



ano IV, número 11
abril, maio e junho de 2014
www.conass.org.br/consensus

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

ENTREVISTA

Rafael Bengoa aborda os desafios para o avanço do SUS

SAÚDE EM FOCO

Audiência Pública no STF: diferença de classe no SUS

OPINIÃO

Armando De Negri: O papel dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde



O PAPEL DO HOSPITAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Gilson Carvalho

1946 - 2014

Durante muitos anos Gilson Carvalho foi uma voz combativa a serviço de uma mente lúcida e do ideal inquebrantável de dotar o Brasil de um sistema de saúde universal. Conheça sua trajetória.

consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano IV | Número 11 | Abril, Maio e Junho de 2014

ENTREVISTA Rafael Bengoa aborda os desafios para o avanço do SUS	SAÚDE EM FOCO Audiência Pública no STF: diferença de classe no SUS	OPINIÃO Armando De Negri: O papel dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde
--	--	--



O PAPEL DO HOSPITAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Gilson Carvalho
1946 - 2014

Durante muitos anos Gilson Carvalho foi uma voz combativa a serviço de uma mente lúcida e do ideal inquebrantável de dotar o Brasil de um sistema de saúde universal. Conheça sua trajetória.

FOTOGRAFIAS: GETTY IMAGES NEWS / DIVULGAÇÃO

6

consensus entrevista

Rafael Bengoa, ex-ministro da Saúde do país Basco, fala à revista Consensus sobre os desafios que o Brasil precisa vencer para transformar o seu modelo assistencial

12

matéria de capa

O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde

saúde em foco

24 *Audiência pública no STF: diferença de classe no SUS*

institucional

28 *CONASS Debate: Como resolver a crise dos modelos de atenção à saúde no Brasil e no mundo?*

homenagem

40 *Gilson Carvalho*

opinião

42 *O papel dos hospitais nas Redes de Atenção a Saúde – Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS*

50 *curtas*

A organização das Redes de Atenção à Saúde está no foco das discussões que permeiam a política de saúde no Brasil. Seja público ou privado, os sistemas de saúde percebem, cada vez mais, que dependem dessa organização para darem conta das demandas dos seus usuários.

Toda a população, independentemente de sofrer ou não com alguma enfermidade, beneficia-se diretamente de uma rede em que os serviços são devidamente ordenados. A partir da Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), os cidadãos têm grande parte de suas necessidades atendidas e têm, na APS, a organizadora dos seus passos dentro da Rede de Atenção à Saúde.

O protagonismo da APS e a necessidade do seu fortalecimento dentro do sistema de saúde levam-nos a outras tantas reflexões. Uma delas é a respeito do papel dos hospitais nessas redes, tema que abraçamos em nossa matéria de capa e por meio do qual queremos incitar essas reflexões e discutir um pouco a colocação e atuação desses estabelecimentos que, para o CONASS, deve estar de acordo com a região onde eles se situam, com as necessidades e com o perfil epidemiológico daquela população.

E aproveitamos o ensejo para apresentar, nesta matéria, a proposta do CONASS para os Hospitais de Pequeno Porte, elaborada com vistas a dialogar com a realidade do nosso país e tendo como base o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que, mesmo sofrendo algumas críticas, é inquestionável no sentido de apontar escassez social. As proposições do Conselho partem do pressuposto de que há valor mínimo objetivo e real para todos, mas há também de se garantir que as localidades com mais dificuldades recebam mais recursos.

Não por acaso, todas as matérias desta edição da Revista Consensus abordam, direta ou indiretamente, a relevância da organização das Redes de Atenção à Saúde, que se mostra cada dia mais imprescindível, prin-

cipalmente em tempos de transições tão determinantes quanto as que estamos vivenciando. O objetivo a ser alcançado pelo Brasil e por diversos países é promover atenção à saúde moderna e atual, considerando a prevalência das condições crônicas e das causas externas, que aumentam exponencialmente alterando de maneira significativa os indicadores de morbimortalidade.

Trata-se de modelo de atenção projetado a partir das necessidades de saúde da população em face das novas condições de saúde. A avaliação do modelo existente e as propostas de modernização e de mudanças foram apresentadas e debatidas no seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde, realizado no dia 13 de maio, em Brasília/DF, cuja conteúdo multimídia (apresentações, vídeos e fotos) é apresentado na matéria da página 28 com detalhes.

Destacamos também o debate a respeito da diferença de classe, promovido pelo Supremo Tribunal Federal (STF), no qual o CONASS, representado pelo seu presidente, Wilson Duarte Alecrim, reiterou que admitir essa diferença é afrontar as bases e os fundamentos do SUS e retroceder no direito social à saúde no Brasil.

Não poderíamos deixar de homenagear o saudoso Gilson Carvalho, com a gentil colaboração de sua amiga e cunhada, Lenir Santos, que nos escreveu belo texto a respeito da valiosa contribuição de Gilsão para a saúde brasileira. Também agradecemos ao Francisco, filho de Gilsão, que nos enviou quatro Domingueiras inéditas escritas pelo pai, as quais temos o prazer de compartilhar.

E finalizamos com artigo do professor Armando De Negri, que apresenta “Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS”, a partir do tema principal desta edição – O papel dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde.

Desejamos a todos uma ótima leitura! ■



Ouvir o texto
goo.gl/pOLPmz





ENTREVISTA

Rafael Bengoa

Em uma época em que a sociedade busca cada vez mais resolver os seus problemas de saúde nos hospitais, o médico Rafael Bengoa, com serenidade, contradiz a lógica e sugere o caminho inverso: para ele, é preciso afastar o máximo possível a população desses ambientes, pois só assim será possível manter a sustentabilidade dos sistemas de saúde, já que os atendimentos de urgência e as internações são os serviços mais onerosos dentro de um modelo assistencial.

O venezuelano já foi ministro no país Basco, onde ajudou a implantar novo modelo de atenção às condições crônicas. Em maio deste ano, veio ao Brasil à convite do CONASS para participar como conferencista do seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde, que discutiu o predomínio das condições crônicas e a necessidade de modernização dos sistemas de saúde, no Brasil e no mundo. Na ocasião, Bengoa participou também do seminário Reforma no Sistema de Saúde Americano, promovido pelo hospital Sírio-Libanês com o apoio do CONASS, no qual falou sobre a sua experiência na assessoria do programa Obamacare nos Estados Unidos da América.

Em entrevista exclusiva à revista **Consensus**, além de explicar como se deu a transformação do modelo assistencial do país Basco, Bengoa fala também a respeito dos desafios que o Brasil precisa vencer para transformar o seu sistema de saúde, passando por temas como a formação profissional, a segurança do paciente e o subfinanciamento do SUS.



Ouvir o texto
goo.gl/38L8PU





Consensus O senhor acredita que os gastos com os sistemas públicos de saúde continuarão a aumentar e a ameaçar os sistemas de saúde, mesmo nas nações mais desenvolvidas, tendo em vista as transformações demográficas e epidemiológicas que aconteceram nos últimos anos? Diante desse desafio qual seria a solução para que os sistemas de saúde continuem a ofertar atendimento à população?

Rafael Bengoa Efetivamente, o desafio demográfico e o consequente aumento da ocorrência de doenças crônicas farão enorme pressão sobre os sistemas de saúde. Haverá aumento de 10% da demanda nos próximos 15 anos e o orçamento para a saúde aumentará somente 1% ou 2% na maior parte dos países nesse mesmo período. Isso implica ter de fazer muito mais e melhor com o que dispomos atualmente de orçamento.

Não é possível fazer mais simplesmente melhorando o modelo atual. É necessário outro modelo. É necessário transformar o modelo assistencial. A direção dessa transformação se resume no quadro abaixo.

A forma de operacionalizar a implementação dessas mudanças foi organizada em 14 projetos estratégicos divididos em quatro tipos:

- programas que davam mais voz e capacidade de autogestão aos pacientes;

- programas que integravam os níveis assistenciais;
- programas tecnológicos que permitiram reorientar o modelo para mais em casa, mais na atenção primária e menos em hospitais;
- forma diferenciada de pagamento ao nível assistencial: comprando progressivamente valor e não só de procedimentos.

Consensus Como era o cenário da saúde no país Basco quando o senhor assumiu o cargo de ministro da Saúde? Como foi pensando o processo de mudança do modelo vigente à época para o modelo de atenção às condições crônicas e como se deu essa percepção de que era preciso mudar?

Bengoa Na Espanha, a saúde está descentralizada às comunidades autônomas, uma delas é o país Basco. Quando assumi o posto de ministro nessa comunidade, expliquei ao Ministério Nacional que, para a situação de crise em que se encontrava a Espanha, mais os desafios demográficos e de qualidade, era necessário fazer algo muito diferente em termos de política de saúde. Em âmbito nacional, não concordaram com essa perspectiva, de modo que me centrei em minha comunidade e elaborei um plano de mudança somente para o país Basco. Em 2009, a mudança chamou-se Estratégia para o Desafio da Cronicidade no país Basco e propunha transformação

O NOVO MODELO DE SAÚDE BASCO SUPÕE A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL:	
De um modelo centrado na abordagem médica em situações agudas...	... a um adaptado às necessidades dos doentes crônicos.
De um modelo de caráter reativo, que cura doenças...	... a um proativo, que cura, cuida e faz prevenção, seguindo fatores de risco.
De um modelo que trata e deseja um usuário passivo...	... a um centrado num usuário ativo, que participa da gestão de sua enfermidade.
De um modelo fragmentado, ineficiente e descoordenado entre seus níveis de atenção e sociais...	... a um que permita a continuidade de cuidado, pela integração assistencial e de recursos sociais.
De uma distribuição de recursos centrada em hospitais para situações agudas...	... a estruturas que privilegiam intervenções nos lugares mais adequados e eficientes (subagudos, telemedicina...).

profunda no modo como se financiava e se fazia a gestão do setor. Passou-se a proposta pela análise do Parlamento Basco e iniciou-se o processo de transformação por meio de 14 projetos estratégicos para a mudança.

Consensus No Brasil há uma forte percepção por parte da população de que os hospitais são a solução para os problemas da saúde pública. O senhor defende a ideia justamente contrária, de que há de se manter as pessoas cada vez mais distantes desses ambientes, ofertando o cuidado primário, evitando assim, que elas precisem ir aos hospitais. Tendo em vista a sua experiência no país Basco, como é possível mudar essa percepção que é tão enraizada na cultura do brasileiro?


Bengoa Não creio que se pode mudar essa percepção pró-hospitalar simplesmente explicando que ela é necessária. A melhor forma de se comunicar uma transformação ao setor e à população é agir. Por exemplo: hoje, grande parte da população no país Basco tem acesso à sua história clínica pela internet, todas as farmácias têm receita eletrônica, muitos pacientes estão sendo monitorados em casa para controle de suas doenças crônicas, o programa de *screening* de colo de útero é o que possui melhor resultado da Europa, junto com a Finlândia.

A comunicação de uma nova política são os fatos, não as palavras.

Entretanto, falta muito para avançar até um modelo que não esteja centrado nos hospitais. No país Basco, este caminho está traçado.

Consensus Como trabalhar a questão da segurança do paciente, sabendo que hoje os erros de diagnósticos também oneram muito os sistemas de saúde?

Bengoa Ainda que tenhamos tido alguns progressos, os problemas de segurança clínica são uma linha de atuação que necessita de muita atenção. No âmbito político, o país



*Não é possível fazer
mais simplesmente
melhorando o modelo
atual. É necessário outro
modelo. É necessário
transformar o modelo
assistencial.*

precisa convertê-los em prioridade, uma vez que não são aceitáveis as estatísticas de eventos adversos na maior parte dos países. As cifras de eventos adversos são de 9-10%, considerando toda a atividade clínica, e 0,4% deles é muito grave. Nossas instituições assistenciais, hospitalares e de atenção primária, ainda não aprendem quando ocorrem eventos adversos.

Consensus Em relação à formação profissional, o senhor acredita que ela também deva se adequar às novas realidades demográficas e epidemiológicas, de maneira que passe a preparar os seus profissionais de saúde a atuarem também fora do ambiente hospitalar?

Bengoa Efetivamente, e no caso da Espanha, o perfil dos profissionais preparados em nossas universidades não coincide com as necessidades do sistema de saúde de hoje. Isso não se refere somente à adaptação ao perfil epidemiológico e às doenças crônicas, mas também ao estudo e à atenção insuficientes aos temas de qualidade, segurança clínica e trabalho em equipe.

Em alguns países como a Espanha, em razão da crise, estão-se reduzindo em muito os recur-



Rafael Bengoa durante a conferência de abertura do seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde

so humanos (médicos e enfermeiros) nos últimos anos. Esses cortes de recursos humanos, somados à grande captação de profissionais espanhóis por outros países estão armando enorme tempestade no setor saúde.

Consensus O Governo Federal trouxe para o Brasil, com o programa Mais Médicos, profissionais cubanos para suprir a carência de médicos nas áreas mais remotas do país. Qual é a sua avaliação à respeito dessa estratégia? Como ela pode contribuir para a mudança do modelo assistencial de saúde brasileiro?

Bengoa Tende-se a avaliar o impacto dessas políticas com o tempo. Em princípio, enquanto essa linha de trabalho sirva para reforçar o setor público e para que as pessoas mais vulneráveis tenham mais acesso aos serviços públicos, parece-me lógico segui-la. Contudo, essa atuação não deve ser um substituto por longo período nem se prestar a que nos distraiamos da necessidade de melhorar o planejamento e a oferta própria em cada país.

Se com o tempo se prova que muitos desses médicos estrangeiros acabam trabalhando no setor privado, haveria de se reconsiderar esse tipo de política.

Consensus No Brasil, os sistemas público e privado têm uma relação de interdependência. Nesse caso, a mudança do modelo assistencial contemplaria também uma mudança no modo como esses sistemas se relacionam?

Bengoa Se o setor público faz a transformação que expusemos acima – para um modelo assistencial proativo e preventivo em lugar de reativo –, tenderá progressivamente a melhores resultados de qualidade e de eficiência. Organizacionalmente, estrutura-se como um sistema integrado. Isso já pode ser confirmado na análise de alguns países europeus (microsistemas).

O setor privado tenderá a fazer a mesma transformação e oferecer aos seus clientes um modelo mais proativo, em que se ofereça mais serviços domiciliares, mais atenção

primária e menos hospitais. O setor privado nos Estados Unidos da América já está fazendo essa transformação (accountable care organizations).

Em ambos os casos, está se freando o crescimento do gasto nesses tipos de organização integrada. A inter-relação entre público e privado irá modificando o progresso de ambos nessa direção.

Consensus Como alinhar as políticas de saúde já existentes com a reforma que se faz necessária nos sistemas de saúde?

Bengoa Os líderes estão fazendo essas reformas com foco simultâneo no curto e no longo prazo. Não se permitindo ser sequestrados só pelo curto prazo, pelo apagar incêndios. Dedicam parte importante de seu tempo à função estratégica. Delegam a gestão dos incêndios e não delegam a função estratégica (antes se fazia o contrário).

Consensus No caso do Brasil, o senhor acredita que o subfinanciamento do sistema é a maior ameaça que ele enfrenta ou o modelo assistencial ultrapassado configura-se como uma ameaça maior ainda?

Bengoa O subfinanciamento do setor, em razão da crise, e o modelo assistencial ultrapassado estão criando enormes tensões no setor da saúde, a maior da história está ocorrendo na Europa. Quando alguém é ministro da Saúde, tem mais controle sobre o segundo elemento, que é transformar o modelo assistencial, do que sobre o primeiro, que é obter mais recursos financeiros.

Em muitos países, o setor saúde está subfinanciado e isso continuará acontecendo. Portanto, é necessário concentrar-se na transformação do modelo. Se, além disso, surgirem mais recursos para o setor, excelente. Porém, não creio que isso vá ocorrer em muitos lugares. ■

(...) hoje, grande parte da população no país Basco tem acesso à sua história clínica pela internet, todas as farmácias têm receita eletrônica, muitos pacientes estão sendo monitorados em casa para controle de suas doenças crônicas, o programa de screening de colo de útero é o que possui melhor resultado da Europa, junto com a Finlândia. A comunicação de uma nova política são os fatos, não as palavras.



O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde

TATIANA ROSA

A busca imediata por atendimento gera crise no setor hospitalar e nos remete à reflexão sobre que tipo de serviços estamos ofertando a uma população cada vez mais dependente dos hospitais

Ao imaginarmos-nos em situação de dor, sofrimento ou desconforto, nos questionamos, quase simultaneamente, aonde buscar alívio. É inerente ao ser humano. Sofrer, padecer de algum mal ou simplesmente suspeitar que se está doente acende no nosso cérebro um sinal de alerta e nos remete quase involuntariamente à figura do hospital como um local adequado para resolver os nossos problemas.



Ouvir o texto
goo.gl/EcgyZT



No entanto nem sempre é no hospital que conseguimos o atendimento adequado. A consequência dessa realidade transfigura-se na imagem de hospitais superlotados, pacientes em corredores, falta de leitos e caos generalizado naquele serviço que, para a maior parte da população, deveria ser o principal provedor de assistência. Realidade que reforça ainda mais o imaginário popular de que faltam hospitais no país capazes de atender as demandas da população.

Assim pensa a secretária Alexandra Cabral Bonilha, 32 anos. Mãe de duas crianças, ela afirma sempre recorrer diretamente ao hospital mais próximo, quando em qualquer situação de doença. Com diversas experiências negativas, a secretária acredita que esses estabelecimentos não têm cumprido o seu papel. “O hospital deveria ser o principal lugar para nos atender, mas não têm recursos para isso. Ainda faltam muitas coisas. Faltam médicos e profissionais realmente preocupados em descobrir o que você tem. Muitas vezes eles não pedem nem um exame para descobrir o motivo da nossa dor”, diz, desacreditada.

Alexandra não é a única a pensar assim. Junto a ela, estão milhares de pessoas no país a fora, ora influenciadas por um sistema cujo modelo é hospitalocêntrico, ora reféns da falta de conhecimento do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Prova dessa falta de informação é constatada no depoimento da secretária: “Para piorar ainda mais a situação, eles agora colocaram aquelas pulseiras em que a cor indica a gravidade do caso. Não entendo esses critérios. Vi pessoas com problemas menores que o meu e que passaram na minha frente. Meu filho ficou com a pulseira verde e demorou muito a ser atendido e teve de ficar internado. Realmente, é impossível entender essa lógica”, disse referindo-se ao Protocolo de Manchester, implantado nos hospitais como forma de ordenar e humanizar o atendimento aos pacientes.

Na verdade, faltam hospitais no país? E qual é o papel deles nas Redes de Atenção à Saúde?

“Eu não diria que precisamos tanto de mais hospitais, salvo naquelas regiões com iniquidades desses estabelecimentos. Quando olhamos o mapa do Brasil, vemos que a distribuição dos equipamentos de saúde, especialmente de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, tem um padrão de maior densidade no Sul, Sudeste e litoral no país, enquanto nas demais regiões a oferta é menor. Esse padrão de distribuição se repete nos estudos de oferta de profissionais médicos. Precisamos, sim, de melhor distribuição da oferta de hospitais no país. No entanto, um desenho de necessidade de leitos, fundamentado no perfil epidemiológico regional, que tenha clareza da missão de cada estabelecimento hospitalar nas RAS, e que promova a resolutividade dos leitos deve preceder às decisões de construção de hospitais. Quanto menor o porte do hospital, menores são as suas taxas de ocupação, chegando ao patamar de 22% nos hospitais com menos de 50 leitos, com baixa resolutividade, com má relação baixo custo-efetividade, e via de regra, sem se caracterizar como um ponto de atenção em rede, ou seja, sem um claro papel de sua missão na RAS”, responde a Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS), Maria do Carmo.

Em longa conversa com a equipe da revista **Consensus**, a diretora do DAHU respondeu a questões importantes em relação ao modelo da atenção hospitalar do país, à visão da sociedade que enxerga o hospital como a solução para os seus problemas, à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e aos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

A questão da atenção hospitalar, muito mais que a atenção ambulatorial e a atenção primária, sempre teve, no entendimento de Maria do Carmo, papel central no sistema de saúde. “Na concepção e na construção do SUS, nós discutimos essa centralidade da atenção



hospitalar, porque a saúde começa com uma boa atenção básica (promoção, prevenção, vigilância etc.), e uma boa atenção ambulatorial especializada, a fim de evitar que o cidadão chegue ao hospital para ser tratado em regime de internação”, explicou.

Segundo ela, o Brasil tem investido cada vez mais em ações de promoção, prevenção e vigilância e de assistência ambulatorial para depender cada vez menos dos hospitais. “Para nós, esse é o princípio do papel do hospital. Ele deve ser ‘o fim da linha’ para agravos que possam ter atenção fora do ambiente hospitalar”.

No entanto, ressaltou que o hospital sempre terá papel fundamental pois, por mais que se construa um sistema forte de atenção

domiciliar e ambulatorial, sempre existirão as condições que exigem atenção hospitalar. “O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde é ser um ponto de atenção”, defende.

Maria do Carmo explicou que, na discussão e pactuação da PNHOSP, o Ministério da Saúde buscou enfatizar o papel do hospital em uma rede que tem como eixos o modelo assistencial; a gestão hospitalar; a formação de recursos humanos e a gestão da força de trabalho; o financiamento; a responsabilidade de cada ente gestor na política; e a contratualização.

Para o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, o perfil e o papel do hospital na rede têm de ser decidido na Região de Saúde de acordo com as suas peculiaridades.

Número de Hospitais no Brasil - Regiões

NORTE	NH - 492
	TLI - 22.998
	TLUTI - 880
	TLC - 1.242
	TLI+C - 24.240
	TMPd/aG - 3,37
	TOHLG - 32,66%
	TOHLUTI - 59,89%

NORDESTE	NH - 2.011
	TLI - 95.030
	TLUTI - 4.061
	TLC - 5.470
	TLI+C - 100.500
	TMPd/aG - 3,85
	TOHLG - 27,70%
	TOHLUTI - 62,84%

SUDESTE	NH - 1.528
	TLI - 119.680
	TLUTI - 9.175
	TLC - 10.908
	TLI+C - 130.588
	TMPd/aG - 6,12
	TOHLG - 44,10%
	TOHLUTI - 66,87%

CENTRO-OESTE	NH - 571
	TLI - 23.714
	TLUTI - 1.493
	TLC - 1.722
	TLI+C - 25.436
	TMPd/aG - 3,63
	TOHLG - 29,07%
	TOHLUTI - 61,30%

SUL	NH - 928
	TLI - 52.076
	TLUTI - 3.522
	TLC - 4.101
	TLI+C - 56.177
	TMPd/aG - 4,62
	TOHLG - 32,88%
	TOHLUTI - 71,05%

Fonte: Banco de dados: TABWIN
01/07/2013 – Ano 2013.

Legenda

NH - Número de Hospitais

TLI - Total Leitos Internação SUS

TLUTI - Total Leitos UTI SUS

TLC - Total Leitos Complementares SUS UTI/UCI/UTIN/UCO

TLI+C - Total de Leitos Internação + Complementar

TMPa/dG - Tempo Médio de Permanência em dias/ano Gerais

TOHLG - Taxa de Ocupação Hospitalar em Leitos Gerais

TOHLUTI - Taxa de Ocupação Hospitalar em Leitos de UTI

Confira a tabela com o número de hospitais do Sistema Único Brasileiro por estado em nosso site.

Confira em
goo.gl/HTnqJU





Assim como a diretora do DAHU, ele ratificou a importância da PNHOSP, mas fez uma ressalva: “O CONASS participa ativamente dessa discussão e propõe que não haja um modelo pronto e acabado do ponto de vista de uma definição nacional porque as realidades são diversas. A PNHOSP é importante porque, com seus eixos, dá direcionalidade ao processo; por outro lado, os eixos relativos ao financiamento, à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos e gestão da força de trabalho e à incorporação da tecnologia deixaram a desejar por terem sido caracterizados de forma muito genérica”, disse.

Questionado sobre como o modelo hospitalocêntrico do SUS contribui para reforçar os problemas do setor hospitalar, Alecrim enfatizou que o modelo centrado no hospital que existe hoje, predominantemente inserido no imaginário popular, vem historicamente associado à forma como o Brasil, ao longo dos anos, tratou a busca da solução para os problemas de saúde, basicamente da doença.

O presidente do CONASS explicou que antes todo o processo começava, passava e terminava em um hospital. Segundo ele, por volta da metade da década de 1940 e basicamente durante a década de 1950, o Brasil adotou modelo importado dos Estados Unidos da América implantado na Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) e que criou as primeiras unidades de saúde destinadas a cuidar da saúde da pessoa e não da doença. “O SUS, longe de ter reforçado essa prática, criou o programa que nós consideramos o de maior inclusão social, que é a Estratégia de Saúde da Família, que utiliza unidades de saúde que, em vez de cuidar das doenças, cuidam de evitar que as pessoas adoçam”, esclareceu.

Alecrim disse ainda que o sistema hospitalar brasileiro está na busca de um papel e ainda não há diagnóstico com consenso social. “Vivemos uma série de problemas cuja base está na questão do financiamento insuficiente, no desenho do seu papel inadequado e na ausência de políticas para prever a atuação desse sistema”, reforçou.

O problema não pode ser direcionado apenas à questão da quantidade suficiente ou não de hospitais no país, conforme esclarece a assessora técnica do CONASS, Lídia Tonon. “Discutir a questão hospitalar significa discutir, entre outras coisas, os problemas da área da atenção especializada e também da crise da cadeia produtiva. Não se trata apenas do leito em si. É preciso ter gente e apoio diagnóstico adequado e isso significa política de investimento até mesmo na indústria. Essa cadeia produtiva está em crise e precisa ser readequada”, explicou.

O presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Antonio Carlos Figueiredo Nardi, por sua vez, afirma que o hospital precisa ter papel capilarizado na Rede de Atenção à Saúde, com inserção matricial nos diferentes componentes do sistema. “O hospital, além de referência para os casos de maior complexidade e consequente garantia da continuidade do cuidado, precisa desenvolver o papel de indução de mecanismos de capacitação e o aumento da resolubilidade da atenção básica e especializada ambulatorial”, afirma.

Em relação ao modelo hospitalocêntrico, Nardi defende que há de se reconhecer que a população busca, principalmente, resolubilidade e continuidade do cuidado ao procurar o serviço hospitalar em detrimento do acesso pela Atenção Primária à Saúde. Assim como Maria do Carmo, Nardi defende que a solução passa pelo fortalecimento da APS, em modelo estruturante e resolutivo, com garantia de acesso e continuidade do cuidado de forma qualificada e regulada. “Essas são as melhores

alternativas para promovermos a mudança do modelo excessivamente hierarquizado para uma rede de cuidado horizontalizada e cidadã”, conclui.

Especialista em Saúde Pública, em Gestão Hospitalar e em Planejamento em Saúde, o médico consultor do Ministério da Saúde para o programa SOS Emergências, Gilberto Luiz Scarazatti, acredita que todos os atores – profissionais, governos e usuários – estão articulados nas instâncias gestoras do SUS por meio dos conselhos e, nesse sentido, podem exercer papel diferenciado nos rumos do modelo de assistência. No entanto, ele alerta para a complexidade da questão uma vez que, segundo Scarazatti, nem os interesses, nem as teses convergem, existindo correntes de pensamento diferentes sobre os caminhos do SUS. “Existem aos montes teses distintas sobre o modelo ideal, sobre os condicionantes das falhas do sistema e, sobretudo, sobre o que fazer. Isso é reflexo do pouco tempo de amadurecimento das instituições democráticas brasileiras”.

O especialista entende que esses profissionais, na medida em que possam se formar dentro dos conceitos da Atenção Primária à Saúde (APS), podem modificar seus significados sobre as práticas e, assim, ter um olhar diferenciado sobre as relevâncias entre saúde e doença. “O exemplo do ensino em medicina e das residências médicas contidas nas novas diretrizes é um bom caminho”, acrescentou.

Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são sustentáveis?

Os HPP representam hoje mais de 50% das instituições hospitalares do país e estão distribuídos de forma bastante capilarizada em termos geográficos, atuando de maneiras distintas e de acordo com sua localização.

Wilson Alecrim reitera que o cenário atual incita à reflexão a respeito do novo papel desses hospitais e que eles não devem atuar de forma concorrente com a APS e com

os grandes hospitais. “Este papel depende da região onde ele se situa, das necessidades e do perfil epidemiológico da população local. São as características da região que devem determinar isso”, afirma.

O presidente do CONASS, ao falar da importância dos Hospitais de Pequeno Porte, cita o exemplo do Amazonas onde, segundo ele, todas as redes prioritárias passam pelos HPP. “Esses hospitais têm papel na Rede Cegonha, na Rede de Urgência e Emergência, na Rede Psicossocial etc. Não há como fugir disso. O estado apoia todos os Hospitais de Pequeno Porte do interior – não temos nenhum deles fechado, mesmo considerando que o estado gaste um valor significativo para isso”, esclareceu.

Nesse contexto, Alecrim ressalta a necessidade de mudança imediata no financiamento dos HPP. “Na proposta que o CONASS apresentou ao Ministério da Saúde, propusemos o valor mensal por leito de R\$ 8 mil reais, com percentuais que podem ser maiores de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município em que ele está situado, pois quem tem IDH menor tem maior dificuldade em alocar equipamentos e em fazê-los funcionar, o que também ocorre na alocação e na manutenção de médicos da APS.”

A decisão de utilizar o IDH como parâmetro explica-se, segundo Alecrim, pelo fato de que ele detecta os locais onde há maior dificuldade de alocação de pessoal e por outro lado, aponta onde há maior vulnerabilidade da população. “O CONASS buscou construir uma proposta que dialogue com a realidade continental do país, tendo o IDH como balizador, considerando que o índice é inquestionável no sentido de apontar escassez social. Esse parâmetro certamente tem muitas críticas, mas nossas proposições partem do pressuposto de que há um valor mínimo objetivo e real para todos, mas há também que se garantir que aquelas localidades com mais dificuldades recebam um incremento”.

Sobre o valor proposto, o presidente afirma que é o mínimo estimado a partir da composição dos custos internos de uma unidade com 20 leitos, com a presença 24 horas de um

profissional médico e explica que a proposta prevê ao Ministério da Saúde o financiamento de 50% do valor definido por leito.

Tonon aponta outra preocupação do Conselho em relação à questão do financiamento. “Essa discussão não pode se restringir ao problema imediato que é o financiamento insuficiente por parte da União em relação a este segmento e ignorar as tendências que ocorrem no mundo na questão hospitalar. Há uma transformação em curso. Em algumas regiões, esses hospitais têm perfil de atenção geral, em outras tendem a especializar-se – ou em especialidades ou em apoiarem grandes hospitais ou a APS”, explica.

Dessa maneira, segundo ela, só farão jus ao financiamento por orçamentação global para atividades de internação, os Hospitais de Pequeno Porte que estiverem com o seu papel assistencial definido de acordo com o desenho regional da Rede de Atenção à Saúde em cada estado, bem como as demais atribuições específicas, sob coordenação estadual, pactuada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR). “Os HPP serão financiados de forma tripartite, na sua atividade de internação, preferencialmente por orçamentação global, podendo, a critério do gestor contratante e do estabelecimento contratado, optar pelos mecanismos de financiamento estabelecidos na Portaria GM/MS n. 3.410/14 que trata da contratualização no SUS.

A assessora técnica esclarece que a proposta do CONASS em relação às diretrizes para a reorganização dos HPP consideram alguns aspectos fundamentais: o HPP é o estabelecimento hospitalar com quantitativo de 20 até 49 leitos; esse estabelecimento caracteriza-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial deverá ser estabelecido em consonância com o desenho regional da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em cada estado, sob coordenação estadual, pactuada na CIB ou CIR; e a definição do perfil e modelo assistencial deve, entre outros pontos, responder as necessidades das realidades locais, de acordo com a pactuação na CIB ou CIR em cada estado.



Conheça a proposta do CONASS para os HPP
goo.gl/XpsWJg



Portaria GM/MS n. 3.410/2014
goo.gl/ZlPPyH





“Na nossa proposta, a definição do perfil e do modelo assistencial deve, entre outros quesitos, responder às necessidades das realidades locais de acordo com a pactuação em cada estado e deve estar em consonância com as diretrizes e eixos estruturantes da PNHOSP”, afirma Tonon.

Ela acrescenta que esses estabelecimentos devem atuar de forma articulada à APS, estabelecer os mecanismos de referência e contra referência pactuados entre os demais pontos de atenção, bem como cumprir os requisitos técnicos e normativos específicos das Redes Temáticas Prioritárias e/ou programas específicos do SUS, no que couber, quando a sua destinação assistencial importar em participação em alguma Rede Temática e/ou programa específico.

Para o superintendente do Hospital Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina Neto, o pequeno hospital que faz internações desnecessárias é mais perigoso que um pequeno hospital que está

fechado. A afirmação polêmica aconteceu na reunião do CONASS para discutir a PNHOSP, com ênfase nos Hospitais de Pequeno Porte, realizada em dezembro do ano passado.

Vecina também acredita que os pequenos hospitais só terão nexos se consideradas as especificidades de cada região. “Não há uma regra geral para o Brasil e temo as portarias do Ministério da Saúde que, em geral, tratam tudo como tábula rasa. O Ministério precisa entender que cada região tem suas peculiaridades”, argumenta.

Além disso, Vecina afirma que é preciso repensar a realidade dos leitos pois, segundo ele, um hospital de 50 leitos precisa atender a várias cidades de 20 mil habitantes e, por isso, é preciso pensar na microrregionalização e na regulação.

A diretora do DAHU, Maria do Carmo, explica que a história da constituição do conjunto de hospitais no Brasil passou, desde a necessidade de criação de múltiplas e



pequenas estruturas para essa modalidade de atenção como as pequenas Santas Casas e Unidades Mistas da antiga Fundação Sesp, até a construção de grandes complexos hospitalares, seja guiados pela necessidade do ensino, seja no caso dos sanatórios e grandes hospitais públicos da primeira metade do século XX ou ainda, guiados pelo período de lucratividade da compra de serviços do setor privado pelo sistema previdenciário.

Tratam-se de lógicas diversas que resultaram na mapa dos estabelecimentos hospitalares no Brasil, segundo Maria do Carmo. “Porém, conforme indicam muitos estudos internacionais, para serem sustentáveis os hospitais devem ter entre 100 e 200 leitos. Então, via de regra, os HPP não possuem estrutura, equipe nem financiamentos adequados para se encaixarem no quesito sustentabilidade”.

No entanto, ela esclarece que o Ministério da Saúde entende a dependência que algumas regiões do país têm desses estabelecimentos e que, por isso, deve haver um projeto que considere qualidade, segurança assistencial, definição de quem entra, como entra e

para onde vai o paciente que ali estiver para ser cuidado, com financiamento adequado, mesmo que seja em caráter progressivo.

Ela ressaltou que é preciso estabelecer um papel para esses hospitais na rede, no qual ele possa, por exemplo, realizar um parto normal, atender pequenas urgências, estabilizar o paciente e encaminhar para o ponto de atenção mais resolutivo etc. Assim, ela explica que as gestões locais e regionais têm papel indelegável de definir o papel desse HPP na RAS, gerir a regulação do acesso e a articulação desse hospital com os demais pontos de atenção, podendo inclusive, trabalhar com o compartilhamento ordenado e coordenado de equipes entre o hospital e outros pontos de atenção.

O importante, continua, é “que ele comprove qual o seu papel na rede e se ele é viável do ponto de vista de qualidade e financiamento. Caso ele não corresponda a essas exigências, pode ser transformado em um Centro de Atenção Psicossocial, em uma unidade de atenção especializada ambulatorial, uma Unidade Básica de Saúde, etc”, esclareceu.

Para Scarazatti, falar em viabilidade nas atuais regras do jogo do financiamento é difícil uma vez que na lógica do pagamento por habilitações e capacidade de resolução as escalas de produção pesam no custo proporcional dos serviços e inviabilizam os menores com menos recursos tecnológicos.

O médico assegura que a viabilidade de um hospital existe sempre e em quaisquer situações para os recursos disponíveis nos dias de hoje. “Se agregarmos as soluções a distância por meio eletrônico, como a telemedicina, por exemplo, podemos resolver muitas coisas em um pequeno e distante hospital. Juntando a este pequeno hospital as regras de produção, tabela remuneratória de procedimentos, recursos orçamentários do município que o abriga nas atuais regras de tributos fiscais (arrecadação e distribuição), fica impossível para a grande maioria.”

Scarazatti cita o estado do Mato Grosso do Sul, que criou critérios de financiamento que consideraram o papel do hospital no sistema e seus custos proporcionais. “Nesse caso, o financiamento é uma conta de custos do projeto a ser preenchida pelos três Entes Públicos de forma proporcional”, exemplificou. Ele explicou ainda que a proposta tinha claros objetivos de induzir os hospitais e não só os de pequeno porte para seu novo papel e função no SUS e induzir com novas regras de financiamento e outros papéis. “O Governo Federal ainda mantém a política de Tabela de Procedimentos e remuneração proporcional e, mesmo tendo avançado nos modelos de contratos e referenciais da política com as redes, as Redes de Atenção à Saúde, as Redes de Atenção às Urgências e Emergências e outras semelhantes, acaba por orientar os hospitais a comportarem-se para receberem mais recursos, o que é bem diferente de incluí-los no SUS com papéis nos sistemas locais. Existe muita esperança e crença no SUS e o balanço é de crescimento”, concluiu.

Lídia Tonon também reforça a importância de se repensar a forma de pagamento que é feita no país. “No Brasil, essa remuneração é feita por procedimento aliado a pagamento por incentivo também. Esse é um processo que está sendo refinado na maior parte dos países que têm sistemas universais, como o SUS. Esse tipo de pagamento provoca muita distorção na prestação de serviço porque a tendência de quem está desempenhando essa função é buscar os procedimentos que pagam mais, mesmo que os hospitais sejam públicos”, adverte.

Como resolver essa questão?

Para Scarazatti, a reversão é possível e dependente de tempo e políticas. O médico cita o Mais Médicos como possível alternativa. “Esse programa possibilitou o acesso a médicos estrangeiros e propõe que a formação dos profissionais se dê na atenção básica como estrutura basilar. A previsão é de que com esta política o país tenha, em 2016, 2,7 médicos para cada mil habitantes e mais da metade deles com formação em Atenção Básica. Isso poderá significar que tenhamos nova cultura profissional. Depende ainda de que os demais profissionais sigam um mesmo caminho e, sobretudo, que a infraestrutura da atenção básica se desenvolva o suficiente e ganhe credibilidade da população.”

Eliana Dourado, assessora técnica do CONASS, acredita que o Brasil caminhou muito na discussão da APS, apesar das polêmicas que existem na área. “Avançamos também na atuação de algumas patologias e processos que conseguimos estabelecer protocolos em linhas de encaminhamento, como no caso dos transplantes. No que diz respeito à área hospitalar, no entanto, precisamos imediatamente abrir uma discussão sobre investimento e esse debate precisa extrapolar o âmbito do Ministério da Saúde, pois ele envolve outros ministérios, como o da Educação. O foco dessa crise é no Ministério da Saúde, mas não



é restrita a ele, pois reflete em setores, incluindo a participação social, porque a população precisa entender o porquê de caminharmos em determinada direção”, esclareceu.

Para o Ministério da Saúde, além da implementação dos eixos da PNHOSP, a convivência e a competição por recursos da atenção hospitalar privada, especialmente na saúde suplementar com a atenção prestada no SUS, demandam estudos de necessidade e planos integrados de expansão da oferta, que reduzam tempos de espera, e qualifiquem o cuidado, respeitando a vocação de cada segmento.

“A gestão hospitalar tem que estar presente na agenda dos gestores do SUS, na luta diária pelo financiamento e pela garantia das escalas de profissionais, mas também na preocupação com a qualidade e humanização da atenção. Uma função gestora da qual não abrimos mão é a regulação do acesso. Não cabe ao hospital escolher como, quem e quando ele vai atender. A regulação do acesso significa racionalização do uso da oferta, e também compõe a equidade no SUS”, diz Maria do Carmo.

É preciso, ao falar de gestão no que concerne à atenção hospitalar, considerar a “gestão para fora” que é a gestão do sistema para dar conta do hospital em rede, e a “gestão

para dentro” que é uma boa administração e gestão do cuidado para que o hospital possa cumprir o seu papel com eficiência e qualidade, finaliza.

Wilson Duarte Alecrim acredita que cabe a todos os gestores e profissionais de saúde falar mais claramente à população que uma unidade de atendimento de urgência trata apenas os efeitos e não das causas, citando o exemplo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), nas quais centenas de pessoas são atendidas a cada dia, milhares a cada mês.

“Temos de olhar, no Brasil, um modelo que seja capaz de dar atenção aos pacientes agudos, mas fundamentalmente aos pacientes com doenças crônicas. Em muitos prontos-socorros do país, grande parte dos leitos estão ocupados com pacientes que apresentam intercorrências de doenças como diabetes e hipertensão arterial. Se a cobertura da atenção básica for significativa e suficiente para alcançar 2/3 da população, não haveria mais do que 10% dos pacientes que hoje estão internados nas nossas unidades”, pondera.

Alecrim finaliza afirmando que não é mais possível pensar que mais prontos-socorros e mais hospitais destinados a atender pacientes agudos possam melhorar a qualidade de vidas das pessoas sem investir profundamente na APS.

Alheia às decisões políticas e técnicas a respeito da efetividade dos hospitais e do seu papel dentro do SUS, Alexandra Cabral Bonilha – a mãe citada no início desta reportagem – acredita em uma simples solução. Para ela, é necessário mais investimentos não apenas na construção de mais hospitais, mas também na contratação de profissionais. “Já passei mais de 10 horas aguardando atendimento. Não há leitos suficientes, os corredores vivem lotados e os doentes ficam expostos sem nenhum tipo de isolamento. Às vezes acho que corro mais risco dentro dos hospitais. Se houvesse mais estabelecimentos, com certeza não haveria essa superlotação e a assistência seria mais eficiente e segura”, conclui. ■

14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças

A 14ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças – 14ª Expoepi – acontecerá em Brasília – DF, de 28 a 31 de outubro de 2014, e tem como objetivo difundir temas importantes para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e premiar, por meio de sua Mostra Competitiva, os profissionais, os serviços de saúde e os movimentos sociais do país que se destacaram no desenvolvimento de ações de vigilância em saúde relevantes para a Saúde Pública.

A Mostra Competitiva se divide em três modalidades:

MODALIDADE I – abrange as experiências dos serviços de saúde do SUS, nas esferas municipais, estaduais ou do Distrito Federal, no controle de agravos em 12 áreas temáticas.

A experiência vencedora em cada uma das áreas receberá premiações de R\$ 50 mil, R\$ 30 mil e R\$ 20 mil reais, para os 1º, 2º e 3º colocados, respectivamente.

MODALIDADE II – premiará os profissionais do SUS que desenvolveram trabalhos técnico-científicos para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde, em cursos de pós-graduação na área de Saúde Coletiva ou afins.

Os trabalhos técnico-científicos vencedores, de cada categoria – especialização, mestrado e doutorado – serão premiados nos valores de R\$ 6 mil, R\$ 9 mil e R\$ 12 mil, respectivamente. Os profissionais classificados nos 2º e 3º lugares de cada categoria também serão premiados.

MODALIDADE III – premiará o movimento social que apresentar a intervenção que melhor tenha contribuído para o aprimoramento das ações de vigilância em saúde. Os prêmios serão nos valores de R\$ 5 mil, R\$ 3 mil e R\$2 mil, respectivamente.

Divulgue e participe!

CONASS DEFENDE A GRATUIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

TATIANA ROSA

A polêmica em torno da proposta de que pacientes possam pagar para ter melhores acomodações durante atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), chegou ao Supremo Tribunal Federal (STF). No dia 26 de maio, o ministro Dias Toffoli convocou uma audiência pública para discutir o tema.

A chamada “diferença de classe” no SUS virou alvo de debate a partir do Recurso Extraordinário n. 581.488/RS, interposto pelo Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers) contra decisão da Justiça Federal da 4ª Região, desfavorável à sua pretensão de restabelecer a prática.

Para o presidente do CONASS, Wilson Duarte Alecrim, ao debater essa questão é importante que se respondam algumas perguntas tais como se a “diferença de classe” está em conformidade com os preceitos constitucionais que regem o SUS, se ela fere a gratuidade das prestações de saúde prevista na Lei Complementar n. 141/12 e na Lei n. 8080/90 ou ainda se é lícito instituir dentro do sistema o co-pagamento para que cidadãos economicamente privilegiados possam ter acesso diferenciado a bens e serviços de saúde.

Alecrim defende que não deve existir esse tipo de prática na rede pública. “Para nós, gestores estaduais, admitir a “diferença de classe” no SUS seria o mesmo que afrontar as bases e fundamentos do sistema, promovendo de forma inequívoca o retrocesso do direito social à saúde no país”, declarou.

Sobre as consequências para o sistema, Alecrim afirmou que a “diferença de classe” não lida apenas com o direito individual à hotelaria diferenciada e à fidelidade ao médico preferencial, mas também com a forma estatal de ofertar ações e serviços de saúde e suas formas de pagamento. “O co-pagamento é admitido em sistemas de saúde em que a proteção social é destinada somente aos que podem pagar ou aos que têm vinculação profissional. Este modelo não foi satisfatório para a sociedade brasileira e foi condenado pelo Movimento da Reforma Sanitária”.

Por fim, disse que o SUS não é um sistema pronto e acabado pois ainda tem inúmeros problemas a serem enfrentados, como o subfinanciamento, a estruturação de recursos humanos, acesso qualificado às ações e serviços de saúde, mas que ainda assim, é a opção constitucional e social do povo brasileiro.

Aplaudido, o presidente do CONASS fez ainda um apelo aos ministros do STF. “Fui aluno de um hospital privado que cedia leitos para a Universidade Federal de Manaus e naquele hospital o que mais me indignava era que existia ali o pavilhão dos indigentes. Não devemos permitir que isso retorne, com a ‘diferença de classe’, ao SUS”.

Arthur Chioro, ministro de Estado da Saúde, também reforçou que o SUS é regido pelo princípio da equidade, segundo o qual a diferença entre as pessoas é ditada pelas necessidades diferentes e não pelas diferentes possibilidades. “Essa proposta criaria um



Recurso Extraordinário n. 581.488/RS
goo.gl/xw2WFX



Ouvir o texto
goo.gl/KN1MQ8





Wilson Alecrim advertiu que admitir a diferença de classe no SUS seria o mesmo que afrontar as bases e fundamentos do sistema



Assista ao discurso
goo.gl/u1ukGM



privilégio e uma conseqüente desorganização no sistema pela quebra da regulação e ordenamento do cuidado pela gestão pública, ficando esta na mão de cada profissional ou dos prestadores privados”, afirmou.

Para o sub-procurador-geral da República, Humberto Medeiros, o sistema de saúde brasileiro não pode ser discriminatório, preconceituoso e criador de privilégios, permitindo que quem possa pagar tenha do Estado serviço diferenciado dos que não podem arcar com esses custos. Segundo Medeiros, a saúde é um bem coletivo e quando a saúde de alguém é lesada, a saúde de todas as demais pessoas corre risco. “Somente uma proteção universal é capaz de produzir uma proteção individual”, argumentou.

Outro lado

Autor do Recurso Extraordinário interposto no (STF), o Cremers, por meio de seu representante, o médico fisiatra Cláudio Souto Franzen, utilizou dados do Tribunal de Contas da União (TCU) para defender a “diferença de classe” no SUS.

Os números apresentados pelo membro do Conselho apontam para o fechamento de 123 mil leitos em todo o país, de 2010 até este ano.

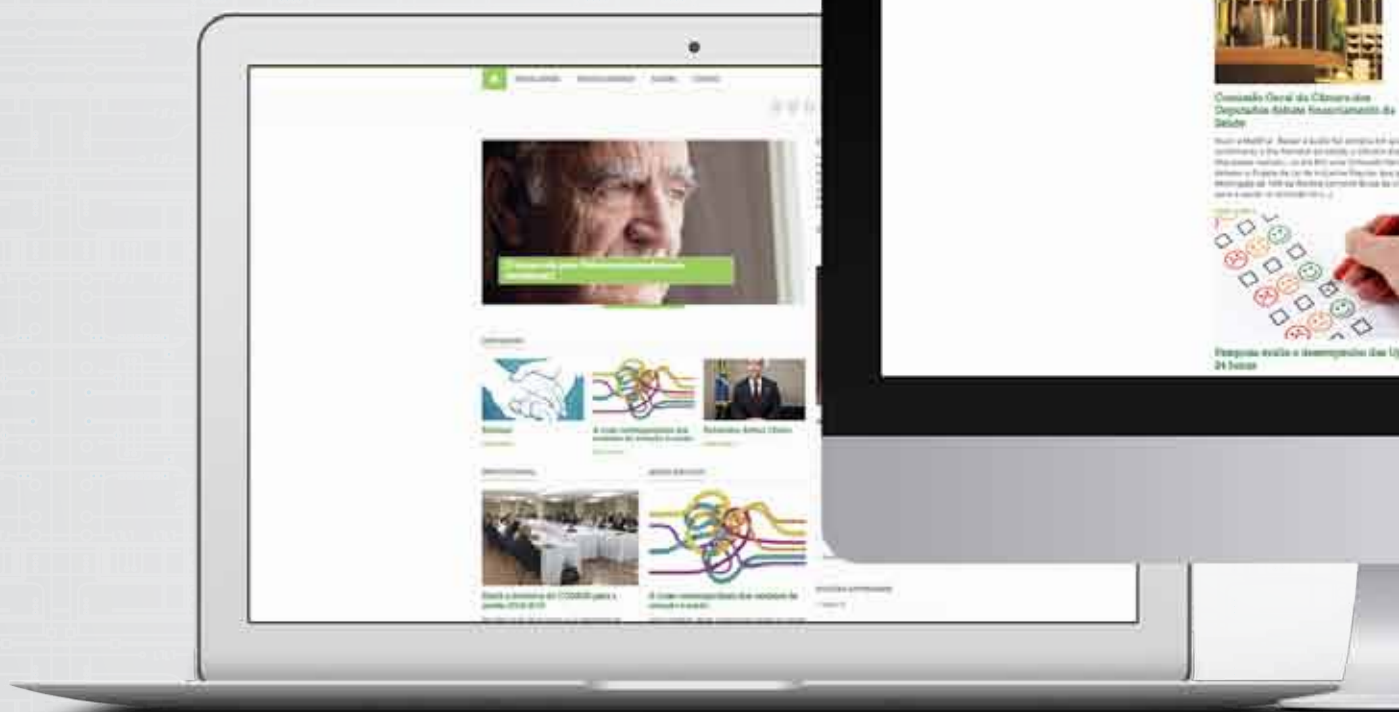
Franzen também observou que a maior parte dos atendimentos médicos feitos no Rio Grande do Sul acontecem em Santas Casas, hospitais privados e demais entidades filantrópicas.

Ainda de acordo com ele, o pagamento realizado pelo SUS pelos serviços prestados por essas instituições mencionadas é inferior ao custo real da assistência prestada. “Temos observado, não só no RS, como em todo o Brasil, o fechamento de hospitais e uma queda significativa do número de leitos à disposição dos pacientes do Sistema Único de Saúde. O SUS da realidade não corresponde àquele que foi idealizado e o acesso universal à saúde é direito do cidadão e não pode ser cerceado por medidas administrativas”, defendeu, reforçando que a rede não pode ser sucateada para defender teses ideológicas desprovidas de comprovação prática.

Ao encerrar a audiência, o ministro Dias Toffoli informou que ainda não há previsão de data para julgamento do recurso extraordinário e explicou que o próximo passo na tramitação do processo será a reunião dos elementos colhidos na audiência e o encaminhamento dos autos à Procuradoria Geral da República (PGR), para emissão de parecer após os debates. ■

A revista Consensus também está na internet

O novo site da revista **Consensus** tem recursos e conteúdos exclusivos, áudios das matérias, edições anteriores, integração com as mídias sociais e muito mais!



Acesse: www.conas

Com o novo site você tem:

- + Interatividade
- + Conhecimento
- + Mobilidade
- + Conteúdo
- + Agilidade

Acesse também pelo seu *tablet* ou *smartphone* e leia a revista **Consensus** a qualquer hora, em qualquer lugar.



www.consensus.org.br/consensus



Como resolver a crise dos modelos de atenção à saúde no Brasil e no mundo?

TATIANA ROSA
ADRIANE CRUZ

Especialistas debateram alternativas para solucionar o colapso enfrentado pelos sistemas de saúde diante de um novo quadro sanitário

“Com o seminário CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde, realizado em Brasília, no dia 13 de maio, o CONASS fomentou a discussão a respeito do predomínio das condições crônicas e da necessidade de modernização dos sistemas de saúde. Este foi o terceiro evento do projeto CONASS Debate que, desde abril do ano passado, tem incitado discussões a respeito de temas importantes para o setor saúde, tendo como mote a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da expressão de pensamentos, de estudos e de opiniões que contribuam para o desenho de caminhos seguros para o sistema.



Ouvir o texto
goo.gl/1i3nSQ





Wilson Duarte Alecrim destacou a relevância do tema diante da conjuntura que o país e o mundo vivem. “Esse não é um problema só do Brasil, da Europa ou só da América do Norte – é um problema comum a todos e que nos instiga à discussão e à busca de soluções. No século passado, 40% a 45% das mortes no Brasil se davam por doenças infecciosas e parasitárias, hoje o quadro sanitário mudou, mas é tão desafiador quanto”, destacou.

Alecrim ressaltou que o objetivo do CONASS é alcançar o máximo de parceiros possíveis para fortalecer a luta pelo SUS e pediu a colaboração do público para divulgar o projeto e disseminar as ideias do CONASS Debate, de maneira que as discussões promovidas sejam cada vez mais valorizadas.

O papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no redesenho de um novo modelo de

atenção à saúde foi o ponto destacado pela secretária-executiva do Ministério da Saúde, Ana Paula Menezes. Segundo ela, é necessário refletir que um sistema universal apresenta desafios importantes do ponto de vista das diretrizes estratégicas, como a promoção da equidade e da integralidade. “Essa base de orientação do modelo é inquestionável e insubstituível, no entanto, ainda não responde satisfatoriamente a essas diretrizes. Além disso, se não repensarmos o papel da APS como ordenadora das Redes de Atenção à Saúde dentro desse novo modelo, não vamos conseguir alcançar nossos objetivos”, disse.

Joaquim Molina, representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no Brasil, citou o contraste entre o recurso público disponibilizado para a saúde e

.....
 Ana Paula Menezes, secretária-executiva do Ministério da Saúde; Wilson Duarte Alecrim, presidente do CONASS; e Joaquim Molina, representante da Opas no Brasil





Conferência de abertura

Assessor do Programa Obamacare, ex-ministro da Saúde do país Basco e diretor de Políticas do Sistema de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), o médico Rafael Bengoa falou sobre a experiência da implantação do modelo de atenção às doenças crônicas no país Basco à época em que foi ministro da Saúde.

Segundo ele, existe uma crise na saúde em todo o mundo, caracterizada por um problema de sustentabilidade dos sistemas. Bengoa admitiu, no entanto, que o desafio de reorganizar esses modelos assistenciais é complexo, mas passível de ser solucionado. “Quando vemos a transição demográfica e epidemiológica pelas quais temos passado, pensamos que não há solução. Ela existe, só que precisamos fazer coisas diferentes daquelas que fazíamos há 40 anos”, alertou.

A mudança no padrão de adoecimento da população, em que as doenças infecciosas e parasitárias foram substituídas quase na sua totalidade pelas condições crônicas, incorreram em expressivo aumento nos gastos com procedimentos clínicos, afirma Bengoa. “Hoje, 14% dos enfermos portadores de doenças crônicas consomem cerca de 50% do gasto total do orçamento em saúde. Essa cifra desequilibra todo o processo de gestão e torna evidente a necessidade de fazermos algo especial em relação a esses pacientes”, ponderou.

Aliadas a essa problemática, estão ainda a complexidade dos procedimentos dos sistemas de saúde que lidam com cerca de 13 mil possibilidades diagnósticas, 4 mil procedimentos cirúrgicos, 6 mil variedades de medicamentos, 20 milhões de atos clínicos. Números que, segundo Bengoa, resultam em aproximadamente 22 profissionais para cada paciente atendido.

Outra questão desafiadora mencionada por ele foi a segurança clínica e a qualidade dos atendimentos que, segundo o conferencista, são preocupantes por serem pouco trabalhadas nas organizações de saúde.

.....
Para o coordenador técnico do CONASS Debate, Eugênio Vilaça Mendes, o Brasil precisa promover mudanças rápidas no seu modelo assistencial

as necessidades da população juntamente com a falta de preparo dos sistemas para responder adequadamente ao crescimento das doenças crônicas, como os grandes provocadores da crise dos sistemas de saúde. “É muito importante que o CONASS, com seu grande peso como instituição gestora do SUS, promova debates sobre o tema. É com satisfação que participamos desse evento e nos comprometemos a divulgar e disseminar seus frutos”, disse.

A necessidade de promover mudanças rápidas no modelo de atenção não só no Brasil, mas em todo o mundo, uma vez que as transições demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais acometem também outros países, foi destacada pelo coordenador técnico do projeto CONASS Debate, Eugênio Vilaça. “Essas mudanças se alastram rapidamente e estão alterando a situação de saúde tanto de países ricos quanto daqueles em desenvolvimento, por isso, precisamos pensar em alternativas que nos permitam ter um modelo de atenção coerente com a conjuntura da saúde predominante no país”, defendeu.



Diante desse leque de desafios, o que podemos fazer? Segundo Bengoa, a solução passa pelo entendimento de que problemas complexos não se resolvem com medidas simples, mas sim com ações conduzidas de forma multidimensional. “Precisamos criar novos discursos, analisar os cenários presentes e desenvolver novas ferramentas coerentes com os desafios a enfrentar. Para ser, de fato, útil para a saúde da população, a estratégia de mudança deve se originar não da lógica privada da gestão ou da simples contenção de gasto, mas deve estar, acima de tudo, sintonizada com as necessidades dos pacientes.”

Em relação à situação por ele enfrentada à época em que foi ministro da Saúde do país Basco, Rafael Bengoa explicou algumas estratégias utilizadas na transformação do sistema

de saúde daquele país. Uma das ferramentas fundamentais foi a estratificação de risco. Além disso, também promoveu-se a gestão proativa dos pacientes crônicos, o cuidado contínuo e a ativação dos pacientes. Esta última, explicou, resulta não só em maior qualidade do serviço oferecido como também em redução de custos assistenciais.

Bengoa concluiu afirmando que os sistemas de saúde atuais não atendem às necessidades e o caráter fragmentado, reigente e paternalista vigente deve ser substituído por outro, no qual exista continuidade dos cuidados, proatividade, responsabilização e capacitação de pacientes, além da total integração entre hospitais e unidades de Atenção Primária à Saúde.



Os expositores Luis Fachinni, Frederico Guanais, Claunara Schiling e Luiz Fernando Rolim, com o apresentador e mediador do debate, Renato Farias



Exposições e debate

Frederico Guanais – Ph.D., especialista Líder em Saúde da Divisão de Proteção Social e Saúde do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID)

Frederico Guanais, citando a “Primeira Economia da Saúde” – que diz que o percentual do gasto em saúde cresce de forma mais que proporcional ao crescimento econômico –, defendeu: “os gastos públicos em saúde devem continuar crescendo e é preciso que os sistemas de saúde estejam preparados para tanto”.

O expositor indagou se o modelo de atenção à saúde do Brasil está preparado para atuar frente aos problemas de saúde do século, tendo em vista o crescimento significativo dos gastos públicos com saúde,

de, seja por causa do envelhecimento, do crescimento econômico ou da mudança no perfil epidemiológico.

Guanais também enfatizou que as condições crônicas estão diretamente associadas à pressão do crescimento dos gastos. Ele acredita que, além de preparar o serviço de saúde, é preciso avaliar seus limites e aprimorar seu alcance, considerando também os determinantes sociais em saúde. “Os Estados Unidos são os que mais gastam e têm resultados medíocres. É preciso olhar o gasto em saúde em combinação com o gasto social e não se pode cobrar do sistema de saúde resultados que muitas vezes são gerados em outros setores”, defendeu.

Frederico Guanais também apresentou dados de um estudo feito originalmente por um instituto de pesquisa americano e aplicado em 11 países de alta renda (Austrália, Canadá,



Percepção sobre o sistema de saúde (%)

BRA	4	41	54
MEX	17	55	27
ES	10	51	36
COL	17	51	30
SUI	54	39	7
SUE	43	45	10
NOR	46	42	12
FRA	39	48	11
HOL	49	43	5
ALE	41	46	10
EUA	24	46	26
UK	61	32	4
NZ	45	44	8
CAN	41	49	8
AUS	47	42	9

- Sistema funciona muito bem e poucas mudanças são necessárias
- Algumas coisas boas no sistema mas mudanças fundamentais são necessárias
- Sistema tem tantos problemas que requer completa reformulação

Fonte: Dados coletados por Commonwealth Fund (2013) e BID (2013, 2014). Apresentação Frederico Guanais.



França, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Suécia, Suíça, Reino Unido e Estados Unidos da América), replicada pelo BID em quatro países (Brasil, Colômbia, El Salvador e México) e em campo no Panamá e na Jamaica.

Os dados foram coletados nos países de alta renda em 2013 e nos demais entre 2013 e 2014. Guanais explica que são resultados preliminares, porém importantes para a compreensão do tema. “Eles nos dão a percepção sobre os sistemas de saúde e, no Brasil, refletem grande insatisfação com a saúde pública e privada. Lembrando que o momento em que a pesquisa foi feita capturou um pouco dos protestos e dos movimentos sociais que estavam acontecendo no país”, esclareceu.

Frederico Guanais falou ainda a respeito da coordenação do cuidado que, segundo ele, é um desafio que tem afetado até mesmo os países de alta renda. Ele reiterou que o estudo mostra a baixa capacidade dos cidadãos no controle de suas condições crônicas, o que, segundo ele, trata-se de desafio enorme porque a população não se sente preparada para lidar com esse novo quadro epidemiológico. “As pessoas acham que não são capazes de promover o autocuidado e controlar suas condições, nem mesmo com o auxílio da APS”, reforçou.

A proteção financeira, que para Guanais é insuficiente tanto no setor público quanto no privado, também foi abordada pelo expositor, citando a reportagem da revista Época sobre gastos por pessoas cobertas por seguros privados.

Guanais finalizou sua exposição apresentando as quatro metas da estratégia do BID publicada recentemente:

1. Pessoas informadas, corresponsáveis pela sua saúde;
2. Serviços de saúde e nutrição com alta qualidade e continuidade da atenção;
3. Proteção financeira mediante gasto eficiente em saúde;
4. Governança eficaz do sistema de saúde e coordenação intersetorial;



Claunara Schilling Mendonça – professora de Medicina de Família no Departamento de Medicina Social da Universidade do Rio Grande do Sul, Médica de Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição, foi diretora de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS)

A expositora destacou a importância do debate a respeito do modelo de atenção e também da funcionalidade e do valor do sistema de saúde e destacou que, mesmo nos países com altos gastos em saúde, os problemas de equidade e integralidade são de difícil resolução e que as crises de qualidade das condições agudas e crônicas estão relacionadas a carências estruturais das redes de serviços, ao processo de gestão e à oferta de atenção.

“Se o sistema de saúde – o modelo de atenção e de oferta das ações e dos serviços de saúde – não dá o fluxo para os usuários, as pessoas buscam a solução daquilo que entendem como a resposta à sua necessidade. É nossa tarefa organizar esse fluxo”, argumentou. E defendeu que, para desenhar o modelo de atenção e atender às necessidades da população, é preciso avaliar as demandas e a oferta da rede.

Participantes de todo o país acompanharam o debate que aconteceu em Brasília e foi transmitido ao vivo pelo CONASS e pelo Canal Saúde



Leia a matéria da revista Época
goo.gl/DW1z8G



Claunara Schilling
goo.gl/15KE1k



Claunara explicou que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad/IBGE), existem aproximadamente 50 diferentes problemas de saúde na rede de serviços e os prevalentes, quando classificados com o código de doença (CID), são inespecíficos. “Por trás desses códigos, temos um mundo de problemas que fazem as pessoas procurarem os serviços de saúde e que precisam ser resolvidos. Esses problemas não são necessariamente doenças e muitos deles são de alta complexidade e vão exigir das pessoas que trabalham nesse ponto de atenção conhecimento muito além do que a gente forma para trabalhar no Brasil.”

A ex-diretora do DAB/MS destacou que, no Brasil, existem muitas diretrizes, planos de ações e estratégias para lidar com a carga das condições crônicas. “Não temos mais de trabalhar com taxa de doença, mas com carga de morbidade, porque as pessoas diferem na sua vulnerabilidade, na resposta aos seus sofrimentos”, defendeu, ressaltando que qualquer modelo de atenção centrado na doença, além de ser mais caro, não traz os melhores resultados.

Segundo Claunara, a tecnologia e o conhecimento em saúde com base no diagnóstico de doenças, que atualmente representa a base para as intervenções em saúde, não são desenvolvidos nos serviços na APS que, apesar de trabalhar com esse formato, não são orientados por doenças, e sim por problemas.

Ela defendeu que é preciso investir na força de trabalho para garantir número, tempo e distribuição dos profissionais de saúde, uma vez que os recursos humanos consomem dois terços dos orçamentos de saúde. “No Brasil, decidimos que temos um modelo abrangente de APS e equipes multiprofissionais e elas precisam se organizar para ter a competência e a abrangência que o nosso país demanda”, enfatizou.

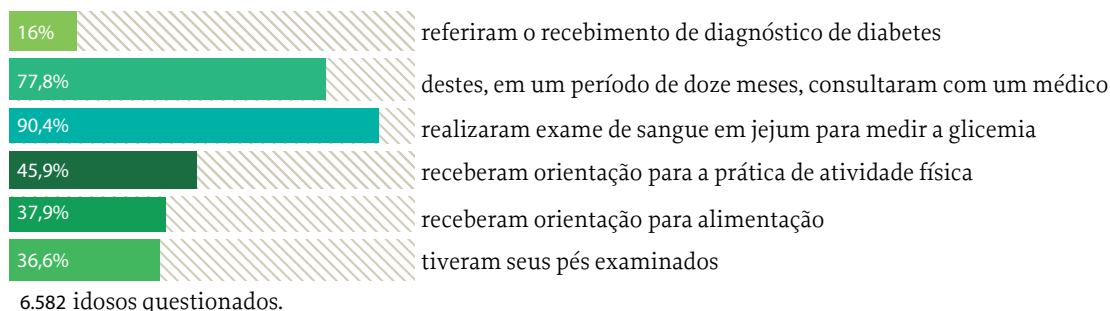
A expositora finalizou sua participação enfatizando a questão da cobertura universal em saúde, dizendo que “onde não há dinheiro, não há prioridade” e que a eficácia dos sistemas de saúde depende muito da eliminação de perdas e dos determinantes sociais de saúde.

Luiz Facchini – professor do Departamento de Medicina Social e dos Programas de Pós-Graduação em Epidemiologia e em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, pós-doutorado em Saúde Internacional, foi presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco)

Luiz Facchini falou a respeito da atenção ao diabetes em idosos, destacando os aspectos relacionados ao acesso e à qualidade desta atenção. Segundo ele, a crise dos modelos de atenção à saúde nos sistemas públicos e privados em todo o mundo desafia o modelo de atenção vigente a responder às necessidades de saúde e de cuidados da população.



Prevalência dos indicadores de acesso e qualidade da atenção



Fonte: Luiz Facchini – Apresentação CONASS Debate.

Livro CONASS Debate – Caminhos da Saúde no Brasil



Disponível gratuitamente, em PDF e eBook,
no site www.conass.org.br/biblioteca

Segundo Facchini, as transições históricas – demográficas, tecnológicas, epidemiológicas e nutricionais –, além da redução expressiva das doenças transmissíveis e do crescimento das condições crônicas e das causas externas, destacam as iniquidades sociais e do modelo de atenção.

O expositor apresentou o estudo Aquares – inquérito epidemiológico sobre o acesso e a qualidade na rede de saúde do Brasil, cujos dados foram coletados em 2009. “A relevância das doenças crônicas não transmissíveis no atual perfil de morbimortalidade no Brasil e do mundo, o crescimento da população idosa e do diabetes e o despreparo do país e do modelo de atenção para responder a essas necessidades nos levaram a avaliar o acesso e a qualidade da atenção no país”, esclareceu.

Facchini destacou que o aumento linear da prevalência do diabetes reduz-se após os 80 anos de idade, tendo em vista o viés de sobrevivência e o subdiagnóstico em razão da dificuldade de buscar o serviço. O estado civil também associa-se à prevalência da doença, que é maior em mulheres viúvas, uma vez que a expectativa de vida das mulheres é maior, portanto, segundo ele, trata-se de um

grupo que precisa de mais cuidados na abordagem dos serviços.

O expositor também enfatizou a dificuldade da abordagem e do manejo de pessoas idosas, obesas e insuficientemente ativas, ou seja, com todos os elementos de complexidade e características de multimorbidade, afirmando que são múltiplos os agravos e os problemas que desafiam o modelo de atenção.

Segundo o expositor, não foram observadas diferenças na prevalência de consulta médica segundo a classe econômica, porém indivíduos mais ricos, quando comparados aos mais pobres, realizaram mais exames de sangue, tiveram os pés mais examinados e receberam mais orientações para atividade física e alimentação saudável.

“O acesso à consulta médica foi similar entre os indivíduos de diferentes classes econômicas. No entanto, iniquidades sociais foram evidenciadas em relação à qualidade da atenção, sugerindo as limitações do modelo de atenção centrado em consultas e problemas agudos”, e finalizou alertando que o modelo de atenção adequado às condições crônicas precisa ser rapidamente implementado no país.





Luis Fernando Rolim
goo.gl/7R7zDw



Luis Fernando Rolim Sampaio – superintendente Geral de Serviços Próprios da Unimed Belo Horizonte, foi diretor de Atenção Básica do Ministério da Saúde, consultor do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto, e assessor técnico do CONASS

O expositor iniciou sua fala destacando a diversidade de opiniões e visões importantes que o CONASS possibilita com a discussão a respeito das questões estruturantes da saúde, dizendo que o debate enriquece a todos os atores da saúde e auxilia a construção e a consolidação dos sistemas de saúde no Brasil e no mundo.

Rolim falou de sua experiência com a saúde suplementar depois de trabalhar por mais de duas décadas com o sistema público de saúde. “Tem sido um aprendizado muito intenso, em especial para uma pessoa que se dedicou tanto ao sistema de saúde brasileiro. Desconhecia completamente a saúde suplementar e fico feliz por poder contribuir com esse novo olhar”, reiterou.

Para Luis Fernando, o cerne da discussão dos modelos de atenção está nas necessidades dos cidadãos que, segundo ele, é um tema complexo da saúde coletiva no Brasil, uma vez que

as respostas do sistema de saúde, mesmo que intersetoriais, devem atender especificamente às necessidades assistenciais da população.

“Não estou invalidando a importância de discussão ampliada, mas temos uma responsabilidade que legitima o SUS, por isso é essencial tratarmos a questão das necessidades fazendo, para tanto, os devidos recortes”, argumentou.

O expositor destacou ainda que, na formação dos profissionais de saúde, devem fazer parte das discussões tanto o perfil da demanda quanto do modelo de atenção. “Temos de pensar onde vamos formar os recursos humanos que atenderão ao modelo de atenção à saúde necessário. Temos na APS um campo de atuação que é complexo, com volume grande de coisas indefinidas”, defendeu.

Rolim também argumentou que há quase 100 anos já havia uma proposta de redes de atenção pensando na possibilidade de integração da medicina, do papel do médico generalista, da porta de entrada, da atenção secundária prestada nas unidades ambulatoriais, mas interligada em uma rede de serviço e de uma atenção terciária localizada nos hospitais.

“O conceito não é novo, mas a complexidade do modelo assistencial aumentou muito. Hoje, temos um volume maior de respostas para os problemas, mas, de qualquer maneira, ainda temos de recuperar essa discussão histórica para tratar desse tema complexo e difícil de lidar que é pensar em sistemas integrados de um contínuo coordenado de serviços”.

O expositor apresentou algumas questões que, segundo ele, foram levantadas pela saúde suplementar para entender o porquê de se organizarem os serviços de saúde em um modelo liderado pela APS e o porquê das dificuldades em efetivar esse modelo no Brasil.

O público presente e os internautas participaram do debate mediado pelo apresentador Renato Farias, do Canal Saúde, parceiro do CONASS no projeto CONASS Debate





Juntos, os expositores debateram o tema respondendo perguntas do público presente e dos internautas

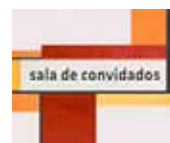
Além da fragmentação da assistência e da competição dos papéis em diferentes pontos da rede, há a integração inversa, a rede centrada em eventos agudos e a gestão de oferta baseada em séries históricas, conforme explicou Rolim.

“O futuro dos sistemas de saúde está sendo planejado a partir do que havia ano passado e do que está surgindo de novo em termos de tecnologia e não das necessidades das pessoas. Como atores setoriais temos a responsabilidade social de propor caminhos viáveis para o sistema e para os serviços de saúde, pois esse é um componente cada dia mais importante no desenvolvimento das sociedades modernas”, concluiu.

O debate mediado pelo apresentador Renato Farias, do Canal Saúde, foi aberto ao público presente e aos internautas após as exposições.

Ao lado, direito, disponibilizamos a cobertura jornalística realizada pelo Canal Saúde, parceiro do CONASS no projeto. No link do canto inferior esquerdo, a nota publicada pela revista IstoÉ, que desde o primeiro evento do projeto CONASS Debate tem acompanhado as discussões. ■

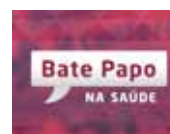
Cobertura Especial



Sala de Convidados
exibido em 20/5/2014
goo.gl/EtXAvY



Jornal da Saúde
exibido em 14/5/2014
goo.gl/NKQ5cn



Bate-Papo na Saúde
exibido em 26/5/2014
goo.gl/gBUjik



Bate-Papo na Saúde
exibido em 2/6/2014
goo.gl/Bf8xfP



Debates
goo.gl/qc42Lr

Nota revista IstoÉ
goo.gl/Jy0XGx

Falando nisso...

Rafael Bengoa, ex-assessor de Barack Obama, participa de debate no Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa



Cerca de 300 pessoas entre médicos, profissionais de saúde e integrantes da sociedade civil participaram do debate Reforma no Sistema de Saúde Americano, promovido pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL), com apoio do CONASS, no dia 12 de maio.

Rafael Bengoa, que assessorou Barack Obama para a reforma do sistema de saúde norte-americano, programa conhecido como Obamacare, foi o convidado especial do evento, ao lado do Superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina Neto, e do presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Antônio Carlos Nardi.

A reforma que está sendo feita nos Estados Unidos da América é uma das prioridades da política doméstica do presidente Barack Obama e deve beneficiar 32 milhões de americanos que atualmente não têm cobertura de saúde. “O programa obriga a todos os norte-americanos a terem um seguro saúde. E, aqueles que

não tiverem, sofrerão uma multa fiscal. É importante destacar que todos os governantes estão pensando em como reconfigurar seus sistemas para ter um que funcione melhor. A atenção primária integrante do sistema de saúde é o melhor modelo porque diminui a sua fragmentação. O resultado é uma redução de custos e, como consequência, maior poder de investimentos para o atendimento de doenças crônicas, como diabetes, por exemplo”, explicou Bengoa, que também é professor na Harvard School of Public Health, ex-diretor de Políticas do Sistema de Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e ex-ministro da Saúde do país Basco.

Do ponto de vista brasileiro, o Superintendente Corporativo do Hospital Sírio-Libanês, Gonzalo Vecina Neto, disse que temos de entender o tempo atual e que isso exige reflexão. “Dispomos de razoável noção do que temos de fazer, mas grande dificuldade em definir como fazer. Na saúde da família, temos um caminho em construção em que médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde estão se apoiando mutuamente; e existe boa possibilidade de integração com a rede de serviços mais complexos. É um processo em construção”, completou Vecina Neto.

O vídeo completo do encontro está disponível na TV IEP. Cadastre-se gratuitamente e assista.



Vídeo Completo
goo.gl/9cjOK9



Biblioteca Digital do CONASS

O SUS em um clique

www.conass.org.br/biblioteca



Revista Consensus interativa: como funciona um QR Code

Para fazer a leitura dos códigos é preciso ter um *smartphone* ou *tablet* equipado com câmera e um aplicativo (app) leitor de QR Code. Praticamente todos os modelos recentes de *smartphones* disponíveis no mercado possuem um app pré-instalado. Caso o seu *smartphone* ou *tablet* não tenha, basta acessar a loja de aplicativos pelo próprio celular (Google Play, Apple App Store, BlackBerry App World, etc.) e fazer o *download* do aplicativo leitor/*scanner* de código QR.



Abra o aplicativo e aponte a câmera para o **QR Code**



Aguarde o aplicativo escanear o **QR Code**



O aplicativo irá processar o código



Pronto! Você poderá acessar uma página na Web, álbum de fotos, vídeos ou áudios



Dono de voz aguerrida, mente lúcida, atitudes coerentes e espírito combativo, o médico sanitарista, pediatra e gestor do SUS Gilson Carvalho por muitos anos bancou o seu ideal inquebrantável de dotar o Brasil de um sistema de saúde universal capaz de responder com presteza e qualidade às necessidades de saúde da população.

Com suas respeitáveis “Domingueiras”, presenteou-nos por anos com suas análises detalhadas e profundas sobre temáticas relevantes para a compreensão e a defesa intransigente daquilo que tanto amou: o Sistema Único de Saúde.

Trilhando caminhos diversos, passou por postos de direção em diferentes níveis de governo. Especialista em saúde pública, foi secretário municipal de saúde de São José/SP, entre 1988 e 1992. Ocupou também o cargo de secretário nacional de Assistência à Saúde no Ministério da Saúde e foi professor de medicina na Universidade de Taubaté (Unitau). No entanto, nunca se dobrou à tendência dos discursos oficiais que, por vezes, em nome da ideologia ou da conveniência do poder, oferecem explicações pouco convincentes e justificativas inaceitáveis.

No dia 3 de julho, deixou órfãos uma legião de trabalhadores e admiradores que diariamente exercem o árduo trabalho em busca do fortalecimento do sistema público brasileiro.

O SUS perdeu. O seu legado, no entanto, continuará servindo de exemplo para todos nós.



Domingueiras
inéditas
goo.gl/aTHJ30



Ouvir o texto
goo.gl/dziawc



Homenagem

Meu amigo Gilson Carvalho

Ah, meus amigos, não vos deixeis morrer assim... O ano que passou levou tantos de vós e agora os que restam se puseram mais tristes; pelo bem que me quereis, amigos meus, não vos deixeis morrer.

Vinicius de Moraes

Em menos de dois anos, perdi duas pessoas queridas: Maria Emília e Gilson Carvalho. A primeira, companheira de Gilson; Gilson, meu amigo, compadre e cunhado.

Estivemos juntos nas veredas da saúde pública: constituinte, lei orgânica, NOB 93, financiamento, repasse fundo a fundo, fundação estatal...

Conheci Gilson no fim dos anos 1970, eu, estudante de direito, e ele, médico. Um amigo comum nos apresentou no Rio de Janeiro, onde residíamos.

Nosso primeiro convívio, a amizade; depois, padrinho de minha filha Andrea. Mas quis a vida nos aproximar mais ainda. Mudei-me do Rio para Campinas e me casei com seu irmão Guido Ivan; de compadre, Gilson passou também a ser meu cunhado.

Logo após a nova relação familiar, a vida em seus atalhos imprevistos e inesperados me levou, em afastamento da Procuradoria da Unicamp, a trabalhar na SES em SP. Conheci a saúde pública.

Unidos pelos laços anteriores, o profissional acabou sendo muito intenso e a minha admiração por ele foi crescente, ante a sua integridade, coerência e humanidade que me encantavam. Sua disponibilidade a todos, a qualquer tempo, também era um diferencial.

Gilson talvez tenha sido a pessoa mais coerente que conheci. Ele agia exatamente como pensava. Unia a teoria à prática. Era tão coerente que um dia deixou sua clínica pediátrica em São José dos Campos para trabalhar no serviço público como médico sanitário. Trocou o conforto, os melhores ganhos privados pelo escasso ganho público. Com a concordância da família, trocou a escola privada de seus filhos pela pública, em razão da necessidade de mudar o padrão de vida ante a escolha feita.

Talvez tenha sido um dos poucos médicos que teve a coragem de empobrecer em nome da causa pública. Deixou cargos públicos; outros recusou, como exemplo o de secretário em Santos na gestão do prefeito David Capistrano.

Certa vez, um amigo, quando ele acabou por recusar ser candidato a prefeito de seu município, disse ser ele uma pessoa irritantemente honesta.

Era humano, ouvinte atento, objetivo em suas análises tanto quanto profundo em seus estudos; discreto em sua vida pessoal; não gostava de disputa por cargos e sempre dizia que o poder nem sempre era usado para tornar realidade as teorias pregadas. Não tinha receio de dizer o que pensava. Inquieto, prático, objetivo, incansável e um provocador irreverente. Ele era o alerta em nossos desvios dos caminhos planejados em razão das acomodações realizadas ou do sabor do poder.

Talvez tenha sido a pessoa, ao lado de Guido Ivan, que mais gostava de trabalhar. Guido tinha horror a uma palavra: férias. Se alguém falasse “vamos tirar férias”, ele se arrepiava porque a coisa que mais gostava era de trabalhar. Gilson era dessa estirpe. Comungavam da mesma mania: trabalhar, trabalhar, trabalhar... Ambos devotados servidores públicos.

Maria Emília, ao falecer a um ano e meio atrás, levou a alegria do Gilson. Gilson gostava muito de brincar, pregar uma peça, como a vez em que, depois de enfartar dentro do Ministério da Saúde e superados os riscos, fingiu-se de morto quando o Guido foi visitá-lo no hospital em Brasília.

Não queria morrer, dizia-me; há uns quatro meses andava se sentindo muito cansado; seu coração tão grande em humanidades se enfraquecia em batimentos. Dias antes de morrer queria sair da UTI, estava irritado, bravo; pediu para chamarem algumas pessoas que estavam com ele na organização da nova faculdade de medicina de São José dos Campos para uma reunião. Tinha muito que fazer. Não podia ficar ali deitado.

Soube de sua morte no aeroporto em Toulouse ao voltar ao Brasil. Para um Brasil que para mim ficava menor, criando em minha alma grande tristeza e um sentimento de ausência, insubstituível.

Lenir Santos

O PAPEL DOS HOSPITAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS*

ARMANDO DE NEGRI FILHO¹
ZILDA BARBOSA²

1 – MD MSc. Coordenador do Ligress (Laboratório de inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas Redes e Serviços de Saúde) do Hospital do Coração (HCor/SP). Coordenador do Projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases. Coordenador-Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) e Aluno do Doutorado em Medicina Preventiva do DMP/FMUSP.

2 – MD MSc. Pesquisadora Associada do Ligress (Laboratório de inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas Redes e Serviços de Saúde) do Hospital do Coração (HCor/SP). Pesquisadora do Projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases. Membro da Coordenação Executiva da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE).

Abordar o hospital no contexto de construção e qualificação das redes regionais de atenção à saúde no Brasil pressupõe, de início, reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutiva enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga.

Ao pensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, seria de grande ajuda desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para poder representá-lo como “condomínio” de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção conforme a natureza da inserção dos seus serviços em termos de responsabilidades populacionais e territoriais compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Incluindo dessa maneira as di-

versas expressões do condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente e possam ser remuneradas conforme a responsabilidade integrada territorial e populacionalmente definidas.

Essa abordagem da complexidade da inserção hospitalar, na construção dos tecidos assistenciais das redes constitutivas dos sistemas regionais, permitiria avançar na ruptura de uma falsa dicotomia conceitual entre hospitais e atenção básica que não raro observamos em vários debates sobre pontos críticos do sistema de saúde, tais como: a superlotação dos serviços hospitalares de urgências, os tempos de espera de atenção, a crise de acesso à média complexidade e a descontinuidade do cuidado entre suas dimensões especializada e básica ou de atenção primária.

A complexidade da inserção dos condomínios hospitalares reconhecidos e pro-

* Este artigo espelha reflexões geradas pelo projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases

jetados em territórios/populações também permitiria revisitar a composição em escala dessas ofertas hospitalares nos territórios, avançando em um planejamento centrado nas necessidades sociais em saúde de caráter presente e prospectivo, projetando as necessidades atuais e futuras na constituição complexa e integrada dos serviços hospitalares com as redes de atenção, considerando resultados assistenciais de alto nível de satisfação e oportunidade para os pacientes cidadãos.

Nessa perspectiva de inserção do hospital na construção de uma nova etapa do sistema nacional de saúde, é fundamental apropriar conceitos que definam a forma de inserção do hospital e que presidam a integração do domínio hospitalar em redes gerando uma governança territorial integrada.

Para tanto, impõe-se responder a uma pergunta essencial: o que é um “hospital”? Essa pergunta descortina uma grande área de intersecção entre o cuidado à saúde e o cuidado social. Leva também a uma série de outras questões relativas à sua tipologia.

Segundo a definição do Ministério da Saúde do Brasil: “O termo *hospital* se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia”.⁽⁵⁾

Encontramos outra definição no manual de orientações para o cadastramento de hospitais no CNES: “estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação,

podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa”.

Esses conceitos diferem um pouco do adotado pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde: “Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial”.⁽⁶⁾

Os hospitais, como definidos acima, podem ser classificados sob vários aspectos:

1) Porte do hospital:

- Pequeno porte¹: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
- Médio porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.
- Grande porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos.
- Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

2) Perfil assistencial dos estabelecimentos:

Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, hospital de urgência, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3) Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar:

Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

1 – O Ministério da Saúde, em 1.º de junho de 2004, editou a Portaria GM n. 1.044, que instituiu política especial para organização e apoio financeiro para Hospitais de Pequeno Porte, na qual considerou apenas os hospitais com 5 a 30 leitos, o que pode gerar conflito de entendimento quando se usa a expressão “hospital de pequeno porte”. Para os fins desse estudo, os hospitais incluídos na portaria mencionada acima serão identificados como HPP.

4) Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde:

Hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

5) Regime de propriedade:

Hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos).

Mckee⁽²⁾ apresenta ainda outra classificação dos hospitais, segundo a relação que os mesmos mantêm com o sistema de saúde:

- *Dominant hospital*: modelo dominante nos países de baixa renda no qual o hospital tem papel essencial no sistema, realizando até mesmo atenção primária, muitas vezes inadequada, realizada em cenário de falta de melhor oferta;
- *Hub hospital*: hospital no centro de um sistema integrado para uma área definida, envolvido no planejamento, na administração e no financiamento dos serviços. Modelo predominante na experiência histórica da União Soviética. Permite pensar financiamentos integrados em base de capitação em territórios fortalecendo o cuidado integrado em redes e linhas e integrando na forma de resultados assistenciais configurativos a ação conjunta dos serviços no território promovendo uma assinação integrada de recursos.
- *Comprehensive hospital*: responsável pelo cuidado terciário, secundário, primário, extramuros. O hospital deve ser o centro da medicina curativa e preventiva. Constitui-se em uma instituição de natureza territorial que organiza a projeção de redes e linhas de atenção / cuidados no território com responsabilidades sanitárias populacionais; e
- *Separatist hospital*: mais comum nos países desenvolvidos, o hospital as-

sume apenas o cuidado agudo, especializado e de curta permanência.

Um debate promovido em torno das categorias de *comprehensive* e *hub* hospital poderia ajudar a definir uma integração horizontal dos hospitais nas redes de atenção regionalizadas, constituindo um caminho de construção de financiamentos per capita integrados, localizando fortemente os hospitais em compromissos territoriais multiescalares, ou seja, com territórios de projeção conforme a inserção de cada um dos seus serviços em redes de atenção que se completam nas regiões de saúde ou se projetam entre regiões. Experiências de assinação de per capita global incluindo a atenção hospitalar integrada a um sistema regional / territorial têm sido utilizadas com sucesso em experiências na Autonomia Valenciana na Espanha.

O Hospital geral com as cinco clínicas básicas – gineco-obstetrícia, pediatria, saúde mental, clínica médica e clínica cirúrgica, com serviço de urgências de porta aberta e apoio diagnóstico coerente com as especialidades e as subespecialidades consequentes à definição de suas inserções em redes e linhas de atenção – ainda surge como a entidade hospitalar base para a regionalização na forma de redes integradas sob a égide da estratégia de atenção primária ou básica estabelecida pela saúde da família. Segundo o que se observa das convergências da literatura especializada, hospitais gerais regionais ou suprarregionais, conforme densidade demográfica e acessibilidade geográfica, com 300 a 500 leitos seriam o padrão de base com melhor desempenho e eficiência para populações de 200 a 250 mil habitantes, sempre estabelecendo a capacidade do leito hospitalar como elemento-chave da sua inserção – plataforma tecnológica e capacidades profissionais associadas, superando a mera quantidade de leitos e, portanto, ajustando perfil de leitos às necessidades populacionais projetadas. Estes parâmetros são evidentemente o referencial-base para pensar

uma arquitetura nacional de sistema hospitalar que entenda de hospitalização, o qual teria de ser adaptado às necessidades de cada estado e região na forma de planos diretores de hospitais, comportando hospitais maiores ou menores, conforme necessidades populacionais sempre planejadas em redes territoriais integradas com presença substantiva da atenção básica e forte ambulatorização dos procedimentos especializados e hospitalares. Nesse sentido, os HPPs poderão ter papel orgânico quando se façam necessários para a arquitetura dos sistemas regionais, assumindo que terão custo maior para serem resolutivos, mas terão de integrar-se a uma rede de oferta de serviços hospitalares, inclusive compondo serviços descentralizados de hospitais maiores de caráter regional.

Na União Europeia, as demais classificações hospitalares são semelhantes, mas encontramos uma nomenclatura diferente da que usamos no Brasil. Pelo que observamos, os hospitais que, habitualmente, chamamos de *hospitais gerais* são conhecidos como *hospitais de agudos*, considerando que tais estabelecimentos oferecem leitos agudos, que são destinados ao cuidado (curativo, terapêutico) clínico, cirúrgico de urgência e eletivo, pediátrico e obstétrico, excluindo-se desse total os leitos psiquiátricos, leitos dia, de longa permanência e cuidados paliativos. Em muitos locais, os leitos de observação, sob variadas denominações, são considerados como leitos dia⁽²⁾ e no Brasil eles não são registrados como leitos.⁽⁷⁾ Importante destacar a especificidade dos leitos de longa permanência para níveis diversos de dependência dos pacientes que são contabilizados em separado e de forma crescente caracterizados em instituições de cuidados em regime de internação, mas não de caráter hospitalar, como nas unidades de cuidado integrado e continuado da experiência portuguesa e espanhola e nos *nursery homes* da experiência inglesa e australiana. Essa necessidade social crescente no Brasil indica o imperativo de se discutir esse

tipo de solução em escala no Brasil e seu financiamento combinado entre a saúde, a assistência social e a previdência social, pois se trata de serviço de uma dimensão importante e de uma distribuição territorial exigente para se manterem os vínculos familiares, calculando-se uma necessidade de 0,5 leito por 1.000 habitantes ou seja 100.000 leitos para uma população brasileira e cuja oferta hoje é quase insignificante para atender às necessidades de uma população que envelhece e tem carga importante de doenças crônicas.

Sobre as classificações, afinal, comenta Mckee:⁽²⁾

A limitação dessas simples classificações está ficando clara, especialmente a divisão entre hospital secundário e terciário, que está sendo considerada cada vez mais obscura nos países desenvolvidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas com extensa ampliação da cobertura assistencial em marcante contraste com a exclusão de aproximadamente metade da população antes dos anos oitenta. Porém, apesar de tantos avanços, o SUS vivencia esperas para procedimentos mais ou menos sofisticados⁽⁸⁾ e superlotação dos serviços de urgência, entre outras insuficiências,⁽⁹⁾ geradoras de profundos sofrimentos, com agravamento de doenças e mortes evitáveis, denunciando um cenário no qual se entrecruzam dois projetos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.⁽⁹⁾

Tal crescimento e ampliação, no entanto, deram-se marcadamente à custa do aumento de serviços ambulatoriais (que não realizam internações), pois, em 1976, havia 7.822 desses estabelecimentos (74% públicos); em 1988, havia 26.509 (74% públicos); e em 2009, já estavam registrados 67.901 estabelecimentos sem internação (70% públicos); em um crescimento de quase nove vezes no período. No setor hospitalar, havia 5.311 estabelecimentos com internação, em 1976 (18% públi-

cos); 7.123 estabelecimentos, em 1988 (24% públicos); e 6.875 estabelecimentos, em 2009 (41% públicos). O número de estabelecimentos com internações cresceu perto de 30%, registrando pequeno declínio após 2005.⁽¹⁰⁾

Claro que para estruturar a atenção integral à saúde em um sistema em que praticamente todo o cuidado era focado na atenção hospitalar, foi necessário grande investimento nos outros elementos constitutivos da rede de atenção, especialmente na atenção primária à saúde. Porém, nos ocorre a seguinte dúvida: *não estaria a atenção hospitalar, em virtude do cunho “hospitalocêntrico” do sistema que se desenvolveu nos anos da ditadura militar, sendo negligenciada em sua necessidade de reformulação, modernização e aprimoramento técnico há alguns anos?*

Sobre o quantitativo de leitos

A Portaria GM/MS n. 1.101 de junho de 2002 estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e, em que pese o fato de ela ser um pouco antiga e, portanto, suscetível a uma série de questionamentos, está vigente e vem determinando fortemente a regulação da oferta de serviços do SUS.

A Portaria GM/MS n. 1.101 determina que seus parâmetros devem ser aplicados às ofertas do SUS e do setor privado, sendo, portanto, parâmetros de necessidade geral. No que diz respeito à maioria dos procedimentos, entretanto, sabemos que os parâmetros da Portaria GM/MS n. 1.101 habitualmente são aplicados apenas às ofertas do SUS, não sendo realizados estudos concomitantes sobre as suas produções na Saúde Suplementar (SS) ou no

setor privado. Possivelmente essa distorção se deva ao fato de, historicamente, o hospital ocupar espaço central no custo do sistema de saúde, no imaginário das pessoas e, por conseguinte, no centro das atenções dos próprios planejadores e gestores do SUS.

Em relação à necessidade de leitos, no enunciado do texto, a Portaria GM/MS n. 1.101 estabelece que são necessários 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes, porém, logo a seguir, apresenta a [Tabela 1, no anexo online](#), que mostra necessidades e percentuais por especialidade do leito, cujos totais indicados situam-se entre 2,07 a 3,38 leitos por 1.000 habitantes.

Em outro trecho da mesma portaria encontramos outra afirmação:

Números de leitos/habitante/ano:

- Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto)
- Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1.000 habitantes na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1.000 habitantes na área rural;
- Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática – área geográfica da Programação), têm como parâmetro 2 leitos/1.000 habitantes na área urbana da sede, mais 1 leito/1.000 habitantes na área rural da sede, mais 1 leito/1.000 habitantes nas outras áreas urbanas atingidas e mais 0,5 leito/1.000 habitantes nas outras áreas rurais atingidas.

Assim sendo, teríamos variação de necessidade de leitos por 1.000 habitantes a depender do tipo de hospital em foco: se hospital local, 3 leitos por 1.000 habitantes, se hospital regional, 4,5 leitos por 1.000 habitantes.

Essa breve leitura da Portaria GM/MS n. 1.101 remete-nos a alguns questionamentos:

- É a tipologia do hospital instalado que deve determinar o número de leitos necessários para uma determinada população ou seria a leitura de suas necessidades?

Tabelas e Quadros
goo.gl/yZ6i9b



Acesse todas as tabelas e quadros do artigo *O papel dos hospitais nas Redes de Atenção a Saúde* no anexo online.

- O Ministério da Saúde, ao elaborar a Portaria, tinha alguma clareza sobre a adequação a pertinência dos parâmetros preconizados, visto que recomendou múltiplos valores em diferentes trechos?
- Poderíamos “inferir” pela Portaria que, em tempos de implementação de Redes Regionais de Atenção, o Ministério da Saúde preconiza a oferta de 4,5 leitos por 1.000 habitantes?

Levantamento realizado junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no mês de outubro de 2011 mostrou que o Brasil, naquele momento, pois teoricamente o cadastro deve ser dinâmico e atualizado mensalmente, contava com um total de 504.338 leitos, sendo 356.608 (70%) deles leitos SUS e 147.730 (30%) não SUS, em total de 2,62 leitos/1.000 habitantes, sendo 1,85 leito/1.000 habitantes para os usuários do SUS, incluindo-se aqui todos os tipos de leitos: gerais, especializados, de UTI, longa permanência, psiquiátricos etc.

No que diz respeito aos leitos não SUS, se usarmos a população de usuários do Sistema Suplementar (SS), cuja média nacional em 2011 foi de 24,6%, teremos 3,12 leitos/1.000 habitantes para esse segmento da população, conforme se vê no [Quadro 2, no anexo online](#).

O número total de leitos por Unidade da Federação varia de 1,66 leito/1.000 no Amapá a 3,39 leitos/1.000 habitantes no Rio de Janeiro. É válido notar que apenas três estados, além do Rio de Janeiro, apresentam número total de leitos acima de 3/1.000 habitantes: Santa Catarina (3,12), Goiás (3,08) e Distrito Federal (3,07). Se utilizarmos os leitos SUS, o total de leitos disponíveis oscila de 1,41 leito/1.000 no Amapá a 2,32 leitos/1.000 habitantes no Piauí. Em relação aos sistemas privado e suplementar, a escassez parece ficar heterogeneamente atenuada e o número de leitos varia de 1,67/1.000 no Amapá a 16,69/1.000 no Rio Grande do Sul, ficando acima dos 3 leitos/1.000 em 16 estados (59% deles).

Assim como os totais apresentados por cada Estado da Federação, os números também são heterogêneos dentro de cada um deles. Observando-se, por exemplo, as capitais, notamos importante concentração de leitos nessas cidades, sendo suas ofertas sempre maiores que a média do estado, conforme se vê no [Quadro 3, no anexo online](#).

Nas capitais, as ofertas variam de 1,40 leito/1.000 habitantes, sendo 0,92 leito/1.000 habitantes SUS e 0,64 leito/1.000 habitantes no setor privado e sistema suplementar (25,2% de população coberta) em Brasília, a 6,24 leitos/1.000 habitantes, sendo 4,26 leitos/1.000 habitantes SUS e 2,61 leitos/1.000 habitantes para o setor privado e sistema suplementar (76,1% de população coberta) em Vitória.

Essa primeira mirada aos estados e suas capitais poderia nos levar a um equívoco de análise, o que é frequentemente observado. Sabendo que no entorno das capitais e maiores cidades do país se aglutinam outras cidades, em geral, de menor porte, julgamos essencial avaliar como se comportam as várias regiões metropolitanas do país em relação à oferta de leitos hospitalares, conforme se vê no [Quadro 4, no anexo online](#).

Nas regiões metropolitanas, o quadro se altera e passamos a ter uma variação dos leitos totais de 0,18 leito/1.000 habitantes, na expansão da região da Foz do Rio Itajaí, a 5,62 leitos/1.000 habitantes, na expansão da região Carbonífera, ambas em Santa Catarina. Quando tomamos os leitos SUS, o número de leitos/1.000 habitantes encontra-se entre 0,29 no colar metropolitano do Vale do Aço a 4,76 na expansão da região Carbonífera. Ainda no que diz respeito aos leitos SUS, nenhuma outra região metropolitana do país apresenta acima de 3 leitos/1.000 habitantes. Quando olhamos a oferta de leitos não SUS/1.000 habitantes, encontramos variações desde nenhum leito no colar metropolitano do Vale do Aço a 7,31 leitos/1.000 habitantes na expansão da região Carbonífera. Diferentemente da oferta de leitos SUS, 23 das 44 regiões existentes

apresentam oferta de leitos não SUS acima de 3/1.000 habitantes (52%).

É importante lembrar que os usuários do setor privado são livres para utilizar também os leitos SUS, mas que aos usuários do SUS não é permitido utilizar os leitos não SUS, o que aprofunda ainda mais a restrição de acesso demonstrada pelos números apresentados.

Ainda em relação aos parâmetros da Portaria GM/MS n. 1.101, se somarmos os percentuais destinados a pacientes em cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação e fisiologia, teremos um parâmetro de necessidade de 26% do total de leitos. No CNES, esses leitos estão agrupados sob a denominação de Outros e, no Brasil, como um todo, sua oferta chega apenas a 13% do total, ou seja, metade do que preconiza a Portaria, sendo 14% do total de leitos SUS e 9% dos leitos não SUS, conforme se vê no [Quadro 5, no anexo online](#).

Claro que, em razão do movimento antimanicomial e das diretrizes da reforma psiquiátrica no Brasil, houve importante redução no número de leitos psiquiátricos, que hoje correspondem a 10% do total de leitos no país, sendo 11% dos leitos SUS e 7% dos leitos do setor privado e SS, em contraposição ao parâmetro da Portaria que preconiza 15%.

As áreas de Cuidados Prolongados e Reabilitação que apresentam, cada uma delas, parâmetro por volta de 5% do total de leitos, no Brasil contam com oferta bastante reduzida, respectivamente: cuidados prolongados – 2% dos leitos totais, sendo 3% dos leitos SUS e 1% dos leitos não SUS; e reabilitação – 0,3% dos leitos totais, com percentuais semelhantes ao total entre os leitos SUS e não SUS.

O [Quadro 6, no anexo online](#), mostra o total de leitos por 1.000 habitantes e sua distribuição percentual entre os vários tipos de leitos nos países descritos nesse estudo e no Brasil. É importante salientar que tais números devem ser olhados com cautela, pois o número que utilizamos aqui

como leitos agudos pode estar incluindo leitos utilizados para cuidados prolongados e paliativos, uma vez que esse tipo de oferta ainda está pouco organizada no Brasil, como se pode ver pelo seu baixo percentual em comparação com a média da OCDE e dos demais países mencionados.

Observando a insuficiência do acesso aos leitos no Brasil e as reduzidas taxas de ocupação de hospitais com baixa capacidade dos seus leitos, ousamos afirmar que pelo menos 30% da oferta de leitos SUS de fato não são utilizados, reduzindo-se ainda mais a oferta real de leitos de 1,85 leito por 1.000 habitantes. Por outro lado, a convergência de parâmetros das experiências dos sistemas universais com forte ênfase na atenção primária e na ambulatorização do cuidado permite situar a oferta de leitos para agudos, eletivos e crônicos em torno dos 3,5 a 4 leitos por 1.000 habitantes, em que particularmente acreditamos que, para o Brasil, a referência de 4 leitos seria conveniente em termos de uma prospecção de necessidades para o impacto que terá uma população mais envelhecida, com crescimento de doenças crônicas e níveis altos de traumatismos e violências, em que projetamos 2,5 leitos para agudos e agudizados, 1,0 para eletivos e 0,5 para crônicos com longa permanência e dependência por 1.000 habitantes.

A busca dessa suficiência projetada de leitos capacitados integrados a cuidados territorializados em serviços integrados a redes e linhas de atenção torna-se fundamental para sustentar a qualidade resolutivas das redes regionalizadas.

A modo de conclusões

É impositivo que aproveitando a atual conjuntura de debates e buscas de novos referenciais expressos na recente Política Nacional de Atenção Hospitalar, nos estudos sobre os HPPs e na revisão da Portaria GM n. 1.101/2002, façamos esforço de reforma hospitalar no âmbito do SUS da mesma forma

que outros sistemas universais tiveram de realizar no transcurso do seu desenvolvimento histórico e levando em conta o grave e exigente contexto brasileiro, que apresenta transição epidemiológica polarizada e prolongada como reflexo de seu padrão desigual de desenvolvimento, associada a uma transição demográfica acelerada, resultando em demanda de grande volume e complexa em sua diversidade.

Construir modelos conceituais de hospitais e de outras ofertas institucionais conforme a natureza da atenção às necessidades em regime de internação dos pacientes exige desenvolver concomitantemente pelo menos três tipologias em suas finalidades: para pacientes agudos, eletivos (que podem ser considerados ainda agudizados ou subagudos e serem incluídos ou não no espectro amplo dos pacientes agudos) e crônicos (de longa permanência e uma diversidade de necessidades derivadas de suas dependências que vão do hospital dia até os cuidados paliativos e terminais), mediante a projeção de linhas de atenção populacionais e definição de suas escalas de complexidade como disposição crescente de padrões de consumo e oferta do cuidado.

Para poder elaborar propostas de planos diretores em contexto de reforma do sistema hospitalar brasileiro, será necessário simular essas tipologias em modelos de suficiência de atenção projetadas em territórios/populações com caráter prospectivo para os próximos 25 anos, desconstruindo os hospitais como monólitos e projetando seus serviços nas redes e nas linhas de atenção para responder à universalidade com dimensionamento do acesso segundo necessidades, à integralidade como atributo da integração e da qualidade do sistema e com igualdade em termos de assinação de recursos, qualidade e segurança dos processos e dos resultados assistenciais para os pacientes cidadãos, promovendo a equidade para superar as exclusões e as injustiças em termos de desempenhos variáveis do próprio sistema. ■

Bibliografia Consultada

- 1 Mckee M. European Observatory on Health Systems and Policies. Reducing Hospital Beds – What are the lessons to be learned? Policy Brief 6, 2004.
- 2 Mckee M, Healy J. European Observatory on Health Systems Series. Hospitals in a changing Europe, 2002.
- 3 Gibbs A, Pearse EJ, Sheehan JA, Meleady KT, Jayasinha H, Jones N. Estimating and projecting subacute care demand: findings from a review of international methods. Australian Health Review November. 2008;32(4):778-85.
- 4 OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria 312 de 2 de maio de 2002.
- 6 Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2 – Atualização.
- 8 Borlini LM. Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. Textos & Contextos. 2010;9(2):321-33.
- 9 Bittencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
- 10 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS, 2009.

Parceria Internacional – O assessor para Relações Internacionais do CONASS, Fernando Cupertino, visitou, no começo de julho, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade de Lisboa, para debater ações conjuntas no âmbito de uma Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (Leias) e outras áreas de parceria interinstitucional, como o fortalecimento dos cuidados de saúde primários nos países de Língua Portuguesa, o apoio às atividades de formação para países do continente africano e a elaboração de um catálogo de publicações no campo da gestão em saúde. A primeira publicação, fruto dessa parceria, já está em fase de produção e será lançada em novembro deste ano.

Saúde do Viajante – Você sabia que quem vai para o exterior pelos portos, aeroportos e fronteiras do país pode contar com o novo sistema on-line de orientação e controle sanitário de viajantes? Trata-se do sistema Saúde do Viajante que contém informações dinâmicas e atualizadas para evitar riscos à saúde. Agora, o viajante encontra informações sobre o país de destino, normas da Anvisa para entrada de produtos na bagagem e consegue emitir o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia, documento que comprova a vacinação contra doenças, conforme definido no Regulamento Sanitário Internacional. Acesse e conheça: <http://www.anvisa.gov.br/viajante/>.

Planificação da APS – Assessores técnicos do CONASS, mestres em Saúde Pública pela Universidade de Brasília, estarão nos próximos meses, juntamente com assessores técnicos da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, também mestres, orientando os alunos do Curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Atenção Primária à Saúde em seus projetos de intervenção da organização da Atenção com foco na APS, no município de Tauá/CE. O curso, com duração de aproximadamente dois anos, teve início em janeiro deste ano e é promovido pela Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, pelo CONASS, pela Prefeitura Municipal de Tauá e pela Escola de Saúde Pública do Ceará com o apoio da Fio-cruz e da Universidade de Fortaleza (UniFor).

Saúde na Copa – Foram 17.042 atendimentos dentro e fora dos estádios da competição, como no entorno das arenas, fan fests, public views e outros locais de grande concentração de turistas. Esse foi o número registrado pelo Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde Nacional (CIOCS), do Ministério da Saúde, durante os 64 jogos do mundial. Já o aplicativo Saúde na Copa, iniciativa pioneira no mundo em eventos de massa, recebeu 44.029 registros de 7,2 mil usuários relatando a sua condição de saúde. Não ganhamos dentro de campo, mas ganhamos em termos de experiência bem-sucedida para ser exemplo para o mundo!

A comunicação do SUS – Vem novidade por aí! O próximo tema de discussão do Projeto CONASS Debate será a comunicação social no SUS. Com a parceria do Canal Saúde, a proposta do Conselho é debater a importância das ações de comunicação para o sistema.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga
twitter.com/CONASSoficial



Curta
facebook.com/conassoficial

consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

PRESIDENTE

Wilson Alecrim (AM)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste: Halim Antonio Girade (GO); **Região Nordeste:** Jorge Villas Boas (AL); **Região Norte:** cargo vago; **Região Sudeste:** Marcos Esner Musafir (RJ); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR)

COMISSÃO FISCAL

Titulares: Waldson Dias de Souza (PB); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); **Suplentes:** Suely de Souza Melo da Costa (AC); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT)

REPRESENTANTES DO CONASS

na Hemobrás: cargo vago; **na ANS:** René José Moreira dos Santos (PR); **na Anvisa:** Sandra Maria Sales Fagundes (Titular, RS), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Ana Maria Martins César Albuquerque (PE); Antonio Lastória (MS);
Ciro Gomes (CE); David Everson Uip (SP); Elias Fernando Miziara (DF); Halim Antonio Girade (GO); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jardel Adailton Souza Nunes (AP); Joélia Silva Santos (SE); Jorge Araújo Lafeté Neto (MT); Jorge Villas Boas (AL); José Geraldo de Oliveira Prado (MG); José Tadeu Marino (ES); Luiz Antônio Ferreira (TO); Luiz Roberto Leite Fonseca (RN); Marcos Esner Musafir (RJ); Michele Caputo Neto (PR); Mirócles Campos Vera Neto (PI); Ricardo Murad (MA); Sandra Maria Sales Fagundes (RS); Stênio Nascimento da Silva (RR); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Tânia Maria Eberhardt (SC); Waldson Dias de Souza (PB); Washington Couto (BA); Williams Pimentel (RO); Wilson Alecrim (AM)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

O Consensus é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

JORNALISTA RESPONSÁVEL

Adriane Cruz | RP 7672 DF

PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda
Thales Amorim

DIAGRAMAÇÃO, ILUSTRAÇÕES E CAPA

Marcus Carvalho

IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

TIRAGEM

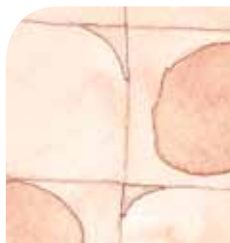
7.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

Opiniões, sugestões e pautas

Assessoria de Comunicação Social
E-mail: ascom@conass.org.br

Ed. Terra Brasilis
Setor de Autarquias Sul
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404
CEP: 70070-010 – Brasília-DF



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



IdeiaSUS

Banco de Práticas e Soluções
em Saúde e Ambiente



www.ideiasus.fiocruz.br

Compartilhe práticas, ações, iniciativas, projetos e programas que tenham por finalidade o enfrentamento de problemas nos campos da saúde e ambiente, com foco no SUS.

Acesse, divulgue a sua prática e conheça outras experiências!



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CONASS

Conselho Nacional de Secretários de Saúde



Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASEMS
1988