos por longos períodos, onerando os custos com tratamentos.

As possibilidades de ações dos gestores são muitas, mas para isso, há a necessidade de profissionais capacitados, gestores com visão sistêmica, complexa, articulando todas as áreas de um hospital, buscando um único produto, que é a saúde do cliente, com qualidade, no menor custo, com o menor tempo de tratamento.

Diante dos resultados encontrados verificou-se que, os hospitais públicos de Taubaté não atendem aos parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 1101/GM em sua plenitude, face às especialidades médicas. Ficou evidenciado que há lacunas e oportunidades de melhoria na gestão da saúde pública da cidade de Taubaté. Ainda que existam parâmetros norteadores sobre a oferta de leitos hospitalares no Brasil, pré-estabelecidos burocraticamente, conforme a Portaria MS 1101/GM, esse trabalho evidenciou que os hospitais públicos da cidade de Taubaté – SP adotam metodologias alternativas, de acordo com a demanda existente.

Face às evidências encontradas ao longo desta pesquisa, relacionadas ao avanço tecnológico, competência dos gestores administrativos, urbanização acelerada, envelhecimento da população, custos e gastos hospitalares e a oferta de leitos hospitalares, verificou-se que a análise ou a avaliação de hospitais, especialmente os hospitais públicos, é tarefa árdua e complexa. A literatura oferece pouca orientação a respeito de metodologias adequadas.

A restrição, a limitação de dados disponíveis para pesquisa, foram fatores que prejudicaram a profundidade deste estudo, visto que, boa parte dos estudos sobre a oferta de leitos hospitalares e sistema de saúde vem dos Estados Unidos e países europeus, cujo às realidades são proporcionalmente diferentes de países de média e baixa renda, com recursos limitados para a saúde, que é o caso do Brasil.

A questão da qualidade nos hospitais brasileiros, como apresentados é muito importante para a melhoria do sistema e inflexão da curva de gastos com saúde no Brasil, que equivale a 8,2 % do PIB. A coleta de dados sistemáticos sobre serviços prestados pelos hospitais e a criação de uma base histórica, pode ser utilizado para comparações com outros hospitais, e, aferir sua eficiência, qualificando e motivando o setor hospitalar.

A precariedade de informações úteis a respeito da qualidade, eficiência e custo dos serviços hospitalares, está no cerne dos problemas mencionados nesta pesquisa. Este trabalho pretende contribuir para os gestores hospitalares, e proporcionar uma base para novos trabalhos, com análises aprofundadas, em partes, deste tema complexo, que é a organização hospitalar. As sugestões para novos trabalhos consistem em ampliar o escopo da pesquisa para todos os hospitais públicos e privados da região, examinando leitos de internação em especialidades de referência.

REFERÊNCIAS

ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. 2001. 139 f. Dissertação (Mestrado) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://www.gea.org.br/scf/ABC%20para%20hospitais.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2009.

ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. Acreditação: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 335-6, 2004.

ALMEIDA, C. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 346- 369, 2003.

AMAZONAS, E. **A Hotelaria no Mundo**. Disponível em: http://www.servcom.com.br/noticias.php?cod_news=292. Acesso em: 27 jul.2010.

ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 3-27, mar.

APE. Assessoria de Pesquisas Econômicas. Rio de Janeiro: Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro, 2005. (Série Quanto Custa). Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/data/pages/2C908CE9215B0DC4012163695093205F.htm>>. Acesso em: 3 fev. 2010.

BITTAR, O. J. N. V. Cultura e qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004.

_____. **Hospital: Qualidade e Produtividade**. São Paulo : Sarvier, 1997. 137p.

_____. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, jul-set, 2001.

_____; NOGUEIRA, V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996.

BOEGER, M.A.. **Gestão em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

_____. **Um modelo de gestão para novo cliente de saúde**. Disponível em : <www.saudebusiness.com.br/noticias/index.asp?cod=29272>. Acesso em: 12 set. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília : CONASS, 2006. 164p.

_____. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde
Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional n.º 29/2000. Brasília : Ministério da Saúde, 2001. (Série J. Cadernos; n. 4: Cadernos de Economia da Saúde1).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 312 de 02 de maio de 2002b**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM de 12 junho de 2002a**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM**. Legislação Básica do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002. Disponível em:

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica veio para ficar, diz temporão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de**

saúde no Brasil. Brasília : Ministério da Saúde, 2006. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de informações de mortalidade: 1979-1993.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 24 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de legislação de saúde.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-312.htm>>. Acesso em: 12 fev. 2009.

CALIL, S. J. Análise do setor de saúde no Brasil na área de equipamentos médico-hospitalares. In: NEGRI, B.; DI GIOVANI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 91.

CALVO, M. C. M.; LAPA, J. dos S. **Eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no SUS.** 2005. Disponível em: <<http://www.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa18/1.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2009.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____.; RATES, S. M. M. Segredos e impasses na gestão de um hospital público. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 279-283, 2008.

CARVALHEIRO, J. R. Epidemias em escala mundial e no Brasil. **Revista de Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 17-27, 2008.

CARVALHO, J. A. M. de; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

COUTO, R. C; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: acreditação e gestão em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DEAN, A. G. et al. Microcomputers and the future of epidemiology. **Public Health Reports in Brief**, Atlanta, v. 109, n. 3, p. 439-441, May-June. 1994.

DOENÇAS do Brasil. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/doencas/>>. Acesso em: 30 ago. 2009.

ETZIONI, A. **Organizações Complexas**. 6. ed. São Paulo: Pioneira. 1980. 190 p.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 213-9, 2005.

GEYMAN, J. P. Beyond a dying private health insurance industry: a hidden solution in plain view. **Medscape Journal Medicine**, v. 10, n. 12, p. 279, 2008.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas. 2006. 175p.

GONÇALVES, E. L. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1989. 228p.

_____. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

_____. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v.38, n.1, p. 80-90, Jan./Mar.1998

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Análise de alguns indicadores da pesquisa**: estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. 2002. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/comentarios.pdf>. Acesso em: 14 set. 2008.

_____. **Análise de alguns indicadores da pesquisa**: estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/comentarios.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2009.

_____. **Estatísticas do século XX**. Brasília: IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092003estatisticasecxhtml.shtml#sub_download>. Acesso em: 11 jun. 2009.

_____. Departamento População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/defaulttab.shtm>. Acesso em: 23 jan. 2009.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**: revisão 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm. Acesso em: 2 abr. 2009.

_____. **Escassez e fartura**: distribuição da oferta de equipamentos de diagnóstico por imagem no Brasil: indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. 2009. Acesso em: 10 ago. 2009.

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA E APLICADA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em: 2 abr. 2009.

JAPIASSU, H. F. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Imago, 1976.

JORGE, A. O. **A gestão hospitalar sob a Perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

LA FORGIA, G. M.; COUTTLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. 496p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 312p.

LAUGENI, F. P.; MARTINS, P. G. **Administração da produção**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2005. 562 p.

LEWELYN-DAVIES, R.; MACAULAY, H. M. C. **Planificación y administración de hospitales**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1969. (OPAS- Publ.cient., 191).

MALAGÓN-LONDONO, G.; MOREIRA, G. R.; LAVERDE, P. G. **Administração hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. 473 p.

LUCCHESE, P. T. R. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

MACHADO, A. M. O. Doenças crônicas. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 42, n. 1, fev. 2006.

MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência da qualidade e cultura das organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 32-41, 1992.

MANZO, B. F. **O processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. 2009. 98f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Programas sociais: efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MELLO, M. H. P. J.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. de. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MENDES, E. V. **O dilema do SUS**. Disponível em: <<http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/ArtigoEugenioVilacaDilemaSUS.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2010.

MENEZES, E. M.; SILVA E. L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. at. Florianópolis: UFSC, 2001. 121p.

MONTEIRO, C.; INDRIUNAS, L. **HowStuffWorks**: como funciona o SUS - Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/sus.htm>>. Acesso em: 22 set. 2009.

MORAES, O. D.; CÂNDIDO, I.; VIEIRA, E. V. **Hotelaria hospitalar**: um novo conceito no atendimento ao cliente da saúde. Porto Alegre: EDUCS, 2004. 241p.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma. Reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade.** A reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRRN, 2000.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas de qualidade em saúde.** São Paulo: Qualitmark, 1994, 155p.

NOVAES, H. M., PAGANINI, J. M. **Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil).** Washington :OPAS/OMS, 1994.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The world health report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century:** relatório: um futuro mais seguro.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **O perfil do sistema de serviços de saúde no Brasil.** 2. ed. Brasília: OPAS, 2001.

_____. **Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

_____. **Saúde nas Américas.** Brasília: OPAS, 2007. (Publicação Científica e Técnica, n. 622). Disponível em:

<<http://www.paho.org/hia/archivosvol1/volregionalpor/SNA07%20Regional%20POR%20Cap%202.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

OCDE. ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Les systèmes de santé: a la recherche d'efficacité.** Paris: [s.n], 1990. (Études de Politique Sociale, n. 7).

_____. **Gastos com saúde coloca pressão sobre os orçamentos do governo, segundo a OCDE health data 2010.** Disponível em:

<http://www.oecd.org/home/0,2987,en_2649_201185_1_1_1_1_1,00.html>. Acesso em: 25 ago. 2009.

PADOVEZE, M. C.; CAMPOS, E; R.; LIMA, M. B. B.P. B. A Gestão de qualidade na saúde e o controle de infecção hospitalar. **Prática hospitalar**, v. 1, p. 15-18, 2005.

PELICIONI, M.C.F. **Qualidade de vida das mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro Bela Vista do Município de São Paulo.** 1995. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____ ; IERVOLINO, S.A. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 35, n. 2, p.115-21, jun. 2001.

PIOLA, S. F. et al. Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS). **IPEA**, Brasília, n.1391, p.7-83, fev. 2009. Texto para Discussão n. 1391. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1422.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. Acreditação hospitalar proteção aos usuários dos profissionais e das instituições de saúde. **RAS**, Porto Alegre, v. 3, n. 12, jul-set. 2001.

RANDOLPH, R.M. **A Administração do planejamento**: como tornar realidade uma idéia; tradutor: Atílio Cancian; revisor técnico: Luiz Carlos Teixeira de Freitas. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.

RIPSA. REDE INTER AGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil 2008**. Disponível em:
<http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>. Acesso em: 10 jun. 2008.

RIBAS, E. O. **Avaliação do processo de implantação de um novo modelo de abordagem assistencial nas unidades de internação do Hospital Mãe de Deus**. 2006. 42f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

ROCHA, J. S. Y. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil), **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 9, p. 477-493, 1975.

SANTOS JÚNIOR, J. C. M. dos. **Avaliação médica**: o consumo na medicina e a mercantilização da saúde. **Revista Brasileira de Colo-Proctologia**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p. 70-85, jan./mar. 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Pacto pela Saúde**: plano diretor de regionalização: PDR do Estado de São Paulo 2008. 35p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Sobre a SES**. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/geral_sobre_a_ses.mmp. Acesso em: 15 jan. 2009.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela Saúde possibilidade ou realidade?**. Passo Fundo: IFIBE, 2007. 48p.

SES. Secretaria do Estado da Saúde. Seminário Internacional. **Inovações da Gestão do Setor de Saúde**, 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Saúde, 2007. Disponível em:

<http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Caderno_SES_SP.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2009.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.11, p. 1211-1222, 2007. Suplemento.

SPIGOLON, J. L. A gestão, regulação e responsabilidade sanitária. In: SIMPÓSIO SOBRE POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: [s.n.], 2005.

TARABOULSI, F. A.. **Administração em hotelaria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2003.

TARRIDE, M. I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998. 107p.

TAULIB, D. **Controle de qualidade total: o hospital do futuro, o futuro do hospital**. Rio de Janeiro: Xenon, 1993. 81p.

UGÁ, M. A. D, SANTOS, I. S. Uma análise da progressividade do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1597, ago. 2006.

_____. Ajuste estrutural, governabilidade e democracia. 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, 2003. p. 81-99.

_____.; SANTOS, I. S. **Uma análise da equidade do financiamento sistema de saúde brasileiro: relatório de pesquisa**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2005. Disponível em:

<<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Destaque99.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2009.

_____. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 417- 437, 2003.

_____.; PIOLA, S. F.; PORTO, S. M.; VIANA, S. M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

UNIVERSIA. Por que melhorar a qualidade da saúde no mundo é responsabilidade de todos. Disponível em: <<http://www.wharton.universia.net/index.cfm?fa=printArticle&ID=1804&language=Portuguese>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

VEJA: revista semanal de informações. São Paulo: Abril, n. 9, ano 43, 3 mar. 2009.

VIANA, A. L. D.; MACHADO, C. V. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

VIANNA, C. M. M., CAETANO, R. Avaliações econômicas como um instrumento no processo de incorporação tecnológica em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 747-766, 2005.

WESTPHAL, M. F. O Movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 9-18, 1997.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O. J. N. V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v. 4, n. 5, p. 311-316, 1998.

_____. Funcionários por leito: estudo em hospitais públicos e privados. **Revista de Administração em Saúde**, v. 4, n.14, p.1-7, 2002.

ANEXOS**ANEXO A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa**

PRPPG-Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
Comitê de ética em Pesquisa
Rua Visconde do Rio Branco, 210 Centro Taubaté-SP 12020-040
Tel.: (12) 3625.4143 – 3635.1233 Fax: (12) 3632.2947
cep@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 474/09

Protocolo CEP/UNITAU nº 533/09 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *Oferta de leitos hospitalares em Taubaté: uma análise comparada da prática versus os dispositivos reguladores.*

Pesquisador(a) Responsável: Glauco Henrique Marini

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **11/12/2009**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **aprovado**.

Taubaté, 01 de dezembro de 2009

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robison Baroni', written over a horizontal line.

Prof. Robison Baroni

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté

ANEXO B – Doenças mais frequentes na população.

Doenças do aparelho circulatório	Este tipo de doença faz parte do grupo que mais mata em nosso país. Podemos citar como exemplos: derrame, hipertensão e infarto. São doenças que se desenvolvem no corpo humano em função de componentes genéticos associados ao estilo de vida e hábitos de alimentação. O fumo, a bebida alcoólica, o estilo de vida sedentário e estressante estão como causas principais destes tipos de doenças. A alimentação com excesso de gorduras animais, carboidratos e sal também prejudicam o sistema circulatório e o coração, podendo provocar tais doenças.
Câncer	De acordo com os últimos dados, verificou-se que o câncer é a segunda doença que mais mata no Brasil. O câncer é causado por uma multiplicação excessiva de células em determinadas regiões do corpo. Se não tratados a tempo, podem se espalhar pelo corpo (metástase) e acometer vários órgãos, provocando a morte do paciente. Os tipos de câncer mais comuns são: câncer de pele, câncer de mama, câncer de pulmão, câncer de próstata entre outros. Há um fator genético no desenvolvimento do câncer, porém, a alimentação e os hábitos de vida também estão relacionados ao desenvolvimento de câncer. Fumantes, por exemplo, possuem uma maior probabilidade de desenvolverem o câncer de pulmão. O diagnóstico rápido e tratamentos com quimioterapia ainda são os recursos disponíveis mais usados no combate ao câncer.
Doenças respiratórias	As doenças respiratórias mais comuns são: bronquite, asma e pneumonia. Atingem principalmente os habitantes dos grandes centros urbanos, que respiram um ar de péssima qualidade.
Diabete	É uma doença causada por fatores genéticos e também por hábitos alimentares não adequados. A obesidade, por exemplo, pode desencadear a diabete. As pessoas que tem diabete precisa de cuidados rigorosos, pois correm o risco de terem problemas como: amputação de órgãos causados por necrose, cegueira, lesões renais etc. O acompanhamento das taxas de açúcar no sangue é fundamental para o paciente que tem diabete. O tratamento pode ser feito com dietas em casos mais simples ou com injeções de insulina, para casos mais graves.
AIDS	É uma doença recente e que ainda não possui uma cura definitiva. É provocada pelo vírus conhecido como HIV que é transmitido por meio de várias formas: relações sexuais, compartilhamento de seringas, contato com sangue contaminado etc. Embora não haja cura, o soropositivo pode levar uma vida normal tomando um coquetel de remédios que controla a presença do vírus no organismo. O vírus HIV é mutante e por isso, tem dificultado a criação de uma vacina ou de um remédio que o elimine definitivamente do organismo. A utilização de preservativos em relações sexuais e o não compartilhamento de seringas injetáveis ainda são as medidas mais eficientes para se evitar a doença.
Dengue	Esta doença é provocada pela picada do mosquito <i>Aedes Aegypti</i> . Foi considerada doença epidêmica na década de 1980, fazendo centenas de vítimas fatais no Brasil. É uma doença que cresce na época do verão, pois o mosquito precisa da umidade e de água parada para depositar os ovos. As campanhas educativas têm surtido efeitos positivos na diminuição da doença. As recomendações para diminuir a proliferação do mosquito transmissor são: não deixar água parada e eliminar os focos de reprodução do mosquito.

Cólera	A cólera é uma doença típica de regiões que sofrem problemas de abastecimento de água tratada. A sujeira e os esgotos a céu aberto ajudam no aumento de casos da doença. A região nordeste do Brasil é a que mais sofre com este problema. Água limpa e tratada, tratamento de esgoto e condições ambientais adequadas dificultam a proliferação da doença.
Hanseníase	Popularmente conhecida como lepra, a hanseníase é causada por uma bactéria conhecida como <i>Mycobacterium leprae</i> . Esta doença causa lesões na pele, principalmente nos braços e pernas, podendo também atingir as cartilagens e o sistema nervoso do paciente. O tratamento é feito com a utilização de remédios, porém, é de longa duração.
Hepatite	Já foram registrados e estudados três tipos de hepatites virais: A, B e C. O mais grave é o tipo C, pois em estado avançado pode provocar câncer de fígado e cirrose. O contágio pode ocorrer através do contato com sangue contaminado ou relações sexuais sem uso de preservativo. O vírus se instala no fígado do doente e pode se manifestar muitos anos depois, quando a doença já está num estágio avançado. A hepatite dos tipos A e B, mais comuns, podem ser transmitidas através de alimentos ou água contaminada.
Leishmaniose	Esta doença é causada por um protozoário que aparece nas vísceras, no intestino ou na pele da pessoa infectada. A forma mais comum é a que se manifesta na pele do paciente. O hospedeiro transmissor da doença é um inseto que ao picar o ser humano transmite o protozoário. Regiões de favelas ou áreas com poucas condições de higiene favorecem o desenvolvimento do mosquito, facilitando a transmissão da doença.
Sarampo	É uma doença infecto-contagiosa provocada por um vírus. É transmitida através de gotículas de saliva contaminada que pode ser transmitida de uma pessoa contaminada para uma saudável. Em seu estágio avançado, começam a aparecer manchas pequenas e avermelhadas na pele que, com o tempo, começam a secar. As campanhas de vacinação têm feito diminuir este tipo de doença no Brasil. Sintomas do sarampo: febre alta, mal estar, tosse, coriza, conjuntivite e falta de apetite.
Malária	O hospedeiro transmissor da malária é o mosquito <i>Anopheles darlingi</i> . A região amazônica é que possui o maior número de casos da doença. A grande quantidade de rios e o clima quente e úmido favorecem a proliferação do mosquito transmissor.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Ofício

Taubaté, de de 2009.

De: Prof. Dr. _____

Coordenador Geral - PPGA

Ao: Sr.

Função:

Empresa:

Endereço:

Prezado Senhor

O Sr. Glauco Henrique Marini, regularmente inscrito no curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional desta Universidade, desenvolve uma dissertação de mestrado na área de Planejamento e Desenvolvimento regional. Sua proposta de trabalho intitula-se “OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma análise comparada da prática versus os dispositivos reguladores”.

Tratando-se de pesquisa eminentemente aplicada, gostaria de solicitar a colaboração de V.S., no sentido de conceder ao Sr. Glauco Henrique Marini autorização para realização de pesquisa de campo quantitativa. Tais informações serão utilizadas tão-somente para fins acadêmicos.

Se V.S. considerar necessário ou conveniente, o nome e qualquer outra forma de identificação dessa empresa poderão ser omitidos, no manuscrito final da dissertação.

Atenciosamente,

Prof. Dr. _____

Coordenador Geral

Programa de Pós-Graduação em Administração

APÊNDICE B – Termo de Autorização da Instituição

Autorizo o Sr Glauco Henrique Marini, regularmente inscrito no curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional desta Universidade, a realizar a pesquisa intitulada OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma análise comparada da prática versus os dispositivos reguladores”, nesta entidade.

Fui informado de que será assegurado o anonimato da Instituição.

Atenciosamente

Nome da Instituição:

Responsável, cargo

Taubaté, de de 2009.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa está sendo realizada pelo Sr. Glauco Henrique Marini, aluno do curso de Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional da Universidade de Taubaté – MGDR/UNITAU. O trabalho é orientado pela Professora Dra. Isabel Cristina dos Santos, que integra o quadro permanente do MGDR/UNITAU.

Seguindo os preceitos éticos, informamos que sua participação será absolutamente sigilosa, não constando seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-la no manuscrito final da dissertação ou em qualquer publicação que trate desta pesquisa.

Pela natureza da pesquisa, sua participação não acarretará em quaisquer danos para sua pessoa. A seguir, damos as informações gerais sobre esta pesquisa, reafirmando que qualquer outra informação que V.Sa. desejar, poderá ser obtida junto ao aluno-pesquisador ou a professora orientadora.

TEMA DA PESQUISA: "OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM TAUBATÉ: uma análise comparada da prática versus os dispositivos reguladores"

OBJETIVO: Descrever o processo da distribuição de oferta da saúde na cidade de Taubaté.

PROCEDIMENTO: Coleta de dados feita a partir de questionários/entrevistas.

SUA PARTICIPAÇÃO: Preenchimento dos questionários e realização das entrevistas.

Após a conclusão da pesquisa, prevista para março de 2010, a dissertação contendo todos os dados e conclusões, estará à disposição para consulta na Biblioteca do Departamento de Economia, Contabilidade e Administração da Universidade de Taubaté.

V.Sa. terá a total liberdade para recusar sua participação, assim com solicitar a exclusão de seus dados, retirando seu consentimento sem qualquer penalização ou prejuízo.

Agradecemos sua participação, enfatizando que a mesma em muito contribui para a construção de um conhecimento atual na área.

Taubaté, de de 2009.

Profa Dra. Isabel Cristina dos Santos

Aluno Pesquisador: Glauco Henrique Marini
e-mail: glauco1972@ig.com.br

fone(12)3625-7570

Eu, Glauco Henrique Marini, portador do RG nº 3.905.739-5, abaixo assinado e tendo ciência das informações contidas neste Termo de Consentimento, autorizo a utilização, nesta pesquisa, dos dados por mim fornecidos.

Taubaté, 05 de novembro de 2009.

Glauco Henrique Marini

Consentimento da participação da pessoa como sujeito

Eu, _____, RG: _____,
abaixo assinado, concordo em participar do estudo
_____, como
sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador
_____ sobre a pesquisa,
os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios
decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu
consentimento a qualquer momento.

Local e data _____/_____/_____/_____

Nome: _____

Assinatura do sujeito ou responsável: _____

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista

Número	
Cargo / Função:	
Nome do Depto:	Escolaridade do Respondente: () Nível Médio () Nível Superior () Pós-graduado:.....
Idade:	Tempo na Função:

1. Como você calcula a oferta de leitos hospitalares?
2. Quais variáveis utilizadas?
3. A forma de cálculo atual atende às necessidades de internações?
4. Quais são os gargalos verificados na prática de internações?
5. Como são solucionados esses gargalos?
6. Sua instituição adota as orientações da Portaria 1.101/ GM?
7. Caso não utilize, quais seriam as razões?
8. Como você avalia a capacidade do sistema atual atender a procura por leitos hospitalares?

Autorizo cópia total ou parcial desta obra apenas para fins de estudo e pesquisa, sendo expressamente vedado qualquer tipo de reprodução para fins comerciais sem prévia autorização específica do autor.

Glauco Henrique Marini
Taubaté, Agosto de 2010.