

Fundação João Pinheiro
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho
Programa de Mestrado em Administração Pública

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E EFICIÊNCIA NA PROVISÃO DE SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE.**

BELO HORIZONTE, 2008.

Daniela Balbina de Souza Crespo Marra

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E EFICIÊNCIA NA PROVISÃO DE SERVIÇOS
PÚBLICOS DE SAÚDE: O CASO DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro, com área de concentração em Gestão Econômica – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Orientador: Ricardo Carneiro

BELO HORIZONTE
2008

Marra, Daniela Balbina de Souza Crespo.

Institucionalização e eficiência na provisão de serviços públicos de saúde: o caso do município de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 2008.

Orientador: Ricardo Carneiro

Dissertação (Mestrado) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Programa de Mestrado em Administração Pública.

Bibliografia.

1. Saúde. 2. Eficiência. 3. Indicadores.
4. Legitimidade. 5. Neo Institucionalismo.

Daniela Balbina de Souza Crespo Marra

Institucionalização e eficiência na provisão de serviços públicos de saúde: o caso do município de Belo Horizonte.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Administração Pública da Fundação João Pinheiro, com área de concentração em Gestão Econômica – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Belo Horizonte, ____/____/____.

Ricardo Carneiro (Orientador) – Fundação João Pinheiro

Reginaldo Nogueira – Fundação João Pinheiro

Cândido Luiz de Lima Fernandes – Universidade Federal de Minas Gerais

Aos meus grandes amores Fernando, João Pedro e Mateus.

Agradecimentos

Ao meu orientador Ricardo Carneiro por tudo! Pela tranquilidade, por acreditar e aceitar este desafio; e principalmente pelo fato de possibilitar uma mudança de pensamento sobre o trabalho desenvolvido. Pela convivência que me trouxe serenidade, confiança e força de vontade para seguir este caminho. Muito obrigado é simples demais para o conhecimento que adquiri neste tempo de pesquisa. Valeu! A todos os professores da Escola de Governo que durante esses dois anos, fomentaram em mim o desejo de aprender.

Ao Professor Afonso Henriques Borges Ferreira, Diretor da Escola de Governo, por ter me iniciado em Economia da Saúde e pela exposição de aulas que modificaram meu pensar em Economia.

Aos professores da Banca Examinadora que aceitaram o convite de participar dessa defesa e pelos preciosos comentários.

À Professora Edite Novais da Mata Machado por ter me indicado as obras de vários autores sobre a saúde.

As colegas do Mestrado, Patrícia, Alessandra e Vânia hoje mais que amigas. A Alê e a Paty por me ouvirem, por segurar e derramar tantas lágrimas, pelos risos, por me incentivarem a continuar, enfim por compartilharem dos momentos felizes, tristes e difíceis durante esses dois anos. Vocês foram meu pronto-socorro, e Ale minha UTI!

À minha querida amiga Cath, por me ouvir e falar, por ficar perto, pela interessada leitura, sempre atenciosa e carinhosa.

Ao meu estimado amigo Léo Moraes, pelos comentários, pelas críticas, pela disposição, pela confiança e incentivo constantes.

À minha amada Mãe, à Sasá, Lu e Pablo, irmãos queridos, pela compreensão, amor, carinho e apoio. “A união faz a força” e juntos sempre seremos fortes!

Ao meu Pai, por entender as ausências e pela presença mesmo longe.

Aos meus sogros, cunhadas e cunhados, pelo suporte familiar e carinho, pela compreensão e pelo alimento nosso de todo sábado.

À minha assistente de casa, Celma, por cuidar dos meus filhos para que eu pudesse trabalhar tranqüila.

Aos meus filhos, João Pedro e Mateus, que nasceram e cresceram junto a este trabalho. Obrigada por me escolherem como Mãe e por superarem as dificuldades junto comigo, com tanta alegria!

Ao Fernando, pelo amor, pela paciência, pelas ausências, pelo carinho, pelo conforto, por acreditar e confiar que eu conseguiria. Por você esse projeto saiu do papel.

À Deus, pela força que me fez superar o cansaço, a pressão e me deu inspiração pra desenvolver este trabalho. Obrigado por viver!

***“...O mundo vai girando cada vez mais veloz
A gente espera do mundo e o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência ...”
Lenine e Dudu Falcão***

Sumário

Introdução	16
1. A teoria do Novo Institucionalismo na análise organizacional	28
2. Processos de Institucionalização da Saúde	42
2.1. Trajetória da medicina e das atividades médicas: a profissionalização da atividade	43
2.2. A trajetória da profissionalização da atividade médica no Brasil	52
2.3. A trajetória do setor de saúde no Brasil: o desempenho do Estado	58
3. Estudo de Caso: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte e sua rede de assistência hospitalar.....	78
3.1. Notas Metodológicas	79
3.2. Os sistemas de saúde: Arranjo institucional e o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.....	81
3.3. Características da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.....	95
3.4. Análise dos indicadores de saúde produzidos pelo SUS de Belo Horizonte	102
COMENTÁRIOS FINAIS	125
BIBLIOGRAFIA	128
ANEXOS	132

Resumo

Este trabalho apresenta as organizações de saúde sob o ponto de vista da Teoria do Neoinstitucionalismo Sociológico: não apenas como regras e normas formais, mas também como os sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que fornecem “padrões de significação” que guiam a ação humana. Assim, procura-se mostrar a institucionalização do setor de saúde através de dois vetores importantes: a profissionalização e a regulamentação. Na tentativa de depreender o nível do arranjo institucional existente e as fontes da autoridade cultural verificadas na figura do médico e do Estado, que conferem legitimidade às instituições.

É apresentada uma investigação que se fez dos resultados produzidos, através dos indicadores fornecidos pelo Sistema Único de Saúde como objetivo demonstrar como as organizações de saúde, que participam do Sistema Único de Saúde – SUS, sobrevivem com sucesso neste ambiente institucional, sem contudo, evidenciar uma preocupação mais explícita em prestar serviços eficientes. Para o estudo de caso, foram utilizados dados do município de Belo Horizonte e de sua rede de assistência hospitalar.

Palavras-chave: Saúde, instituições, eficiência, legitimidade, indicadores, neoinstitucionalismo.

Abstract

This work presents the organizations of health under the point of view of the Theory of the Sociological New Institutionalism: not only as formal rules and norms, but also as the systems of symbols, cognitivos projects and moral models that supply "significação standards" that they guide the action human being. Thus, she looks herself to show the institutionalization of the sector of health through two important vectors: the professionalization and the regulation. In the attempt to infer the level of the existing institucional arrangement and the verified sources of the cultural authority in the figure of the doctor and the State, who confer legitimacy to the institutions.

An inquiry is presented that if made of the produced results, through the pointers supplied for the Only System of Health as objective to demonstrate as the health organizations, that participate of the Only System of Health - SUS, survive successfully in this institucional environment, without however, to evidence a more explicit concern in giving efficient services. For the case study, they had been used given of the city of Belo Horizonte and its net of hospital assistance.

Word-key: Health, institutions, efficiency, legitimacy, indicators, New Institutionalism.

Lista de Ilustrações

Figura 1: Esquema comparativo entre as Teorias da Contingência e Neoinstitucionalista

Figura 2: Os componentes e as relações nos sistemas de saúde

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Quantidade e valor total por procedimento ambulatorial no ano de 2006.

Gráfico 2: mortalidade proporcional segundo grupo de causas – CID10 para todas as idades.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Relação do tipo de unidades de assistência médica

Tabela 2: Frequência dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica

Tabela 3: Frequência de médicos inscritos no CRMMG

Tabela 4: Distribuição dos recursos humanos por ocupação, categoria de estabelecimento e atendimento ao SUS

Tabela 5: Distribuição dos Hospitais Gerais por atendimento ao SUS

Tabela 6: Distribuição dos hospitais segundo a natureza jurídica

Tabela 7: Número de leitos disponíveis em Belo Horizonte

Tabela 8: Valores gastos em Reais e indicadores percentuais

Tabela 9: Transferências e Pagamentos (R\$)

Tabela 10: Frequência e valores de Internações por especialidade (por local de internação)

Tabela 11: Valores Médios Anuais de procedimentos per capita

Tabela 12: Frequência e valores das internações por natureza jurídica (por local de internação)

Tabela 13: Frequência e valores das internações por natureza jurídica (por local de residência)

Tabela 14: Resultados das Internações por natureza jurídica

Tabela 15: Resultado das Internações por especialidade

Tabela 16: Indicadores de Mortalidade per capita e infantil

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

BH – Belo Horizonte

CFA – Conselho Federal de Administração

CID – Cadastro Internacional de Doenças

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEC – Ministério de Educação e Cultura

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde representante da
Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PSF – Programa de Saúde da Família

RIPSA – Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SADT – Serviço de Apoio a Diagnose e Tratamento

SE – Secretaria de Estado

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM – Sistema de Informações sobre mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre nascidos vivos

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

As organizações formais têm importância substancial na sociedade moderna, uma vez que muitos produtos e serviços essenciais somente se tornam disponíveis quando existem organizações dispostas a produzi-los. Inúmeros (autores) cientistas dedicaram-se a estudá-las, criando teorias reconhecidamente aceitas na sociedade, a exemplo de Max Weber e dos principais representantes da Escola (da Teoria) Clássica da Administração, Henry Fayol, e da Administração Científica, Frederick Taylor.

De acordo com Weber (1982), as organizações formais modernas ou burocráticas baseiam-se em leis ou regras procedimentais, nas quais as pessoas acreditam por seu caráter racional. O tipo ideal de burocracia apresenta três características que a distinguem de grupos informais: a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo. Dessa forma, a burocracia é uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos.

Durante a Revolução Industrial, a invenção e a proliferação das máquinas na Europa e América do Norte contribuíram para que a organização se tornasse mecanizada, buscando se adaptar às exigências das máquinas. As organizações passam a ser vistas como se fossem máquinas e, conseqüentemente,

surge uma tendência em esperar que operem como tais: de maneira rotinizada, eficiente, confiável e previsível. (Morgan, 1996)

Assim, no início do século XX, idéias de como levar a organização a uma gestão eficiente do trabalho foram sintetizadas numa teoria sobre organização e administração, que apontam na direção do modelo burocrático weberiano. A Teoria Clássica da Administração enfatiza que as organizações podem ou devem ser sistemas racionais que operem de maneira tão eficiente quanto possível. A lógica da eficiência assume um papel fundamental nos objetivos da organização.

“Eficiência é a palavra usada para indicar que a organização utiliza corretamente seus recursos. Quanto mais alto o grau de produtividade na utilização dos recursos, mais eficiente a organização é. Em muitos casos, isso significa usar menor quantidade de recursos para produzir mais.” (Maximiniano, 2004, p. 131)

Fayol (1990) é um reconhecido teórico da Escola Clássica da Administração. Convencido da necessidade de organizar o pessoal das grandes empresas de modo racional, criou sua própria doutrina, um modelo de gestão, de prescrição presumidamente universal, apresentado por ele próprio:

‘Pode-se dizer que até agora o empirismo tem remado na administração dos negócios. Cada chefe dirige à sua maneira, sem se preocupar em saber se há leis que regem a matéria. É necessário introduzir o método experimental, como Cláudio Bernard introduziu na Medicina, isto é, observar, recolher, classificar e interpretar os fatos. Instituir experiências. Impor regras.’ (FAYOL, 1990, p. 9)

A racionalização dos processos organizacionais movida pela lógica da eficiência tem, em Taylor, outra referência reconhecida pela literatura no campo da

Teoria das Organizações. O autor, considerado como um dos criadores da denominada Administração Científica, defendeu o uso de estudos de tempos e movimentos como meio de analisar e padronizar as atividades de trabalho ou tarefas da organização, através da aplicação de alguns princípios básicos¹. Morgan (1996) aponta que o objetivo principal era descobrir o melhor modo de fazer as coisas, em outras palavras, de buscar a eficiência dos processos produtivos da organização.

Morgan (1996) afirma que organizações mecanicistas são planejadas para atingir determinados objetivos. Assim, os princípios básicos têm sido popularmente utilizados devido, em parte, aos aumentos de produtividade e rentabilidade nas organizações, e em outra, por reforçar padrões particulares de poder e controle.

No entanto, circunstâncias de mudanças causam dificuldades a essas organizações, porque pedem diferentes tipos de ação e de resposta que esbarram na rigidez dos processos rotinizados e nas limitações na adoção de inovações advindas da centralização decisória. Segundo a autora, são circunstâncias nas quais a flexibilidade e a capacidade de ação criativa são importantes para assegurar a eficiência. Assim, pressupõe-se que organizações de conformação mecanicista teriam dificuldades em se reproduzir, em função da competição com outras organizações de seu campo de atividade. Neste ínterim, torna-se “mais importante fazer a coisa certa enquanto há tempo e de maneira ‘suficientemente certa’, do que

¹ Morgan (1996) condensou cinco princípios básicos: 1. Transfira toda a responsabilidade da organização do trabalho para o gerente (segregação entre planejamento e organização do trabalho); 2. Use métodos científicos para determinar a forma mais eficiente de fazer o trabalho; 3. Selecione a melhor pessoa para desempenho da função; 4. Treine o trabalhador para que seja eficiente; 5. Fiscalize o trabalhador para assegurar a execução do procedimento e a obtenção do resultado determinado.

fazer bem a coisa errada ou aquilo que é certo, tarde demais.” (Morgan, 1996, p. 76). Aponta-se aqui na direção de arranjos organizacionais mais dinâmicos e variados, relativizando as pretensões universalizantes da Administração Clássica.

Nas décadas de 50 e 60, segundo Morgan (1996), a pesquisa sobre organizações permitiu a identificação de arranjos alternativos à burocracia e às abordagens mecanicistas, no modelo das prescrições da Administração Clássica e Científica. Da análise desses arranjos surgem modelos que retratam as organizações cujo funcionamento depende mais da iniciativa e da motivação das pessoas do que das regras e procedimentos padronizados, na linha dos denominados modelos orgânicos.

Em consequência aos estudos acerca do modelo orgânico, Morgan (1996) destaca o surgimento da Teoria Contingencial. Quando se reconhece que os indivíduos, os grupos e as organizações têm necessidades que devem ser satisfeitas, a atenção volta-se, invariavelmente, para o fato de que isto depende de um ambiente mais amplo a fim de garantir várias formas de sobrevivência. Essas “descobertas” são enfatizadas dentro dessa teoria, que evidencia a importância da adaptação ou a adequação da organização ao meio ambiente, movida pela lógica da eficiência. Enfoques mais orgânicos e mais flexíveis contribuiriam para o sucesso da organização em ambientes instáveis e turbulentos.

Analisando os estudos sobre organizações descritos até agora, observa-se uma tendência das organizações em adotarem modelos racionalizados que tornem suas estruturas mais eficazes, a fim de atingirem os objetivos determinados com mais eficiência.

No fim dos anos 70, segundo Hall e Taylor (2001), surge, no quadro das teorias das organizações, um movimento denominado Institucionalismo Sociológico, também conhecido como Neoinstitucionalismo², que aponta em direção diferente às idéias até então predominantes, focadas na busca da eficiência como princípio de racionalização dos processos organizacionais. Os neoinstitucionalistas asseveram que muitas das formas e dos procedimentos utilizados pelas organizações modernas não seriam adotados simplesmente porque fossem as mais eficazes no cumprimento das tarefas. Segundo eles, essas formas e experiências deveriam ser consideradas como práticas culturais, comparáveis aos mitos e às cerimônias elaborados por numerosas sociedades. Não estariam necessariamente ligadas a um aumento da eficácia das organizações, mas à sua legitimação. Assim, não importa apenas a busca pela eficiência. A questão da construção de legitimidade organizacional, tanto interna como externamente, assume papel central nas organizações, segundo esse movimento.

A análise organizacional do ponto de vista do neoinstitucionalismo propõe, assim, uma nova abordagem para a análise e apreensão da relação entre as organizações formais e o ambiente, comparativamente a visão até então predominante³. Com o intuito de evidenciar as principais diferenças apontadas pelas teorias, foi montado o esquema abaixo, conforme Meyer e Rowan (1991):

² O neoinstitucionalismo é um termo aplicado a uma perspectiva teórica sobre pelo menos três métodos de análise diferentes, o institucionalismo histórico, o institucionalismo da escolha racional e o institucionalismo sociológico. Esses métodos apresentam diferentes atitudes em relação a alguns pontos considerados fundamentais em uma análise institucional, como (1) a construção da relação entre instituição e comportamento; (2) a explicação do processo pela qual as instituições surgem ou se modificam. Ver mais em Hall e Taylor, 2001.

³ Teoria da Contigência, ver mais em DONALDSON, Lex. Teoria da Contingência organizacional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. (orgs.) Handbook de estudos organizacionais. São Paulo: Atlas, 1999.

Figura 1: Esquema comparativo entre as Teorias da Contingência e Neoinstitucionalista

Aspectos da análise	Visão anterior	Neoinstitucionalismo
Variável principal:	Técnica	Institucional
Origem da estrutura formal:	Demandas/necessidades de suas atividades produtivas	Mitos
Objetivos e resultados produzidos:	Aumento da eficiência	Aumento da legitimidade
Forma de ação do sistema:	Racional	Cerimonial

Fonte: MEYER, John W.; ROWAN, Brian – *Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony*. In: POWELL, W.; DiMAGGIO, P. (orgs.) – *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

Os neoinstitucionalistas sociológicos sustentam que as organizações adotam com frequência uma nova prática institucional por razões que têm menos a ver com o aumento da sua eficiência do que com o reforço que oferece à sua legitimidade social e à de seus adeptos. Sob este ponto de vista, torna-se fundamental a questão do que confere legitimidade a certos arranjos organizacionais antes, do que a outros. Essa questão, de acordo com Hall e Taylor (2001), leva a reflexão sobre as fontes de autoridade cultural dentro da organização:

“Em sociologia, certos institucionalistas enfatizam o fato de que a expansão do papel regulador do Estado moderno impõe, pela via da autoridade, numerosas práticas às organizações. Outros salientam que a crescente profissionalização de numerosas esferas de atividade engendra comunidades profissionais dotadas de uma autoridade cultural suficiente para impor a seus membros certas normas ou certas práticas.” (p. 212)

O presente trabalho tem, como objetivo, discutir eficiência e legitimidade no âmbito das atividades desenvolvidas pelas organizações de saúde que participam do Sistema Único de Saúde – SUS. Apesar da existência de um discurso formal acerca da necessidade de atingirem a eficiência nos serviços prestados à população, pretende-se mostrar, à luz das contribuições teóricas

neoinstitucionalistas, a forma como a autoridade cultural, admitida a partir da profissionalização, da normatização dos processos e da regulamentação estatal, influencia ou pode influenciar os resultados ou produtos das organizações de saúde, bem como de todo sistema de saúde, via lógica da legitimidade. A questão central aqui é que a lógica da legitimidade não se coaduna, necessariamente, com a lógica da eficiência (Meyer e Rowan, 1991). Para fins da análise pretendida, tomar-se-á o Município de Belo Horizonte e suas organizações hospitalares, o que confere ao trabalho a configuração de estudo de caso.

A obtenção de indicadores para avaliar a eficiência em organizações hospitalares é considerada, por Marinho (2003), como uma tarefa difícil. Tais dificuldades de mensuração têm sido contornadas, parcialmente, para efeitos gerenciais, com a adoção de critérios de avaliação e de tomada de decisão que se baseiam no que a literatura convencionalmente denomina indicadores de desempenho — *performance indicators (PI)*⁴. No entanto, o autor critica o uso desses indicadores⁵, para os quais 'na verdade, muito freqüentemente, não existe absolutamente nenhuma racionalidade econômica para justificar a utilização do indicador em questão'. Assim, enfatiza a incapacidade dos *PI* em exprimir resultados sintéticos de eficiência produtiva. No entanto, reconhece sua aplicação na identificação de tipologias de organizações e na obtenção de melhor visibilidade para aspectos "locais" de ineficiências.

Existe um método para a avaliação da eficiência conhecido na literatura econômica como Análise Envolvória de Dados (*DEA – Data Envelopment Analysis*),

⁴ Para ver mais, consulte Marinho (2003) e Façanha e Marinho (1998)

⁵ Essa opinião é esposada por Barrow e Wagstaff (1989)Chilingerian (1994), Bates (1997), e mesmo por Thanassoulis, Boussofiane e Dison, mencionados por Marinho (2003).

discutido por Charnes et al (1978). Esse modelo foi utilizado para estudos no setor de saúde por Marinho (2003) e Calvo (2005), onde podem ser verificadas outras referências quanto à sua apresentação e aplicação. Uma de suas principais características é a atribuição de valor (escore) às unidades analisadas, representativas de seu desempenho relativo, junto com o uso de modelos econométricos para construção de indicadores.

Esses comentários são importantes no sentido de evidenciar as dificuldades de se aferir a eficiência em organizações de saúde, conforme apontado pela literatura e que se pretende verificar com a presente pesquisa. Interessa destacar que as entidades do sistema de saúde brasileiro que produzem dados setoriais sobre as atividades da rede hospitalar, como o DATASUS, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e a Secretaria Municipal da Saúde de Belo Horizonte - não utilizam os *PI* e o modelo *DEA*, citados acima, para fornecimento de informações em saúde.

Para o desenvolvimento do trabalho, os indicadores setoriais utilizados foram retirados, em sua maioria, do Caderno de Informações em Saúde fornecido pelo Ministério da Saúde. Essa opção acompanha o que é sugerido na literatura técnica sobre o tema. De acordo com Viana (2001), os indicadores acima mencionados abordam as cinco primeiras das seis dimensões da desigualdade social em saúde, comumente utilizadas para avaliação das organizações de saúde:

- Oferta verificada através de recursos humanos e capacidade instalada;
- Acesso e utilização de serviços;

- Financiamento;
- Qualidade da atenção;
- Situação da saúde.

A sexta dimensão refere-se à saúde e às condições de vida da população contida no sistema, envolvendo variáveis como escolaridade, renda, tipo de domicílio e saneamento básico, que não se constituem em itens de discussão para os objetivos deste trabalho. Apesar de tal dimensão estar parcialmente contemplada no Caderno de Informações, ela será considerada apenas em termos de dados demográficos para utilização em cálculos das fórmulas de indicadores não disponíveis no referido Caderno, como, por exemplo, número de médicos por habitante.

Uma análise inicial quanto às dimensões citadas acima sinaliza para a ausência de uma abordagem em termos mais evidentes relativos à eficiência, como a correta utilização dos recursos ou ainda, o grau de produtividade desses recursos⁶. A interpretação dos indicadores utilizados pelo Sistema Único de Saúde remete a uma ausência de preocupação com a eficiência, apresentando uma tendência em reproduzir apenas as necessidades de suas atividades, ou seja, o atendimento médico e hospitalar de caráter curativo, urgente ou emergente. Assim, as atividades do sistema de saúde são desenvolvidas num ambiente altamente institucionalizado, consequência da forte profissionalização, normatização e regulamentação ocorrida no setor. Desta forma, a discussão proposta aponta na direção da literatura do neoinstitucionalismo, onde questões como a construção de legitimidade torna-se um

⁶ Na área de saúde entende-se por recursos, os profissionais da área médica (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.), os leitos ou vagas de internação, materiais e medicamentos, além de equipamentos e unidades de saúde.

dos principais objetivos das organizações desse setor. O sistema deve ser legitimado perante a Sociedade e seus pares (profissionais, unidades de saúde) de forma a se instrumentalizar adequadamente para oferecer atendimento médico-hospitalar.

O trabalho é apresentado em três capítulos. No capítulo um, é feita uma revisão de literatura, promovendo uma discussão acerca da teoria do Neoinstitucionalismo. Nessa discussão, verifica-se os principais conceitos sobre instituição e processos de institucionalização, evidenciando-se as proposições e principais aplicações no campo teórico e, ainda, sua utilização na análise de organizações formais. Essa discussão reflete uma tentativa de identificar as organizações de saúde nesse campo teórico.

No capítulo dois, procura-se mostrar o processo de institucionalização do setor de saúde através de dois vetores importantes: a profissionalização da atividade médica e a regulamentação da prestação dos serviços de saúde. Essa apresentação é desenvolvida a partir de uma revisão de literatura, apontando para os marcos históricos desse processo.

A forma utilizada será a descrição, na seção 2.1, da trajetória da medicina e das atividades médicas na Europa, a partir dos estudos desenvolvidos por Hipócrates, no séc. V a.C, afunilando a descrição global até o surgimento da atividade de medicina no Brasil. Neste último aspecto, também é apresentada, brevemente, esta trajetória no Brasil, evidenciando a criação das escolas (de medicina), do órgão de registro profissional e a normalização ocorrida na profissão.

Na seção 2.2., é feita a descrição da trajetória política e regulamentadora do Estado no setor de saúde, através de uma breve contextualização e ênfase na criação e implementação do Sistema Único de Saúde – SUS, onde questões como eficiência e equidade nos serviços de saúde passaram a fazer parte do discurso formal.

No capítulo três, busca-se investigar os efeitos nos resultados produzidos pelos serviços de saúde do SUS e da Rede Hospitalar do município de Belo Horizonte, provocados pelo processo de institucionalização do setor, do sistema e dos atores mais relevantes. Os efeitos são investigados através dos dados e indicadores fornecidos pelo sistema oficial de informação, o DATASUS. Na seção 3.1., as notas metodológicas indicam os métodos, cálculos, fontes de dados, limitações, justificativas e uma breve descrição do processo de coleta de dados efetuado pelo DATASUS. A partir de informações desse sistema e daquelas produzidas e disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, relativas aos sistemas de saúde, busca-se efetuar análises e comparações quantitativas. Na seção 3.2. faz-se uma descrição do desenho institucional para conhecimento do sistema de saúde do município de Belo Horizonte, e na seção 3.3., das organizações hospitalares pertencentes ao SUS. Na seção 3.4. são apresentados os indicadores produzidos pelo sistema, pelas organizações hospitalares e pela autora, bem como sua análise para avaliar até que ponto esses indicadores contribuem efetivamente para mensuração de eficiência.

Espera-se com este trabalho fornecer maiores subsídios acerca das organizações que existem no sistema de saúde para o desenvolvimento de políticas públicas, programas de incentivo e de regras que efetivamente visem à adoção da

eficiência como uma lógica do sistema. Com isso, este sistema poderá responder eficientemente às necessidades de saúde da população, às necessidades de gestão e de alocação adequada dos recursos, por fim permitindo a fácil avaliação dos resultados produzidos. Como discutido na literatura, resultados facilmente avaliados resultam em ganhos para todos os atores do sistema.

1 A teoria do Novo Institucionalismo na análise organizacional

Trabalhos e pesquisas efetuados sob a perspectiva da teoria institucional eclodiram nos estudos das organizações a partir da publicação, em 1977, do clássico artigo de Meyer e Rowan¹: *Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony*.

As novas correntes teóricas, segundo Tolbert e Zucker (1997), desafiavam as abordagens até então dominantes, que focalizavam, em grande parte ou exclusivamente, os aspectos da eficiência da produção. A análise desenvolvida por Meyer e Rowan veio romper com os modelos convencionais de se pensar sobre a estrutura formal e a natureza da decisão organizacional por meio da qual se produz a estrutura, como, em particular, a interpretação weberiana². Neste sentido, propuseram que “as estruturas formais têm tanto propriedades simbólicas como capacidade de gerar ação”; ou seja, as estruturas podem ser revestidas de significados socialmente compartilhados, indo além de funções objetivas, servindo para informar um público tanto interno quanto externo sobre a organização. Esse pensamento possibilitou aos pesquisadores organizacionais a exploração de novas idéias sobre as causas e conseqüências da estrutura.

¹ MEYER, John W.; ROWAN, Brian – *Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony*. American Journal of Sociology, 83:340-63, 1977.

² Em suma, Weber afirma que a burocracia se impõe por ser o modelo mais eficaz e eficiente na consecução dos fins das organizações, favorecendo as atividades de coordenação e controle.

Neste sentido Powell e DiMaggio (1991) ao analisarem as alterações nas causas das tendências da burocratização e racionalização, observaram que as organizações estão se tornando mais homogêneas, e a burocracia³ ainda é a forma mais comum de organização. No entanto, afirmam que as mudanças estruturais parecem cada vez menos dirigidas pela competição e pela busca da eficiência. Daí, o processo de burocratização as tornarem mais similares, sem contudo, torná-las mais eficientes.

As pressões para a eficiência da instituição também são atenuadas, em muitos campos, porque o número das organizações é limitado e há fortes barreiras fiscais e legais à entrada e à saída destes. Lee (1971:51) apud Powell e DiMaggio (1991), afirmam isso relativizando porque no caso do setor de saúde, os administradores de hospitais são menos preocupados com o uso eficiente dos recursos e mais com o status da competição e de se igualar no prestígio com outros competidores na organização.

A idéia da existência de aspectos simbólicos, porém, não era totalmente nova. Alguns autores⁴ em seus estudos sobre organizações e suas missões, arranjos estruturais e seus membros de alto escalão, evidenciaram as funções simbólicas que representavam. Tolbert e Zucker (1997) apontam que na tradição funcionalista, os elementos descritos por esses autores eram importantes para assegurar o apoio ambiental por meio da demonstração da consistência entre os valores centrais da organização e daqueles verificados na sociedade. O estudo

³ Weber (1982) define a burocracia como uma forma de organização que enfatiza a precisão, a rapidez, a clareza, a regularidade, a confiabilidade e a eficiência, atingidas através da criação de uma divisão de tarefas fixas, supervisão hierárquica, regras detalhadas e regulamentos.

⁴ Tolbert e Zucker (1997) citam Clark (1956), Selznick (1957), Parsons (1956-1960), Zald e Denton (1963).

desenvolvido por Meyer e Rowan, no artigo citado, vem contribuir com essa idéia, a partir da busca pela compreensão das implicações do uso da estrutura formal para propósitos simbólicos, especialmente, no sentido de evidenciar as limitações de explicações de caráter mais racional da estrutura⁵. Há que se evidenciar que, para o Neoinstitucionalismo, a legitimidade não é simplesmente dada. A legitimidade deve ser construída ou conquistada, tornando-se um dos objetivos principais de uma organização, o que pode explicar o fato de não refletirem o equilíbrio entre ambas, com a balança pendendo mais na direção da legitimação.

De acordo com Meyer e Rowan (1991), a noção de que uma estrutura formal pode sinalizar comprometimento com padrões eficientes e racionais de organização, e, ainda assim, obter uma aceitação social geral, decorre de três grandes implicações. A primeira é a de que a adoção da estrutura formal pode ocorrer independente da existência de problemas específicos e imediatos de coordenação e controle relativas às atividades de seus membros.

“As organizações são levadas a incorporar as práticas e procedimentos definidos por conceitos racionalizados de trabalho organizacional prevalecentes e institucionalizados na sociedade. Organizações que fazem isto aumentam sua legitimidade e suas perspectivas de sobrevivência, independentemente da eficácia imediata das práticas e procedimentos adquiridos.” (Tolbert e Zucker, 1997, p. 200)

Assim, além das fontes convencionalmente definidas de sucesso e da sobrevivência organizacional, o argumento proposto por Meyer e Rowan (1991), é que organizações sobrevivem independente de sua maior ou menor eficiência produtiva, evidencia uma necessidade de ganhos de legitimidade e recursos que

⁵ Por estrutura entende-se o conjunto de partes de uma organização, como os produtos, serviços, técnicas, políticas e programas institucionalizados.

para serem obtidas dependem de alguns fatores: em parte, isto depende dos processos ambientais e da capacidade organizacional em se alinhar aos processos ambientais. Em outra parte, depende da habilidade das organizações de ajustar-se a, e tornar-se legitimadas junto aos ambientes institucionalizados.

A segunda grande implicação apontada por Meyer e Rowan (1991) é que a avaliação social das organizações e, conseqüentemente, de sua sobrevivência ou sua reprodução no tempo, pode estar na observância das estruturas formais (que podem ou não funcionar de fato), ao contrário de estarem nos resultados observáveis relativos ao desempenho das atividades. Assim, a sobrevivência e o sucesso dessas organizações ocorrem sob condições que ultrapassam questões estritas de coordenação e controle das atividades operacionais. Esses fenômenos somente são possíveis em um ambiente com uma estrutura altamente institucionalizada. Em tal contexto, uma organização pode se tornar isomórficamente fechada, refletindo cerimonialmente o ambiente institucionalizado em sua estrutura, procedimentos e condutas dos membros da organização. Desta forma, as organizações ganham legitimidade e recursos necessários à sua sobrevivência e seu sucesso.

Então, em organizações institucionalizadas, o interesse com a eficiência de atividades cotidianas cria enormes incertezas. Os contextos específicos destacam as inadequidades das prescrições de mitos generalizados, e os elementos estruturais inconsistentes opõem-se aos direitos legais. Assim a

organização deve esforçar-se para ligar as exigências de elementos cerimoniais⁶ às atividades técnicas e para ligar os elementos cerimoniais inconsistentes entre si.

Esta argumentação indica que proporções maiores de sobrevivência aumentam de acordo com conformidade de sua estrutura organizacional e como estas estruturas respondem às regras institucionalizadas. Da mesma maneira, as estruturas formais das organizações podem estar fortemente amparadas nos mitos de seu ambiente institucional, ao invés de demandas de suas atividades produtivas. A forma de ação no ambiente, conforme já citado, é cerimonialista, ou seja, através da incorporação de regras estabelecidas de acordo com certas formalidades e institucionalizadas na sociedade.

Desta forma, essa afirmação contradiz premissas anteriormente aceitas em estudos sobre organizações que tratavam da eficácia organizacional, onde se destaca a premissa de que organizações ineficientes produtivamente (voltadas para o mercado) seriam eliminadas do mercado por meio de processos de competição.

A terceira grande implicação especificada por Meyer e Rowan (1991) foi a que a relação entre atividades cotidianas e os comportamentos dos membros da organização e das estruturas formais possa ser negligenciada. Os elementos formais de uma estrutura organizacional como os produtos, serviços, técnicas, políticas e programas institucionalizados funcionam como poderosos mitos, sendo adotados de forma cerimonial pela organização. A forma cerimonial está ligada à

⁶ Conjunto de formalidades que devem ser observadas em qualquer ato solene ou evento de natureza pública ou privada.

observância estrita de regras estabelecidas de acordo com certas formalidades (específicas de cada atividade e organização), geralmente originadas na educação.

“Na maior parte das vezes, as organizações formais estão frouxamente agrupadas (...) elementos estruturais estão apenas frouxamente ligados entre si e às atividades, normas são freqüentemente violadas, decisões não implementadas, ou, se implementadas, têm conseqüências incertas, tecnologias são de eficiência problemática, e sistemas de avaliação e inspeção são subvertidos ou tornados tão vagos de modo a garantir pouca coordenação.” (Meyer e Rowan, 1991, p. 40)

As organizações são direcionadas no sentido de incorporação desses elementos, também institucionalizados na sociedade. Isso é feito com o objetivo de aumentar sua legitimidade e suas expectativas de sobrevivência. Esta forma de organização contrapõe-se, freqüentemente, aos critérios de eficiência. De acordo com Meyer e Rowan (1991):

... “Para manter a conformidade cerimonial, organizações que refletem regras institucionalizadas tendem a proteger suas estruturas formais das incertezas derivadas das atividades técnicas, tornando-se frouxamente articuladas, através da construção de vácuo entre suas estruturas formais e suas ações operacionais.” p. 41.

Segundo os autores, a sobrevivência das organizações vai além da eficiência organizacional, ou seja, os instrumentos de racionalização dos processos e da estrutura organizacional passam pela adoção dos mitos institucionalizados, junto ao princípio da legitimidade, substituindo o princípio da eficiência amplamente utilizados pelas organizações, conforme apontado na literatura da Administração Clássica.

Os mitos institucionalizados diferem na integralidade com que descrevem a causa e os efeitos nas relações, e na clareza com que descrevem os padrões que devem ser usados para avaliar os resultados. Algumas organizações usam a rotina e tecnologias claramente definidas, na produção dos resultados. Quando os resultados são facilmente avaliados, um mercado se torna freqüentemente melhor e os consumidores obtêm consideráveis ganhos de avaliação e controle. Face essa proximidade com suas redes de relacionamento, fornecedores e clientes, essas organizações lidam diretamente com as exigências do mercado, se organizando em torno dos problemas técnicos imediatos. Neste contexto, a eficiência determina, constantemente, o sucesso da organização.

Por outro lado, aumentam organizações como as escolas e as burocracias governamentais que usam tecnologias variáveis e incertas para produzir resultados que são difíceis de avaliar, e outras organizações com tecnologias claramente definidas encontram-se incapazes de adaptar-se às turbulências do ambiente. As incertezas de previsões de contingências técnicas ou de adaptar-se à mudança ambiental não podem ser resolvidas na base da eficiência. Os participantes internos e os constituintes externos voltam-se para as regras institucionalizadas que promovem a confiança nos resultados e a diminuição da intensidade das falhas das organizações. (Emery e Trist, 1965 apud Meyer e Rowan, 1991)

Em geral, as inconsistências nas estruturas das organizações geram dois problemas: dificuldades em estarem em conformidade com as regras institucionalizadas e conflitos entre as regras criadas por diferentes mitos

institucionalizados. Estes problemas esbarram na lógica da eficiência. As regras cerimoniais freqüentemente se opõem a esta lógica.

Para resolver as inconsistências, Meyer e Rowan apontam dois dispositivos utilizados por essas organizações que podem solucionar conflitos entre regras cerimoniais e a eficiência: *decoupling*⁷ e a lógica da confiança

O dispositivo denominado *decoupling* pode ser verificado quando as organizações institucionalizadas protegem suas estruturas formais da avaliação na base do desempenho técnico. A inspeção, a avaliação e o controle das atividades são minimizados, e a interdependência da coordenação e os ajustes mútuos entre unidades estruturais são informalmente mantidos.

O outro dispositivo segue a lógica da confiança, que utiliza a legitimidade da organização para validar procedimentos e atividades úteis apesar da falta de validação técnica. São utilizadas a confiança e a boa fé dos participantes internos e constituintes externos para validação de seus atos.

Este último dispositivo é percebido nas organizações hospitalares e no sistema de saúde quando se analisa a relação com o profissional médico. A adoção das práticas e procedimentos mais adequados é decidida unicamente por este profissional. Por isso a lógica da confiança e da boa fé são utilizadas como forma de resolver conflitos que este mito institucional pode gerar.

⁷ O termo em inglês foi mantido para evitar interpretações indevidas em função de imperfeições na tradução.

As estruturas formais que valorizam os mitos institucionalizados diferem das estruturas que agem eficientemente. A atividade em conformidade cerimonial é significativa com relação às regras definidas, mas não em relação aos seus efeitos concretos. "Um trabalhador doente deve ser tratado por um doutor usando procedimentos médicos aceitos; se o trabalhador está tratado eficazmente é menos importante". Isto é, a atividade tem um significado ritual: mantém aparências e valida uma organização. (p.55, Meyer e Rowan, 1991)

Dois problemas comumente se confrontam em uma organização se seu sucesso depender primeiramente do isomorfismo com regras institucionalizadas. No primeiro, atividades técnicas e as demandas para a eficiência criam conflitos e inconsistências nos esforços da organização institucionalizada em conformar-se às regras cerimoniais de produção. No segundo, mostra-se porque estas regras cerimoniais são transmitidas pelos mitos que podem originar-se de diferentes partes do ambiente, e oporem-se umas às outras. Estas inconsistências afetam a eficiência, dificultando a coordenação e o controle do surgimento dos problemas.

Organizações que incorporam mitos institucionalizados tornam-se mais legitimadas, bem sucedidas e mesmo mais aptas a sobreviverem, segundo os autores. Percebe-se assim, sua busca para adaptar-se às mudanças do ambiente, mesmo que os resultados produzidos não evidenciem mudanças de efetividade e eficiência, mas que representem a adoção dos procedimentos advindos da realidade social a qual estão inseridas.

Campos organizacionais⁸ altamente estruturados proporcionam um contexto no qual esforços individuais para lidar racionalmente com incertezas e constrangimentos freqüentemente levam, no agregado, à homogeneidade na estrutura, cultura e produto. O conceito que melhor define este processo de homogeneização é o isomorfismo. (Powell e DiMaggio, 1991, p. 64)

O isomorfismo utiliza a instituição como coação e facilitação: condutas adequadas ou apropriadas geram soluções invariavelmente satisfatórias. Dessa forma é proposto pelos autores como um processo de constrangimento que força os indivíduos a tornarem-se iguais dentro de um dado sistema/ambiente. Existem dois tipos de isomorfismo: o competitivo⁹ e o institucional¹⁰. Neste estudo o que mais se aplica é o institucional, por apresentar ferramentas para o entendimento da política e cerimônia que permeiam a vida das organizações, objetos da análise do trabalho. O competitivo, notadamente no âmbito do SUS apresenta pouca aplicabilidade, em função da reduzida concorrência verificada entre os hospitais. (Powell e DiMaggio, 1991)

Os autores Powell e DiMaggio (1991) identificaram três mecanismos através dos quais mudanças institucionais isomórficas ocorrem, cada um com seus próprios antecedentes. O isomorfismo mimético, o coercitivo e o normativo.

⁸ Por campo organizacional, os autores Powell e DiMaggio (1991) entendem, que são aquelas organizações que, no agregado, constituem uma área reconhecida de vida institucional: fornecedores chaves, consumidores de recursos e produtos, agências reguladoras e outras organizações que produzem serviços ou produtos similares.

⁹ Utilizado de forma mais apropriada em campos organizacionais onde há uma competição livre e aberta.

¹⁰ Este tipo aplica-se às demais situações e se refere a forças de pressão sobre comunidades na direção da acomodação, existindo uma competição por poder político e legitimidade institucional.

O isomorfismo mimético representa uma resposta às incertezas do ambiente, quando as tecnologias organizacionais são pouco compreendidas e as metas são ambíguas. O resultado é a estruturação da organização com base na outra. Dessa forma, as organizações tendem a se estruturar seguindo outras similares de seu campo organizacional que elas percebem como sendo revestida de maior legitimidade ou melhor sucedidas.

O isomorfismo coercitivo resulta das pressões formais e informais exercidas nas organizações por outras organizações das quais elas dependem e das expectativas culturais, institucionalizadas na sociedade. Neste sentido temos os prestadores de serviços dos sistemas de saúde que dependem do financiamento do Estado e a própria regulação do setor implementada por ele, que aqui pode ser vista como uma pressão ou persuasão. A existência de um ambiente legal comum afeta muitos aspectos do comportamento e da estrutura de uma organização. (Powell e DiMaggio, 1991)

Meyer e Rowan (1991) propõem que, através da persuasão, os Estados racionalizados e outras grandes organizações racionais expandem sua dominação além das arenas da vida social. Assim, as estruturas organizacionais vêm, cada vez mais, refletir as regras institucionalizadas e legitimadas por e dentro do Estado. A própria criação do SUS se deu a partir da reforma constitucional¹¹, que veio refletir o ideal de alguns profissionais médicos da época¹², e vem sendo legitimado com a implementação de regras institucionalizadas em todos os níveis

¹¹ Ocorrida em 1988, com a promulgação da Constituição Federal.

¹² Nesse período existiu um movimento político e social denominado de sanitaristas conduzido por alguns profissionais médicos.

de atendimento e de exercício da atividade de medicina, conforme será discutido adiante.

O isomorfismo normativo, conforme Powell e Dimaggio (1991), deriva da profissionalização entendida pela disputa coletiva de membros de uma ocupação para definir as condições e métodos de seu trabalho, para controlar a produção de produtores e para estabelecer uma base cognitiva e a legitimação de sua autonomia ocupacional.

Dois aspectos da profissionalização são fontes importantes de isomorfismo. O primeiro refere-se a educação formal e a concomitante legitimação decorrente de uma base cognitiva produzida por especialistas universitários. O segundo aspecto, oriundo do crescimento e elaboração de redes profissionais que estendem-se sobre as organizações e através das quais novos modelos são difundidos rapidamente. As associações profissionais e comerciais seriam outro importante veículo para a definição de promulgação de regras normativas acerca do comportamento organizacional e profissional adequado. Não basta a profissionalização, é necessária sua regulamentação processada através de organizações profissionais, que, além disso, promovem a habilitação ao exercício, proteção à profissão, entre outros, constituindo-se num importante aspecto de isomorfismo. (Powell e DiMaggio, 1991)

No sistema de saúde, os hospitais são a unidade de apoio básico e referência. De acordo com Fenell (1980) apud Powell (1991), no exercício deste

papel relevante, operam de acordo com uma norma social de legitimação, o que pode se contrapor aos objetivos de eficiência verificados em sistemas racionais.

Na visão do novo institucionalismo, especificamente relacionado ao isomorfismo normativo, Fenell (1980) apud POWELL (1991) aponta que os hospitais são um sistema pobre do mercado porque os pacientes, devido à assimetria informacional, não negociam a compra (do serviço), principalmente relativa a preços e prestadores de serviços. A autora discute que os médicos e os administradores do hospital são os verdadeiros consumidores neste campo organizacional. A competição entre hospitais é baseada em “atrair os médicos, que, por sua vez, trazem seus pacientes ao hospital.” E assim conclui:

“Os hospitais operam de acordo com uma norma social de legitimação que se opõe freqüentemente às proposições de mercado, de eficiência e do sistema racional. Aparentemente, os hospitais podem aumentar sua escala de serviços não porque há uma necessidade real por um serviço particular ou por facilidades dentro da população paciente, mas porque estarão definindo suas operações somente, com o que podem oferecer, de acordo, com oferta dos outros hospitais da área.” (p. 73)

Assim, segundo Tolbert e Zucker (1997), os estudos iniciais, sob a visão da Teoria Institucional, contavam com uma variedade de técnicas que inclui por exemplo estudos de caso, regressão múltipla e modelos longitudinais de vários tipos, que foram associados à pouca atenção dada, naquela época, à conceitualização e à especificação dos processos de institucionalização.

A institucionalização, conforme apontado nos trabalhos de Berger e Luckman (1967) apud Tolbert e Zucker (1997) é identificada como um processo essencial na criação e perpetuação de grupos sociais duradouros. Uma instituição, o

resultado ou o estágio final de um processo de institucionalização, é definido como “uma tipificação de ações tornadas habituais por tipos específicos de atores”.

Por ações tornadas habituais entendem-se os comportamentos que se desenvolveram empiricamente e foram adotados por um ator ou grupo de atores a fim de resolver problemas recorrentes. Tais comportamentos são tornados habituais à medida que são evocados com um mínimo de esforço para a tomada de decisão por atores em resposta a estímulos particulares. Tipificação, segundo os autores, envolve o desenvolvimento recíproco de definições compartilhadas ou significados que estão ligados a estes comportamentos tornados habituais.

No próximo capítulo, apresenta-se a descrição do fenômeno da institucionalização do setor de saúde, campo de pesquisa deste trabalho.

2 Processos de Institucionalização da Saúde

As instituições são vistas pelo neoinstitucionalismo sociológico não apenas como regras e normas formais, mas também como os sistemas de símbolos, esquemas cognitivos e modelos morais que fornecem 'padrões de significação' que guiam a ação humana. (Hall e Taylor, 1996)

Em termos de melhor compreensão recorre-se ao conceito apresentado por Carneiro (2000), que mais se aplica ao objeto deste estudo. Institucionalizar é transformar determinada prática ou sequência de interações padronizadas numa referência socialmente construída, e reconhecida desta forma, para os processos decisórios dos atores nas relações estabelecidas entre si.

Neste capítulo, procura-se mostrar a institucionalização do setor de saúde através de dois vetores importantes: a profissionalização da atividade médica e a regulamentação dos serviços públicos de saúde. A forma utilizada será a revisão da literatura. Na seção 2.1 é apresentada a descrição da trajetória da medicina e das atividades médicas. Além da revisão literária, acrescenta-se a revisão da legislação. Na seção 2.2., evidencia-se o papel do Estado na trajetória do setor de saúde no Brasil.

O objetivo é apreender o nível do arranjo institucional existente e as fontes da autoridade cultural verificadas nas figuras do médico e do Estado, no papel regulador, que conferem legitimidade às instituições.

Identifica-se que a percepção de homogeneidade do sistema obedece aos mecanismos de coação (isomorfismo coercitivo) através da regulação do Estado; e da profissionalização, advinda do contingente de instituições especialistas das atividades médicas (isomorfismo normativo).

2.1. Trajetória da medicina e das atividades médicas: a profissionalização da atividade.

Os tempos atuais entendem a medicina como a área do conhecimento humano, ligada à manutenção e restauração da saúde. Ela é, num sentido amplo, a ciência da prática da prevenção e da cura das doenças humanas num contexto médico. É a área de atuação do profissional formado em uma faculdade de medicina.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, saúde não é apenas a ausência de doença, mas consiste no completo bem estar físico, mental e social do indivíduo. Nesse contexto, Medicina, derivada do latim *ars medicina*, significa a arte da cura, que busca a saúde humana por meio de diagnósticos e tratamentos, através da interdisciplinariedade à clínica médica, à pesquisa médica e à cirurgia.

Hipócrates (em grego, *πποκράτης*), líder incontestável da escola de Cós, nascido nessa cidade em 460 a.C, é considerado por muitos uma das figuras mais importantes da história da saúde e, frequentemente considerado "*pai da medicina*". (MAJOR, 1954)

Nas obras hipocráticas, segundo o autor, há uma série de descrições clínicas pelas quais se pode diagnosticar doenças como a malária, a papeira, a pneumonia e a tuberculose. Para o estudioso grego, muitas epidemias relacionavam-se com fatores climáticos, raciais, dietéticos e do meio onde as pessoas viviam. Seus escritos sobre anatomia contêm descrições claras tanto sobre instrumentos de dissecação quanto sobre procedimentos práticos.

O seu legado à humanidade testemunha a rejeição da superstição e das práticas mágicas da "saúde" primitiva, associadas ao mítico, em detrimento do conhecimento da saúde no caminho científico. Hipócrates fundamentou a sua prática e a sua forma de compreender o organismo humano, incluindo a personalidade, na teoria dos quatro humores corporais: sangue, fleugma ou pituíta, bilis amarela e bilis negra. (CHEVALIER e GHEERBRANT, 1994)

As quantidades relativas desses humores no corpo, descrita na teoria de Hipócrates, levariam a estados de equilíbrio (eucrasia) ou de doença e dor (discrasia). Esta teoria influenciou, por exemplo, Galeno, que desenvolveu a teoria dos humores e que dominou o conhecimento até o século XVII. Essas iniciativas possibilitaram que os conhecimentos científicos e técnicos se configurassem na base da profissionalização da atividade segundo Major (1954).

A partir do séc. IX, a Igreja Católica bastante solidificada e considerada a guardiã dos valores espirituais e morais de toda a cristandade e por extensão, responsável pela unidade de toda a Europa que comungava da mesma fé, retoma as atividades de medicina de forma popular, paralisando as iniciativas de profissionalização verificadas.

Segundo Major (1954), durante grande parte da Idade Média, a medicina esteve nas mãos dos religiosos que assumiram o controle da arte de curar através de medicamentos. O recurso da sangria, feito principalmente com a utilização de sangue-sugas, era o mais usual, ao lado das técnicas das navalhas utilizadas pelos barbeiros, responsáveis pelas drenagens e pequenas intervenções cirúrgicas.

Como se pode depreender, a medicina monástica era simples e praticada por monges que apenas conheciam a medicina popular, extraíndo remédios das ervas medicinais cultivadas nos jardins dos mosteiros. O declínio da medicina monástica deu-se no século XII, quando as autoridades eclesiásticas rezearam que os monges estivessem por demais afastados de seus votos religiosos por razão de seus deveres médicos. (SANTOS, 2006)

Todavia, concomitantemente a esse declínio da medicina popular, houve o início da institucionalização da medicina, conforme ressalta Bullough (1966), após a fundação da escola de Salerno, no séc. X, e das primeiras universidades européias, dentre as quais destacou-se a de Pádua, onde se formaram e ensinaram

grandes personagens que revolucionaram a medicina, como Vesalius, Morgagni, Harvey e outros.

No início do século XIII, as atividades médicas foram totalmente banidas dos mosteiros, passando o conhecimento médico da época a ser transferido para escolas e universidades leigas. A partir desta época, os hospitais floresceram em toda Europa, em especial pela influência e interesse pessoal do Papa Inocêncio III, que fundou, em 1204, um grande hospital em Roma. Os hospitais do Espírito Santo, como ficaram conhecidos, surgiram em diversas cidades: em Paris, o Hôtel-Dieu, ao lado da catedral de Notre Dame; o Hospital de São Bartolomeu e o Hospital de São Thomás, ambos em Londres. (BULLOUGH, 1966)

O século XIV foi marcado pela gênese do Renascimento, (re) nascer dos ideais gregos e latinos que, relidos num período de ruptura, significou uma nova postura em relação a uma ampla gama de transformações na mentalidade medieval, caracterizadas, sobretudo, pela transição do feudalismo para o capitalismo. Essas transformações, calcadas em bases científicas e não mais metafísicas e/ou espirituais, abrangeram a filosofia, artes, ciências, cultura, sociedade, economia, política e religião, e foram a base para todo o processo de industrialização e tecnologia da contemporaneidade. (FARACO e MOURA, 1999)

No período que compreende o renascimento cultural, houve um grande avanço da medicina. Os médicos, movidos por uma grande vontade de descobrir o funcionamento do corpo humano, buscaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes em laboratórios.

Mas, somente a partir do séc XVII aponta Bullough (1966), com os estudos de Willian Harvey, pode-se traçar rumos definitivos para a medicina. Médico britânico, Harvey descreveu corretamente, pela primeira vez, os detalhes do sistema circulatório do sangue ao ser bombardeado por todo o corpo e coração. A partir de sua descoberta, os homens passaram a compreender melhor a anatomia e a fisiologia e seus estudos inspiraram as idéias de René Descartes em sua "Descrição do Corpo Humano", ao definir artérias e veias como canos que carregavam nutrientes pelo corpo.

No século XIX, todo o conhecimento ficou mais apurado após a invenção do microscópio acromático. Com esta invenção, o cientista francês Louis Pasteur conseguiu um enorme avanço para medicina, ao descobrir que as bactérias são as responsáveis pela causa de grande parte das doenças, através da técnica conhecida até hoje por pasteurização¹. Em sua "teoria germinal das enfermidades infecciosas", o cientista defende a idéia de que toda doença infecciosa tem sua causa num microorganismo com grande capacidade de propagar-se entre as pessoas. (MAJOR, 1953)

Outro grande nome do século XIX, segundo Major (1953) foi o do cirurgião e pesquisador inglês Joseph Lister. Em 1865, Lister iniciou uma nova era no campo da cirurgia ao demonstrar que o ácido carboxílico era um efetivo agente anti-séptico, o que reduziu o número de mortes por infecções pós-operatórias e, em 1867, realizou a primeira cirurgia asséptica.

¹ Em 1863, Pasteur descobriu que o aquecimento de certos alimentos e bebidas acima de 60º C evitava sua deterioração, reduzindo de maneira sensível o número de microorganismos presentes na sua composição.

No século XX, o progresso da medicina acompanhou de perto o desenvolvimento das demais ciências. Pode-se afirmar, segundo Rezende (2006), que a medicina evoluiu mais no século XX do que em toda a história da humanidade. Segundo o autor, além do progresso científico, houve, igualmente, uma evolução de conceitos a respeito de saúde e doença; saúde já não é apenas ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme definição da Organização Mundial de Saúde apresentada no início dessa seção.

A eterna luta do homem contra a morte entrou em uma nova etapa, cada vez mais moderna e cara. As relações metafísicas, as relações míticas entre homem, sobrenatural e cura cederam lugar as descobertas científicas e o aprimoramento das técnicas de procedimentos e de atendimento. Somando-se também a criação das escolas de medicina, pode-se ser verificado o fortalecimento do processo de institucionalização da saúde no mundo europeu. (REZENDE, 2006)

Diante disto, pode-se depreender que a saúde atualmente depende de múltiplos fatores, cabendo à medicina parcela importante, porém muito menos decisiva do que se acreditava. Hoje, quando se alude a saúde, há de se considerá-la sob dois prismas: o dos avanços científicos e suas conseqüências e o das conquistas sociais, ou seja, do acesso aos bens e serviços que asseguram a saúde.

Do ponto de vista científico, Rezende (2006) registra, em retrospectiva, descobertas notáveis que modificaram os destinos da humanidade, tais como, a

imunização preventiva, a descoberta dos antibióticos por Fleming, em 1928, o isolamento e síntese de hormônios e vitaminas, os métodos diagnósticos por imagens, técnicas bioquímicas de alta sensibilidade, a fibroendoscopia, a engenharia genética, a fecundação artificial, a cirurgia cardíaca e transplante de órgãos, a psicanálise e a psicofarmacologia, dentre outros.

Do ponto de vista do acesso aos serviços de saúde e das conquistas sociais, Rezende (2006) evidencia a necessidade de sistemas de seguro-saúde para fazer face às despesas com a doença, bem como a participação crescente do Estado para assegurar o acesso das populações de menor renda aos serviços de saúde e, principalmente aos serviços especializados, denotam uma tendência irreversível de aumento da profissionalização e dos gastos em todos os Serviços de Saúde, independentemente da necessidade da demanda existente.

Pode-se dizer que o processo de institucionalização da saúde em geral decorreu primeiro da adoção de comportamentos desenvolvidos empiricamente por determinado grupo de atores, tornando-os habituais. Em seguida, do surgimento da educação como forma de tipificar esses comportamentos, através da profissionalização da atividade médica (que já havia se tornado habitual/popular) e do desenvolvimento de práticas compartilhadas por um determinado grupo de atores. E, por último, da adoção dos mitos gerados em torno da profissão pelas organizações de saúde e da conseqüente geração das estruturas formais dessas organizações².

² Para Meyer e Rowan (1991), os mitos são os geradores de uma estrutura organizacional formal.

Exemplos pertinentes foram vistos em Hipócrates, quando codifica os processos da medicina através da escrita de seus fundamentos adotados e respeitados no exercício atual da profissão; na Igreja Católica, quando controla a atividade da medicina popular em seus mosteiros, permitindo o desenvolvimento de práticas compartilhadas e habituais; na Escola de Salerno, quando ensina e capacita profissionais médicos, além de promover o desenvolvimento de novas práticas e especialidades de ocupação.

Pode-se observar que os exemplos supracitados apresentam, em seu interior, vários elementos da estrutura formal de uma organização³, que vão contribuir fortemente para a institucionalização da medicina. Apesar da rejeição ao simbolismo e ao populismo e da intensificação da busca pela técnica, ainda assim esses elementos funcionam como mitos, incluindo-se elementos como profissionalização, processos e tecnologias utilizadas no desenvolvimento da atividade médica que foram abordadas ao longo deste item. Além disso, organizações originadas da atividade médica incorporam o pacote de códigos em função da legitimidade que isto lhe confere, como mencionado por Meyer e Rowan (1991), quando sintetiza o funcionamento dos elementos das estruturas formais de organizações altamente institucionalizadas⁴.

³ Os principais elementos citados por Meyer e Rowan (1991) são as profissões, através das ocupações controladas por regras sociais de licenciamento, certificação e educação (ensino); os programas, através dos meios de proceder; e a tecnologia, através das técnicas e procedimentos que definem o que é racional, apropriado e moderno para a organização. Em todos os elementos, existe a independência quanto ao efeito produzido sobre sua eficiência.

⁴ Segundo Meyer e Rowan (1991), as estruturas formais das organizações na sociedade pós-industrial refletem dramaticamente os mitos de seu ambiente institucional, ao invés de demandas de suas atividades produtivas. Incorporam práticas e concepções racionalizadas de funcionamento, institucionalizadas na sociedade. Assim feito, geram um aumento de sua legitimidade e das perspectivas de reprodução, independente dos resultados produzidos.

De acordo com Meyer e Rowan (1991), os mitos apresentam duas propriedades-chave: prescrições impessoais e racionalizadas e legitimação. As prescrições impessoais e racionalizadas, segundo os autores, identificam desde vários propósitos sociais a propósitos técnicos e especificam, como se fossem regras, os meios mais apropriados para se perseguir racionalmente estes fins técnicos. Já a legitimação está relacionada ao fato dos mitos se tornarem altamente institucionalizados, o que os possibilita em alguma medida escaparem do arbítrio de qualquer membro individual da organização. Sendo assim, eles devem ser aceitos como legítimos, independente da avaliação de seu efeito ou impacto nos resultados de seu trabalho ou ação.

Com a institucionalização da atividade médica, pode-se perceber a criação de um conjunto de regras e constrangimentos que culminaram no surgimento dos Hospitais. Morgan (1966) assevera que hospitais são organizações que, à luz de uma análise política⁵, tendem a ser mais tecnocratas, ou seja, as regras são exercidas através do uso do conhecimento, poder de especialistas e habilidade de resolução de problemas relevantes. Mas adotam, ao mesmo tempo, outras formas de governo, uma vez que é raro encontrar organizações que se utilizam apenas de um tipo de governo.

Por adotarem em maior grau a tecnocracia, as instituições hospitalares apresentam um padrão de poder e responsabilidade diretamente ligados ao conhecimento e especialização técnica de alguém, no caso do médico, característico das tecnocracias. Nestas organizações, este poder está freqüentemente fluindo à

⁵ Entendida como forma de governo político. Os tipos ou formas de governo são autocracia, burocracia, tecnocracia, co-gestão, democracia representativa e democracia direta. Ver mais em MORGAN, 1996, p.149.

medida que diferentes indivíduos e grupos sobem e descem nesta estrutura de acordo com o valor obtido mediante sua contribuição técnica. Com a tendência a este regime, pode-se dizer que a natureza política dos hospitais está esboçada sobre diferentes princípios de legitimidade (MORGAN, 1996).

2.2 A trajetória da profissionalização da atividade médica no Brasil

A trajetória da profissionalização da atividade médica no mundo decorreu de práticas milenares e de desenvolvimento científico até se verificar a criação de escolas de medicina e organizações hospitalares como instrumentos de desenvolvimento e consolidação da atividade médica. No Brasil, o processo de institucionalização percorreu caminhos diferentes, mas em conformidade ao que se estava estabelecido no mundo, conforme pode ser verificado anteriormente.

Assim no Brasil, o processo de institucionalização da medicina aponta para o surgimento do primeiro hospital no final de 1543, no porto hoje denominado, Cidade de Santos. Nesse tempo, a arte da cura começou a ser praticada devido às preocupações com os doentes, recém chegados à terra, igualmente recém descoberta, e com os viajantes dos navios em trânsito. (Sociedade Brasileira de História da Medicina, 2007)

A institucionalização da atividade médica passa pela criação do ensino da atividade, com a fundação da primeira escola de medicina do Brasil, em 1808, sediada no Terreiro de Jesus, na capitania da Bahia. Esta escola foi chamada de 'Escola Anatômica, Cirurgia e Médica'. Segundo o *site* da Sociedade Brasileira da

História da Medicina, nesse mesmo ano, outra escola, com nome idêntico à da Bahia, foi fundada no Rio de Janeiro. A educação, portanto, é verificada como o início do processo de institucionalização, que ganhou mais força com a difusão deste ensino pelo país ao longo dos anos até os dias de hoje, através da criação e manutenção de um numeroso grupo de Faculdades e Universidades de Medicina. Atualmente, segundo informações do Conselho Federal de Medicina existem 120 instituições de educação⁶ no país, onde verifica-se uma média de candidatos por vaga oferecida de 50 candidatos.

Outro importante mecanismo da institucionalização foi a normalização da atividade médica. Nesse sentido, o marco regulatório ocorreu com a aprovação do Código de Moral Médica em 1929⁷. Este código é caracterizado por um conjunto de regras e padrões para o exercício da profissão do médico no território brasileiro àquela época. Trata-se de orientações sobre o comportamento do médico e, também, do próprio paciente ao se submeter a tratamentos médicos. Inexiste, neste documento, indicação de meios e formas de se executar os procedimentos. Isto é de responsabilidade exclusiva do profissional médico, detentor dos conhecimentos para o exercício da profissão.

No capítulo 1 do referido código, estão descritos os deveres dos médicos para com os enfermos, por exemplo, a obrigação do médico de atender a um chamado no exercício da sua profissão limitar-se- à aos seguintes casos:

“1º- Quando for outro médico quem pedir a sua colaboração profissional; 2º- Quando não houver outro facultativo no lugar

⁶ Medicina.

⁷ de acordo com o Conselho Federal de Medicina.

em que exercer a profissão ; 3º- Em casos de urgência ou perigo imediato.” (Código de Moral Médica, 1929)

No Capítulo 2, onde são descritos os deveres relativos à manutenção da dignidade profissional, destaca-se a adoção de elementos de simbologia, como, por exemplo, a atribuição do exercício a uma arte de curar por um homem honrado, dotado de pureza de costumes e hábitos, e que obtém, no exercício da atividade médica, certos privilégios e imunidades, porém não especificadas.

No Capítulo 3: “Dos serviços profissionais entre médicos”; e no capítulo 4: “Dos deveres dos médicos ao se substituírem”, são estabelecidas formas de garantir o atendimento irrestrito entre médicos e seus familiares, bem como esclarecer a conduta a ser tomada quando substituírem uns aos outros. Em síntese, esses capítulos vão regulamentar as relações entre os profissionais médicos.

Nos Capítulo 5: “Das conferencias ou consultas medicas” e Capítulo 6: “Dos casos accidentais e da substituição médica, pode ser percebida a utilização da lógica da confiança, conforme apontado na literatura, na definição das relações entre os profissionais, quando, no artigo 30 do capítulo 5, se estabelece que a rivalidade, os ciúmes e a intolerância em matéria de opiniões, não devem ter guarida nas conferências médicas, ao contrário , a boa fé, a probidade, o respeito e a cultura se impõem como um dever nas relações profissionais dos médicos consultores entre si e com os assistentes.

Por sua vez, no Capítulo 7: “Dos especialistas” é apresentada uma ramificação da profissão. “Entende-se por especialistas o médico que além de

possuir a ilustração geral indispensável, se consagra ao estudo particular e á pratica de um dos ramos a ciência medica”.

Os Capítulos 8, 9 e 10, “Deveres médicos em certos casos de Obstetrícia”; “Do segredo do médico” e “Dos honorários profissionais”, novamente regulamentam os deveres a serem observados quando do exercício da profissão. No Capítulo 11: “Do Conselho de Disciplina Profissional”, é estabelecido um órgão colegiado para conhecer, julgar e sentenciar sobre qualquer infração ás disposições do presente Código. São estabelecidas, ainda, as penas aplicáveis na falta de observância a este código, que variam entre a advertência privada por escrito ao infrator até um possível afastamento de suas atividades, de acordo com o grau da infração. No entanto, esses limites não estão evidenciados no documento em análise e há que se destacar que o exercício da profissão é julgado por um mesmo corpo de profissionais médicos. Fato que preserva e assegura esse exercício, sem maiores restrições e penalidades perante a Sociedade.

Por fim o Capítulo 12: Preceitos que se recomendam ao publico seguir em beneficio dos enfermos e da harmonia que deve reinar entre o grêmio médico, onde verifica-se a celebração do mito institucionalizado na sociedade.

Tal arranjo foi, ao longo dos anos, sofrendo alterações e modificações até finalmente resultar no atual Código de Ética Médica, implantado através de resolução do Conselho Federal de Medicina - CFM, em 08 de janeiro de 1988. As regras lá contidas explicitam condutas, concepções, requisitos para o exercício da profissão, dentre outros, mas, todavia não se evidencia o resultado produzido por

suas ações ou a forma de operacionalizar a atividade. O que se nota é a especificação dos direitos profissionais e suas formas de proteção, que no primeiro código ficaram restritas a simbologismos. A título de exemplo, destaca-se, no capítulo 1, denominado Princípios fundamentais, o art. 16:

“Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital, ou instituição pública, ou privada podem limitar⁸ a escolha, por parte do médico, dos meios a serem postos em prática para o estabelecimento do diagnóstico e para a execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.” (Código de Ética Médica, 1988.)

Assim, os motivos para a regulação da profissão ganham maior notoriedade com a criação do CFM, onde o reconhecimento da efetiva importância da profissão, de seu espaço profissional⁹ e, ainda, o reconhecimento da atividade pela sociedade, constituem em ganhos de legitimidade e recursos para a atividade médica. O Estado abre mão de sua função de coordenação e controle da atividade, quando foram conferidas¹⁰ as funções de fiscalização e normalização da prática médica ao CFM, com sua criação, em 1951. No início de sua existência, a atuação do Conselho era restrita ao registro profissional e às sanções do Código de Ética, mas, com o desenvolvimento da atividade e do setor de saúde, passa a assumir outros papéis na sociedade, atuando na defesa da saúde da população e dos interesses da classe médica. No *site* relativo ao CFM, encontra-se assim evidenciada a função deste órgão:

⁸ Grifo meu. Destacado por evidenciar a impossibilidade de regulamentação externa da atividade e da conduta médica.

⁹ Também conhecido como reserva de mercado.

¹⁰ As atribuições conferidas ao CFM pela Lei nº 3.268, de 30/09/1957, regulamentada pelo Decreto 44.405, de 19/07/1958,

"Ao defender os interesses corporativos dos médicos, o CFM empenha-se em defender a boa¹¹ prática médica, o exercício profissional ético e uma boa¹² formação técnica e humanista, convicto de que a melhor defesa da medicina consiste na garantia de serviços médicos de qualidade para a população." www.portaldasaude.org.br

Nota-se nos grifos efetuados na citação acima, que as relações entre os profissionais e a população são estabelecidas segundo a lógica da confiança, conforme apontado por Meyer e Rowan (1991). Desta forma, são utilizadas a confiança e a boa fé dos participantes internos e externos para validação de seus atos. Este dispositivo, conforme apontam os autores, confere ao médico certa legitimidade capaz de impor sua atividade, suas práticas, acrescentando-lhes, ainda, o adjetivo de "qualidade", à população e à organização a qual estejam vinculados.

A regulamentação da profissão se expandiu ao longo do séc. XX e o que se observa é que eixo norteador está ligado ao dispositivo de *decoupling* apontado por Meyer e Rowan (1991) como mecanismo de proteção institucional, através da fixação de normas e regulamentos no âmbito da ética. Desta forma, a inspeção, a avaliação e o controle das atividades médicas são minimizadas, bem como possíveis conflitos entre os atores e as organizações. Atualmente, a normatização está voltada para a aprovação do Ato Médico instituído pelo CFM, para garantir a sobrevivência da profissão, uma vez que impõe novas regras e condições para o exercício da medicina desvinculando-o da possibilidade de ser executado por outros profissionais do setor de saúde.

¹¹ Grifo meu.

¹² Grifo meu.

2.3. A trajetória do setor de saúde no Brasil: o desempenho do Estado.

No Brasil, a assistência médico-hospitalar inicia-se no séc. XVIII com fundação das Santas Casas de Misericórdia, ligadas a Igreja Católica, que apresentam como principal finalidade a internação de pacientes em várias condições. Os doentes, consoante ao que era uma tendência mundial, eram aglomerados nesses tipos de instituições, como as Santas Casas, para o tratamento e recuperação. Pacientes portadores de doenças infecto-contagiosas, por sua vez, eram isolados do convívio social, conforme o que ocorria à época da colonização, já comentado anteriormente.

Durante décadas, a prestação de serviços de saúde no Brasil foi orientada por um modelo medicalizador e hospitalocêntrico, com conseqüências não-desprezíveis sobre as condições de saúde da população brasileira e sobre a eficiência do setor. Em que pesem as significativas mudanças de políticas ocorridas nessa área, conforme serão apresentadas adiante¹³, a sociedade brasileira recorre, sistematicamente, aos hospitais para o tratamento de seus problemas de saúde. (Marinho, 2004) Nesse contexto, o papel do Estado era não-intervencionista. Então, ele se abstinha de uma intervenção direta no setor de saúde, sendo a assistência médica desconsiderada como fator de interesse público.

A partir do século XX, segundo constatado por França (1998) pode-se assinalar uma mudança qualitativa na conformação do sistema de saúde brasileiro. O Estado começa a dar sinais efetivos de preocupação com o setor de saúde.

¹³ destaca-se entre outras iniciativas, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criados a partir da implementação do SUS.

A partir dos anos trinta, o Estado assume um novo papel na área social, com a alteração de seu caráter, agora mais intervencionista, na tentativa de ganhos de legitimidade e hegemonia política, além de promover a expansão do setor privado com vistas a um aumento de oferta de serviços. Especificamente na década de cinquenta, a provisão da assistência médica passa a ser inserida no contexto das políticas públicas, vindo a figurar como fator de interesse público. (Fleury, 1980 apud França, 1998).

O arranjo então estabelecido de provisão de serviços de saúde públicos, devido a sua estrutura, provocava a exclusão social e o aumento das desigualdades sociais, conforme observou a autora, uma vez que o modelo preponderante de proteção social e a atenção médica baseavam-se na contribuição sobre a folha de salários dos trabalhadores formais para a Previdência Social, denominado de Modelo Previdencialista¹⁴. Assim, a fatia da população que não se enquadrava nesse Modelo e não detinha recursos financeiros ficava à margem do setor, uma vez que o setor privado de saúde somente oferecia serviços quando remunerados.

As políticas de saúde, com a mudança do regime político, após o golpe militar, provocaram um rearranjo institucional dos atores prestadores de serviços. O Estado priorizou o financiamento dos recursos, principalmente subsidiando o capital

¹⁴ Em tal modelo, os não contribuintes não eram cobertos e protegidos pelos serviços estatais e, aqueles que dispunham de recursos financeiros recorriam ao setor privado. Para aqueles excluídos, o que havia eram entidades filantrópicas que disponibilizavam assistência gratuita. O Opas/OMS (2002) aponta que, até a década de sessenta, essas entidades disponibilizavam ao setor de saúde mais de cinquenta por cento dos leitos hospitalares existentes e, em contrapartida, gozavam de imunidade tributária como recompensa.

privado e aumentando os contratos de serviços de saúde privados para o devido provimento da assistência médico-hospitalar aos contribuintes da Previdência Social.

A criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, consolidou o arranjo preponderante de segregação dual entre as ações coletivas e individuais, proposto pelo governo militar. Deste modo, as ações coletivas, de caráter sanitário e preventivo, ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e a responsabilidade pelas ações individuais, de natureza curativa, para o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Com efeito, houve uma efetiva mudança no panorama da saúde no Brasil. A ampliação dos hospitais privados e a redução dos filantrópicos e públicos quanto à oferta de leitos hospitalares foram alteradas. Na década de setenta, os leitos privados representavam 31% dos leitos disponíveis para a assistência, em detrimento do percentual anterior inferior 10%, conforme aponta a Opas (2002).

Apesar da manutenção do caráter excludente e de falta de equidade com a criação do SNS, alguns programas¹⁵ voltados para ampliação do acesso e oferta dos serviços foram implementados e levados a efeito.

Até o início da década de oitenta, a característica evidente do modelo era privatizante, concentrado no sistema hospitalar, com elevada utilização de equipamentos, fármacos e tecnologia de ponta. Outro destaque decorrente disto é o

¹⁵ 1 - Plano de Pronto Ação – PPA: caracterizado pela universalização dos serviços de urgência e emergência; 2 - FUNRURAL: programa de acesso à assistência médica pela população rural; 3 - Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS: qualificado pela oferta de serviços às camadas mais pobres e excluídas do sistema, através da atenção primária à saúde.

aumento da especialização e tecnificação dos recursos humanos, principalmente da profissão médica. E a conseqüente expansão do setor privado lucrativo dentro da saúde a taxas expressivas. (Braga, 1981 e Siqueira, 1985 apud França 1998).

Desta forma, pode se depreender que o arranjo institucional é composto de uma multiplicidade de atores, tanto na prestação dos serviços quanto na coordenação da assistência e, também, na utilização da estrutura existente pelos usuários dos serviços. Essa estrutura, por conseqüência, torna-se incapaz de gerar ações suficientes para atendimento da parcela da população integrante do modelo assistencial em vigência.

O Governo, conforme França (1998) começa a dar sinais de preocupação com o aumento das despesas e o impacto nas contas da Previdência Social, resultado das políticas utilizadas. A incorporação de grandes contingentes de trabalhadores no SNS, o desenvolvimento de tecnologias médicas mais complexas e a má distribuição dos recursos acabavam por incrementar o custo dos serviços, tornando a assistência médica altamente onerosa. Então, as políticas públicas passam a objetivar a redução de custos. No entanto, como haviam muitos setores descobertos da assistência médica, continuavam a preconizar a expansão do sistema, formulando objetivos antagônicos. Até os grupos de apoio¹⁶ do setor privado mostram preocupação com aumento dos custos e a baixa eficiência do setor. No entanto, a eficiência não se revela como fator importante na gestão dos serviços.

¹⁶ Grupos políticos que iniciaram e apoiaram a expansão do setor de saúde privado no Estado, dentro do modelo assistencialista em vigor.

A década de oitenta transcorreu sob forte crise econômica do país. O alto endividamento do setor público e o declínio dos padrões de financiamento provocaram reflexos no setor de saúde, especialmente no Sistema Previdenciário, que o influenciou na adoção de medidas de racionalização da assistência médica. A baixa produtividade e a qualidade do atendimento médico, bem como as evidências de fraudes dos prestadores privados foram fatos evidenciados naquele período.

De acordo com França (1998), este tumultuado momento vivenciado pelo setor, além dos reflexos da economia, é afetado também pela onda de democratização na sociedade, o que elevou o caráter das críticas ao modelo e a seu caráter privatizante e excludente de prestação de serviços de saúde. Tais fatores impulsionaram movimentos no sentido da revisão do modelo e sistema vigentes.

As críticas são deflagradas pelo movimento dos médicos sanitaristas, sendo a principal, relacionada ao modelo hospitalocêntrico e privatizante do setor de saúde, atribuindo como o responsável pelo aumento e pela maior parte das despesas do setor de saúde. Daí, nasceu o argumento para propostas de racionalização dos custos, defendido pelos médicos sanitaristas e que ia de encontro às políticas públicas da época. A principal proposta do movimento, em análise, era voltada para a assistência da saúde, com ênfase nos cuidados primários e prioridade ao setor público. Nesse momento de crise vivenciado pelo setor, algumas questões ligadas à eficiência do sistema apesar de não figurarem como prioritárias, começam a fazer parte do discurso dos prestadores de serviços públicos e privados.

Com a crise do modelo anterior, toma forma o que pode ser chamado de “modelo de transição¹⁷”. Assim, em 1987, começou a ser implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. As propostas dos sanitaristas¹⁸ passam a prevalecer no discurso oficial do Governo, para se consolidarem com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Mudanças até então latentes no modelo foram formalmente estabelecidas com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Destaca-se, no âmbito do texto constitucional, a decisão política sobre a necessidade de descentralização da gestão de saúde, que está no cerne da concepção do SUS.

“Art. 4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde-SUS”. (Lei 8.080, de 19/09/90)

Neste momento, fatores como o rearranjo institucional, as novas políticas de saúde e de consolidação do novo modelo formaram as principais vertentes do discurso político sobre a reforma do setor de saúde brasileiro. Os princípios doutrinários da concepção do SUS trouxeram, como principais pontos de rompimento com o modelo anterior, os seguintes elementos:

¹⁷ No período compreendido entre 1981 e 1986, o Estado promoveu a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, no âmbito da Previdência Social, através do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP. Este plano propunha a expansão da cobertura médica à população, através da universalização do acesso a ações básicas de saúde, à descentralização e à regionalização do sistema. O foco principal deste plano era a recuperação operacional do setor público conferindo-lhe um aumento de eficiência e qualidade, através da criação de instrumentos de gerenciamento com vistas à redução dos custos e previsão orçamentária. (FRANÇA, 1998)

¹⁸ Segundo Paiva (2006) as propostas visavam a inclusão da população rural e do interior no acesso aos serviços públicos de saúde, atendimento igualitário, formação médica voltada para o aprendizado no interior e zona rural do país, divisão de administração e técnica dos serviços, intervenção estatal. Para ver mais consultar a autor em referência.

- o princípio da universalização, que garantia a saúde como um direito de cidadania de toda sociedade, cabendo ao estado assegurar esse direito;
- o da equidade, fundamentado no valor da justiça social e expresso na garantia de igualdade de recursos para necessidades iguais;
- o princípio da integralidade, que considerava toda a sociedade como um todo, seja em suas necessidades de saúde, integrando ações, como promoção da saúde e prevenção de doenças, seja tratamento e reabilitação.

Conforme anteriormente verificado, o SUS foi criado através da Carta magna da Federação, a Constituição Federal de 1988. Cabe ressaltar o caráter normativo do discurso do Governo, desde a criação do sistema, verificada nos artigos 197 e 198:

“Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

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

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000.” (CF, 1988)

A partir de então, agregava-se ao quadro setorial a peculiaridade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são revestidos de relativa autonomia, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde, de concepção orgânica. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos, o que torna mera casualidade o fato de o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município corresponderem a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Assim, para a implementação do novo modelo definido na CF, o Governo Federal utiliza a ferramenta de regulação para definição e estabelecimento dos processos de gestão. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 8.080, de 19/09/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Essa lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei nº 8.142, de 28/12/90, por sua vez, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde,

tratando também de providências acerca de alocação dos recursos financeiros via criação do Fundo Nacional de Saúde - FNS. O que chama atenção nessa Lei é a criação de órgãos colegiados como a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, cujas atribuições de funções evidenciam a delegação de serviços de saúde como propostas de políticas públicas e avaliação¹⁹. A composição destes órgãos é feita por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, na tentativa de refletir nos órgãos de coordenação e controle a multiplicidade de atores existentes no sistema de saúde.

As Leis descritas tinham como objetivo detalhar o funcionamento do Sistema. No entanto, o setor vivia um intervalo de indefinições políticas ou mesmo paralisia decisória durante o Governo Collor. A queda no ritmo das atividades econômicas implicou redução dos recursos²⁰ para a área da saúde, gerando atrasos no encaminhamento de ações com vistas à implementação do novo modelo. Segundo França (1998), a partir de 1993 o país entrou numa fase de recuperação econômica e o governo volta a imprimir maior agilidade na implementação da agenda de reformas na saúde, com a sua reorganização e o aprofundamento da descentralização para a municipalização da gestão da prestação dos serviços de saúde.

A implementação das Normas de Operação Básicas em 1993 (NOB/93) retomou o processo de descentralização nos municípios.

¹⁹ A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (Lei 8.142/90, art. 1º, § 1º)

²⁰ As crises do financiamento impuseram ao setor uma certa paralisia, com a perda gradativa das fontes de recursos da Seguridade Social, atraso no pagamento aos prestadores de serviços e no repasse de recursos financeiros aos municípios, o que gerou a necessidade da busca de novas fontes de recursos e culminou na aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF (REIS et al, 1998).

Em seguimento ao processo regulatório do setor, as políticas de reorganização e aprofundamento da descentralização da gestão dos serviços de saúde, o governo cria o Sistema Nacional de Auditoria - SNA²¹, no âmbito do SUS. A esse sistema compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde (SUS), que seria realizada de forma descentralizada. A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria seria feita através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

O Decreto nº 1.232, de 30/08/94, regulamenta o repasse de recursos financeiros no âmbito do Fundo Nacional de Saúde recém criado. Esse dispositivo ordena sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, entre outras providências²².

O Decreto nº 1.651, de 28/09/95, regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. O SNA exercerá, sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, dentre outras, as atividades de controle da execução, para verificar sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; avaliação da estrutura, dos

²¹ artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27/07/93. A referida Lei, dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e sobre a criação do Sistema Nacional de Auditoria.

²² Como o acompanhamento da aplicação de recursos, implementação da descentralização para os municípios por meio de cooperação técnica com a União, incentivo a adoção de políticas de recursos humanos para melhoria da gestão e o exercício pela União do controle finalístico global do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados no decreto.

processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial. As conclusões obtidas com o exercício dessas atividades serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

A Portaria nº 2 . 203 , de 05/11/96, aprova a Norma Operacional Básica - NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas da gestão do sistema.

Dentre os instrumentos de gerenciamento então instituído deste dispositivo legal, cabe salientar a implementação da **Autorização de Internação Hospitalar – AIH**, utilizada inicialmente para o controle do gasto e pagamento dos procedimentos hospitalares e que, atualmente, é fonte de dados do sistema de informações do SUS. A AIH atua como instrumento de normatização dos procedimentos da assistência hospitalar. Para se ter uma noção da amplitude da utilização da AIH²³, encontra-se em anexo os dispositivos legais existentes ligados a propósitos de controle, coordenação, incentivo, entre outros, necessários a gestão pública dos serviços de saúde.

²³ Para melhor entendimento dos dispositivos e de sua utilização, encontra-se também anexada a cópia de uma AIH.

A União, segundo a NOB/SUS – 96, cria uma série de dispositivos legais denominados Portarias, que vão especificar normas, políticas e processos para organização e implementação do SUS, com o objetivo de ampliar o conhecimento dos gestores públicos do sistema. Neste sentido, a Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97, estabelece o Piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. A Portaria GM/MS nº 1.886, de 18/12/97, aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. A definição da Política Nacional de Medicamentos, apontada na norma operacional de 96, é criada através da publicação da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30/10/98. O Manual para a Organização da Atenção Básica é aprovado na Portaria GM/MS nº 3.925, de 13/11/98,

A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, bem como a definição do que é o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária estão contidos na Lei nº 9.782, de 26/01/99.

O medicamento genérico é instituído pela União através da Lei nº 9.787, de 10/02/99. Além disso, este dispositivo legal define a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos, dentre outras providências dentro desse escopo. Esta intervenção estatal no mercado, trouxe impactos positivos, principalmente devido ao aumento do acesso aos medicamentos pela população, para tratamentos e terapias.

Ainda no âmbito dos produtos farmacêuticos, a União cria o Incentivo à assistência farmacêutica para os municípios, através da Portaria GM/MS nº 176, de

8/03/99. Este dispositivo estabelece critérios e requisitos para qualificar municípios e estados a receberem o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Neste ponto da discussão pode ser verificada a ampliação do processo da regulamentação para garantia do tratamento e cura de doenças, através da implementação de política de fornecimento de medicamentos em conformidade à prestação de serviços, bem como na redução de custos para a população advinda do medicamento genérico.

A regulamentação do processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica, conforme expresso no Manual para Organização da Atenção Básica à Saúde e na NOB 01/96, é observada na Portaria GM/MS nº 476, de 14/04/99 e na Portaria GM/MS nº 832, de 28/06/99. A primeira define critérios e processos de acompanhamento e avaliação, e a segunda apresenta os indicadores utilizados bem como sua metodologia de cálculo. Como pode ser observado a regulamentação estatal se faz através da implementação de regras, órgãos e ordens, de caráter essencialmente processual e procedimental, na tentativa de organização do sistema de saúde.

A Portaria GM/MS nº 1.077, de 24/08/99, cria o Programa de Aquisição dos Medicamentos para a Área de Saúde Mental. A Portaria GM/MS nº 1.399, de 15/12/99, cria o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle das Doenças. Além disso, essa Portaria regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, definindo a sistemática de financiamento entre outras providências.

A União, na tentativa de regulamentar o setor privado da saúde, sanciona a Lei nº 9.961, em 28/01/00, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Assim, ela é criada como uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar²⁴ à saúde.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13/12/00 altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das disposições constitucionais transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Em 2001, é criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS (Portaria GM/MS nº 95, de 26/01/01) que se tornou um marco na regulação do SUS. O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos fundamentais para o avanço desse processo. Neste sentido, essa NOAS/SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem

²⁴ População coberta por planos e seguros privados de saúde. Os planos e seguros de saúde podem ser privados (operadoras comerciais e empresas com plano de autogestão) ou vinculados a instituto ou instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar. Os planos e seguros privados de saúde podem ser contratados de forma *individual* ou *coletiva* e serem comercializados/ofertados nas seguintes modalidades: medicina de grupo, cooperativas de trabalho médico, seguradoras, autogestão, administradoras e filantropia. (OPAS, 2002)

superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Vários dispositivos legais são implementados no decorrer do ano de 2001. O que se pode observar é a continuidade da criação de normas e padrões que possibilitem o efetivo funcionamento e gestão do sistema como um todo, e não somente as atividades diretamente relacionadas com prevenção e tratamentos médico-hospitalares. Assim, é verificada a criação do Cadastro²⁵ Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde. A regulamentação²⁶ das transferências Fundo-a-Fundo para a execução das ações de Vigilância Sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde relativas as atividades de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e Distrito Federal.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde²⁷ merece destaque, devido ao seu objetivo de incentivar a alocação de profissionais de saúde, de nível superior, em municípios de comprovada carência de recursos médico-sanitários. O desenho institucional do setor de saúde revela uma concentração desses recursos nos grandes pólos de saúde, localizados invariavelmente nas grandes capitais do país.

²⁵ PORTARIA GM/MS Nº 17, DE 5 DE JANEIRO DE 2001, REPUBLICADA EM 16 DE FEVEREIRO DE 2001.

²⁶ PORTARIA GM/MS Nº 145, DE 1 DE FEVEREIRO DE 2001, REPUBLICADA EM 08 DE FEVEREIRO DE 2001.

²⁷ DECRETO Nº 3.745, DE 5 DE FEVEREIRO DE 2001.

A Agenda de Saúde²⁸ foi instituída nesse mesmo cenário, considerando a necessidade de reformulação e aprimoramento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde. Cabe destacar os Eixos Prioritários de Intervenção estabelecidos, nos quais se pode identificar facilmente a preocupação com a qualidade nos serviços, sem evidenciar, no entanto, possíveis avaliações de eficiência:

“Art. 3º. A Agenda Nacional de Saúde estabelece os seguintes Eixos Prioritários de Intervenção para 2001:
a) redução da mortalidade infantil e materna;
b) controle de doenças e agravos prioritários;
c) reorientação do modelo assistencial e descentralização;
d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde;
e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde; e
f) qualificação do controle social.”

Considerando a importância de orientar os gestores municipais e estaduais quanto ao processo de elaboração, tramitação e acompanhamento dos instrumentos de gestão previstos na legislação do SUS, a necessidade da padronização das informações para a comparabilidade e compatibilidade dos Planos de Saúde nos três níveis de direção do SUS, é aprovado o documento²⁹ “Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS”

Em 2002, é criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde³⁰ - NOAS/SUS 01 / 2002, nos mesmos moldes da anterior, ou seja, atualizando os

²⁸ PORTARIA GM/MS Nº 393, DE 29 DE MARÇO DE 2001.

²⁹ PORTARIA GM/MS Nº 548, DE 12 DE ABRIL DE 2001.

³⁰ PORTARIA GM/MS Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002.

processos existentes, principalmente os critérios de habilitação de estados e municípios.

A regulamentação da Programação Pactuada e Integrada³¹ - PPI da NOAS/SUS 01/2002, vem definir um processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.

Finalizando a revisão bibliográfica e análise relativa a legislação estruturante do SUS, aponta-se a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde³² - RIPSa, com os seguintes objetivos:

- a) estabelecer base de informações essenciais e consistentes para a análise das condições de saúde no País, facilmente acessíveis pelos diversos tipos de usuários e construídas mediante processo interinstitucional de trabalho;
- b) articular a participação de instituições que contribuam para a produção, crítica e análise de dados e indicadores relativos às condições de saúde;
- c) implementar mecanismos de apoio para o aperfeiçoamento permanente da produção de dados e informações;

³¹ PORTARIA GM/MS Nº 1.020, DE 31 DE MAIO DE 2002.

³² PORTARIA GM/MS Nº 1.919, DE 22 DE OUTUBRO DE 2002.

d) promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;

e) contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro;

f) fomentar mecanismos indutores do uso de informações essenciais para a orientação de processos decisórios no âmbito do SUS.

A partir da criação, promulgação e consolidação do SUS, o setor de saúde chega lentamente aos dias de hoje com o relativo aumento da regulação, do controle do gasto, da produtividade, da implantação dos instrumentos gerenciais e estrutura de informação para melhoria da Gestão. Apontando, ainda, uma tendência em regulamentar todos os atores em exercício direto e indireto do arranjo institucional em desenvolvimento, que é o SUS.

Com o SUS, houve, de fato, um redirecionamento dos recursos para o financiamento do setor público em detrimento da política de compra de serviços de saúde do setor privado, e para algumas ações preventivas e de cuidado primário. No entanto, mesmo com as propostas de mudanças dos médicos sanitários estarem inseridas no discurso oficial do governo, o que se observa, desde então, é um predomínio absoluto do setor privado na rede hospitalar e a manutenção da existência dos hospitais como garantia e apoio no atendimento de serviços de saúde. Há que ressaltar a adoção de políticas de maior controle dos hospitais privados, de estímulo à produção do setor público e ênfase no atendimento ambulatorial, sem, contudo, romper definitivamente com o modelo assistencial hospitalocêntrico. (França, 1998)

A macrofunção de financiamento dos serviços de saúde é dever do Estado, conforme disposição constitucional. O financiamento consiste na mobilização de recursos financeiros, sua acumulação e sua distribuição por meio de uma variedade de arranjos institucionais, para produzir serviços de saúde. Dentro disso, para ser bem apreciado, deve ser feito de forma eqüitativa, provendo serviços de forma eficiente e com qualidade, através do incentivo aos prestadores, que resultem na melhoria dos níveis de saúde da população. (Mendes, 2002.)

Mendes (2002) ressalta, ainda, o papel do sistema de informações, como mediador coletivo dos sistemas de saúde, na figura do Estado, exercendo sua função da comunicação social. Esta função, no âmbito do SUS, pode ser verificada na adoção de vários sistemas informatizados de dados, processados pelo DATASUS, referente a normatização e uniformização dos dados para coleta, tratamento e disponibilidade para utilização pública. (Mendes, 2002)

A comunicação social, conforme definiu Mendes, é entendida como a cobertura das decisões, dos fatos e dos feitos que reproduzem as atividades das organizações cotidianamente. Também, entendida como função-meio, pode levar a resultado pobres e sem sustentabilidade, devido a fatores como sua utilização como espaço de marketing e sua operação efetuada por comunicadores sem intimidade com as especificidades da informação em saúde. Assim, ela vai manifestar-se, com informação e formação da cidadania, em três dimensões: a qualificação da demanda por saúde, a qualificação da oferta de serviços qualificados aos cidadãos e a educação.

A expansão da regulação do sistema de saúde impõe, pela via da autoridade, numerosas práticas operacionais às organizações. Observa-se, na trajetória do Estado no Brasil, uma tendência de criação de regras e normas no sentido de fomentar a operacionalidade do sistema, uniformizar os procedimentos de prestação de contas e de distribuição dos recursos financeiros, ações elaboradas segundo uma preocupação com a manutenção e garantia da sobrevivência das organizações para prestação dos serviços.

O comportamento do Estado e do SUS, na tentativa de garantir o sucesso e a sobrevivência das organizações de saúde, segue uma tendência processual. Essa tendência é verificada na teoria do novo institucionalismo como o mecanismo do isomorfismo coercitivo, discutido anteriormente através dos autores Meyer e Rowan (1991). Os autores destacam que esta ocorrência é uma fonte de conflito entre as regras cerimoniais existentes nas organizações de saúde e a eficiência exigida pelo Estado, que invariavelmente pode levar a resultados pouco eficientes.

3 Estudo de Caso: O Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte e sua rede de assistência hospitalar.

Este capítulo apresenta as informações utilizadas do Sistema Único de Saúde do município de Belo Horizonte e de sua rede de assistência hospitalar para caracterizar seu desenho institucional e apresentar os resultados produzidos ou alcançados, na tentativa de avaliar se, conforme discutido pela literatura e pela revisão bibliográfica, existem resultados eficientes ou não.

Para isso, são utilizados dados, indicadores e fontes de informações que serão descritos e qualificados na seção 3.1. Notas Metodológicas. A seção 3.2. aborda as características do sistema de saúde no município e na seção 3.3, as características da rede de assistência hospitalar. Essas características permitem definir o atual desenho do arranjo institucional presente, que poderão evidenciar alguns aspectos em torno da lógica da eficiência.

Os resultados produzidos pelo Sistema Único de Saúde e a Rede Hospitalar de Belo Horizonte são apresentados e analisados na seção 3.4. com vistas ao entendimento de seus objetivos, limitações e qualidade da informação para fins de mensuração de eficiência.

3.1. Notas Metodológicas

A fim de analisar e caracterizar o sistema de saúde do município de Belo Horizonte, são apresentadas as informações produzidas pelos componentes do sistema e sistematizadas pela autora. Os indicadores utilizados foram escolhidos conforme descrito na introdução deste trabalho, e são relacionados às dimensões de oferta, acesso e utilização dos serviços de saúde, financiamento, situação e qualidade da saúde. Alguns atores presentes no arranjo institucional, como os fornecedores de tecnologia e recursos materiais, tipificadas pelas indústrias farmacêuticas e de equipamentos, e outras instituições geradoras de recursos técnicos, como as universidades e as organizações de acreditação¹, apesar da relevância com que atuam no setor de saúde, não constituem objeto de análise deste trabalho.

Os dados utilizados, relativos aos estabelecimentos e prestadores de serviços, são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, ambos geridos pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, sendo processados pelo DATASUS - Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Apesar da implantação do CNES em agosto de 2003, seu uso somente tornou-se obrigatório para identificar os estabelecimentos de Saúde, no campo Atos Profissionais da Autorização de Internação Hospitalar – AIH,

¹ Tipos de organização que atuam indiretamente no sistema, exercendo um papel de avaliadora da qualidade das instituições de saúde, segundo um conjunto de regras próprias de aceitação mundial à semelhança dos indicadores de qualidade ISO reconhecidos no mercado de indústrias.

a partir de sua publicação em março de 2007. (Ministério da Saúde, 2007.) Desde então, esta base de dados passou a ter maior confiabilidade².

O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc. As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH, para os gestores municipais (se em gestão plena³) ou estaduais (para os demais). Estas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma valiosa base de dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil.

Através da Internet, o DATASUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as bases de dados do SIH/SUS (DATASUS, 2007). A metodologia utilizada no trabalho foi a coleta de dados no DATASUS, através do SIH, tabulação e cálculos percentuais utilizando a planilha eletrônica de dados excell, do software Windows para a elaboração de tabelas e gráficos.

Foram utilizadas, ainda, informações reproduzidas e adaptadas do Caderno de Informações de Saúde do ano de 2007, disponibilizadas no *site* do Ministério da Saúde. Essas informações referem-se ao município de Belo Horizonte

² Cabe salientar que os dados reproduzidos desta base sofreram sua última atualização em julho de 2007.

³ Gestão plena refere-se a uma das condições de gestão, estabelecidas na NOB-SUS/96, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorece o seu desempenho. A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

e ao Brasil. As informações para o Brasil foram utilizadas para fins de comparação, e estão disponíveis no Anexo IV.

Os significados dos parâmetros, bem como as limitações encontradas e utilizados na geração e apresentação das informações serão apontados junto às mesmas, quando pertinente, para melhor compreensão da análise realizada.

3.2. Os sistemas de saúde: Arranjo institucional e o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

O setor de saúde apresenta uma configuração diferente dos demais setores da economia por produzir bens e serviços tanto de interesse público quanto privado. Quando a relação entre o produtor e consumidor, no que diz a troca de bens e serviços, é passível de transação no mercado, assume um caráter privado. Quando esta relação se conforma a partir de direitos de cidadania, assume um caráter público.

Nesse setor, a assimetria informacional é significativa. Informações básicas como a existência da doença, qual é a doença e como tratá-la impedem o indivíduo de escolher a melhor alternativa sobre qualidade e preço do serviço. Desta forma, ele transfere ao médico o poder da decisão a respeito da assistência, do diagnóstico e tratamento, configurando uma relação dependente e limitada. Outra

questão é o desconhecimento, por parte dos agentes da demanda⁴, dos custos e preços das prestações dos serviços, anulando estas variáveis como determinantes da escolha. As externalidades⁵ também estão presentes, um indivíduo pode decidir por não se tratar de determinada doença e esta ser do tipo infecciosa gerando riscos para a comunidade. Essa decisão individual altera o estado geral de doença de uma coletividade, ou seja, o comportamento de um indivíduo afeta ou pode afetar o conjunto da sociedade.

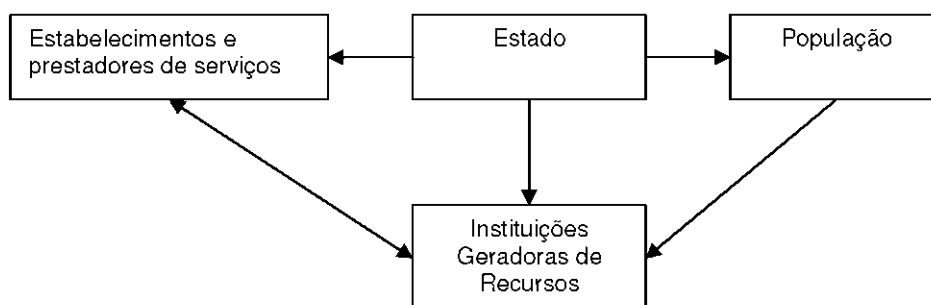
O mercado de saúde, então, apresenta-se imperfeito devido às inúmeras falhas que os agentes da demanda podem ocasionar, exigindo do Estado um papel intervencionista no sentido de corrigir as falhas e garantir o bem estar da sociedade, cuidando de seu bem mais precioso que é a vida humana.

Os sistemas de serviços de saúde são definidos pela Organização Mundial de Saúde como o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. (OMS, 2002). Por assim configurarem-se, apresentam uma arquitetura própria referente ao conjunto de elementos e relações que o compõem. A figura nº 1, adaptada de Frenk (1994) apud Mendes (2002), mostra os componentes e as relações que se estabelecem nos sistemas de saúde.

⁴ Em sua maioria pacientes, acompanhantes ou pessoas em busca de tratamento e prevenção. Existem outros agentes de demanda de serviços de saúde como os próprios médicos ao solicitarem exames e tratamentos auxiliares aos diagnósticos das doenças.

⁵ Impactos das ações de uma pessoa sobre o bem-estar de outras que não participam da ação. (Mankiw, 2001)

Figura 1: Os componentes e as relações nos sistemas de saúde



A figura 1 demonstra a relação entre instituições prestadoras de serviços e geradoras de recursos e uma população, mediada por um ator coletivo, o Estado.

O ambiente em análise é altamente institucionalizado, conforme discutido no capítulo anterior, complementando o arranjo institucional apresentado. A fim de caracterizar os componentes do sistema apresentado na fig. 1, utilizaremos o sistema de saúde do município de Belo Horizonte para este estudo de caso.

Belo Horizonte é considerado pólo estadual na assistência a saúde, conforme definido no Plano Municipal de Saúde de 2005-2008 elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde. Desta forma, recebe usuários de todo o Estado. Para se ter uma idéia disso, somente a região metropolitana de Belo Horizonte – RMBH, forma um conjunto de 34 municípios e cerca de 2,0 milhões de habitantes a mais em relação a capital.

Serviços de saúde de média e alta complexidade, particularmente, que necessitem de tecnologia mais avançada e, em geral, de investimentos financeiros

maiores, ou produção em escala que justifique a relação custo – benefício, estão e devem ser implantados em cidades – pólo (regionais ou estadual), como o que se verifica na capital mineira.

O papel do Estado, de uma forma geral, pode ser verificado por seu nível de gestão. O município de Belo Horizonte está habilitado na Gestão Plena do Município, o que lhe confere uma série de responsabilidades, requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. Neste sentido, destaca-se sua autonomia na contratação de serviços de saúde de outras instituições para atendimento à demanda, financiamento dos recursos utilizados, coordenação de programas entre outras responsabilidades.

As informações populacionais⁶ são apresentadas aqui somente a título de conhecimento e pelo fato de sua utilização nos cálculos de indicadores ao longo deste capítulo. Isto porque, para caracterizar a população residente, seria necessário o conhecimento do perfil epidemiológico, da renda, das condições de moradia, de saneamento básico, além dos dados demográficos; que não se constituem em tema do presente estudo. Corrobora-se a este argumento, o fato de a população não representar toda a demanda do setor de saúde no município de Belo Horizonte.

Em relação à demanda, economicamente entendida por MANKIWI (2001) como a quantidade de um determinado produto ou serviço que vai ser comprada, tem-se, num sistema de saúde, a “compra” de serviços de saúde determinada tanto por indivíduos sadios e doentes, quanto por médicos no auxílio ao

⁶ Os dados demográficos relativos à população residente no município, encontram-se disponíveis no Anexo V.

diagnóstico e ao tratamento médico; e quantas vezes for necessária a cada caso de existência ou não de doença. Ou seja, a demanda não pode ser quantificada pelo número de pacientes porque existem outros atores nesse arranjo institucional que também “compram” os serviços de saúde, denominados por assim de agentes da demanda, conforme já exemplificado.

Além disso, há que se destacar que, no município de Belo Horizonte, o atendimento do SUS feito à população não residente é bastante expressivo, conforme indicadores que serão analisados mais adiante, constituindo outro fator de descaracterização da demanda e, possivelmente, de geração de ineficiências no setor.

De acordo com Marinho (2003), as pessoas se movem entre os municípios, e os investimentos e recursos nem sempre acompanham a racionalidade desta ocorrência. Ou seja, existem exportações e importações múltiplas e incontroláveis de pacientes e de recursos entre os mesmos. Os municípios mais ricos servem de anteparo aos mais pobres, e essa realidade transcende as possibilidades de atuação dos gestores locais de saúde⁷. Assim:

“Na busca de eficiência, os gestores locais se vêem diante de um sério dilema. Se forem pouco eficientes, punem a população de seus municípios. Se forem potencialmente eficientes podem, ainda assim, não serem efetivos, pois municípios que dispõem de boa estrutura atraem os casos mais graves de outras cidades, ‘importando’ as ineficiências alheias.” (p. 530-531)

⁷ A NOB-SUS/96 criou o PPI para regulamentar esta ocorrência. A Programação Pactuada e Integrada - PPI garante o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. (NOB-SUS, 1996).

O Estado encontra, ante o desempenho de sua função precípua de prestar serviços de saúde, uma importante fonte de ineficiência. Como prestar bons serviços de acordo com o princípio da universalização do acesso que rege o sistema, para uma população que lhe parece desconhecida e de difícil previsão. Em saúde inexistem possibilidades de prever quem ficará doente, quando e onde. Antes de ser eficiente, há uma preocupação de organizar e normatizar, ao menos o acesso da população aos serviços necessários, pois em relação a doença, a despeito do sistemas de epidemiologia, inexistente uma forma concreta de controle e de previsão de ocorrer.

A tabela 1 apresenta o número de estabelecimentos cadastrados como de saúde no CNES existentes no município de Belo Horizonte, de forma a caracterizar o componente do sistema de saúde denominado “Estabelecimentos e prestadores de serviços”.

Tabela 1: Unidades de assistência médica de Belo Horizonte, por tipo, em 2007.

Descrição	Total	%
Policlínica	13	0%
Unidade de vigilância em saúde	20	1%
unidade móvel terrestre	4	0%
Urgência/emergência	2	0%
Pronto Socorro Geral	8	0%
SADT Isolado	271	10%
Laboratório central de saúde pública	1	0%
Consultório isolado	1670	64%
Pronto Socorro Especializado	2	0%
Central de Regulação de serviços de saúde	1	0%
Clínica especializada/ambulatorio de especialidade	354	14%
Hospital especializado	46	2%
Hospital geral	34	1%
Hospital/Dia - isolado	14	1%
Centro de saúde/Unidade básica	145	6%
Cooperativa	21	1%
Farmácia	1	0%
Total	2607	100%

Fonte: <www.cnes.datasus.gov.br>

Elaboração própria

Esta tabela permite observar a existência de uma alta concentração de estabelecimentos do tipo consultório isolado, de 64% do total. Nesta categoria, conforme pesquisa no CNES, estão cadastrados desde consultórios médicos individuais, em grupo, algumas clínicas odontológicas e de fisioterapia, até serviços especializados, como urologia e angiologia. Assim, tem-se um grupo bastante heterogêneo, caracterizado por atividades individuais e especialistas, e vários atendimentos que não somente aqueles médicos.

O outro grupo de destaque são as clínicas especializadas/ambulatório de especialidade, que representam 14% dos estabelecimentos de saúde. Este grupo, novamente, apresenta clínicas de atendimento médico, na maioria, de serviços especializados. A diferença para com os consultórios isolados é que este grupo apresenta somente clínicas. Os dois grupos apresentam características similares de cadastro, especialidades e juntos, participam com 78% de todos estabelecimentos.

Neste universo do sistema de saúde, os hospitais, que são as unidades de apoio básico do sistema, conforme será discutido na próxima seção, apresentam-se quase irrelevantes relação ao número de estabelecimentos, com participação de apenas 1% do total. O que se depreende desta fonte de informações é a multiplicidade de arranjos organizacionais existentes para trabalhar a saúde da população. Os profissionais do setor podem atuar de forma autônoma ou coletiva, em consultórios isolados ou em clínicas especializadas e, em menor possibilidade, em hospitais gerais. A saúde tem, à primeira vista, muitas oportunidades de

atendimento ambulatorial e de forma muito especializada, o que pode levar a um aumento de agentes de demandas de serviços, dificuldades de diagnóstico, impactando na eficiência do setor.

A natureza jurídica dos estabelecimentos é apresentada na tabela 2. A natureza jurídica corresponde ao tipo de vínculo que o estabelecimento tem, e ao tipo de regime se, público ou privado.

Tabela 2: Estabelecimentos de saúde de Belo Horizonte, por natureza jurídica, em 2007

Descrição	Total	%
Fundação Privada	8	0%
Entidade beneficente sem fins lucrativos	24	1%
Administração indireta - Fundação Pública	15	1%
Empresa Privada	2279	88%
Administração direta da saúde (MS, SES e SMS)	224	9%
Cooperativa	28	1%
Administração direta de outros órgãos (MEC, Mex, Marinha, etc.)	7	0%
Administração indireta - Autarquias	1	0%
Serviço Social Autônomo	15	1%
Economia Mista	1	0%
Total	2602	100%

Fonte: <www.cnes.datasus.gov.br>

A presença dominante das empresas privadas no sistema de saúde em Belo Horizonte é facilmente verificada nesta Tabela. Os estabelecimentos dessa natureza, juntamente com as Fundações privadas e as Entidades beneficentes sem fins lucrativos, representam quase 90% de todos os tipos existentes. Este fenômeno pode encontrar justificativa na trajetória do setor, discutida no capítulo anterior, quando se verificou um predomínio desses estabelecimentos no setor desde a criação do primeiro sistema de saúde, o SNS⁸.

⁸ Conforme capítulo anterior o SNS foi criado em 1975.

As instituições de regime público, representadas pela Administração direta da saúde e de outros órgãos, somadas, são 231, ou aproximadamente 9% do total. Este dado indica que, mesmo no SUS, o predomínio das instituições privadas ofertando serviços de saúde através de convênios celebrados junto ao Estado também é alto. Pode-se dizer, com isso, que o papel do Estado na gestão dos serviços de saúde não fica restrito somente às funções regulatórias e de financiamento, mas existe uma importante articulação entre a utilização de serviços oriundos do setor privado.

Há que se evidenciar uma limitação do sistema de informação utilizado, quando confrontamos o número de estabelecimentos contidos nas tabelas 2 e 3, que apresentam uma diferença de dois estabelecimentos. E, ainda, na falta de padrões para segregação de clínicas especializadas e consultórios especializados, conforme pôde ser aqui constatado. O CNES apresenta vários cadastros para a mesma instituição, conforme salientado por Machado (2004) em trabalho de Caracterização da Rede Hospitalar do SUS-MG.

Outra limitação está na disponibilidade de informações geradas pela rede privada de assistência médica no Brasil. Marinho (2004), em sua pesquisa no setor de saúde, aponta a ausência de uma fonte de dados unificada, oficial e sistematicamente atualizada relativa aos dados da referida rede. Ele utilizou dados da Pesquisa de Assistência Médica Sanitária (AMS) de 2002. No entanto, a AMS não é uma pesquisa atual. Esse comportamento decorre da fraca e recente regulação do setor privado de saúde no Brasil⁹ desde a criação do SUS em 1988,

⁹ Sobre a expansão e regulamentação do setor de saúde privado, ver Ensaio 6: a regulamentação dos contratos de seguro saúde in Ensaio de Economia. (ANDRADE, 2000)

muito embora sua importância no sistema de saúde não seja recente, haja vista sua expansão na década de 80. (ANDRADE, 2000)

Essas limitações nos remetem a constatação de uma possível ausência de preocupação das instituições com os resultados produzidos, e sua tendência em reproduzir apenas as necessidades de suas atividades, garantindo sua existência e a legitimidade de suas atitudes. O número de instituições, de leitos e prestadores de serviços são dados imprescindíveis para mensuração e avaliação da oferta dos serviços. Se os dados não são confiáveis, pouco o serão na obtenção dos resultados para análise, comprometendo esta última. Mas, para o fato de cumprimento com a obrigação para que as instituições possam prestar seus serviços, o objetivo, cadastrar-se no CNES, foi alcançado. Ou seja, desde que a atividade continue sendo executada, os resultados das ações importam em menor grau.

Devido a ausência de dados confiáveis e do caráter altamente pulverizado da rede privada de serviços de saúde, esta não será objeto das análises efetuadas nas seções seguintes, exceto quando participa de forma complementar no Sistema Único de Saúde¹⁰.

Na tabela 3, o indicador apresentado de número de médicos por habitante, baseia-se no número médicos inscritos nos conselhos profissionais,

¹⁰ A Constituição Federal de 1988, no artigo 199, determina em seu caput: "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada". E a seguir: "§1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato público em convênio, tendo preferências as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos"
"§2º. É vedada, expressamente, a distribuição de recursos públicos para auxílio ou subvenção às instituições privadas com fins lucrativos".

incluídos os que não estão no exercício de atividades assistenciais de saúde. Fato identificado como uma limitação na sua interpretação.

Tabela 3: Frequência de médicos inscritos no CRMMG, de Minas Gerais, em 08/2007.

Localidade	Quantidade
Capital	15.614
Interior	21.641
Outras UF	5.010
Desatualizados	3.836
Total em Minas Gerais	46.101
Nº médicos/habitantes em BH	6
Nº médicos/habitantes em MG	2

Fonte: www.crmmg.org.br

IBGE - População estimada em 01/07/2005

CRMMG - Números de médicos em 10/08/2007

Elaboração própria

A concentração de profissionais na capital, BH, revela 300% mais médicos em BH do que a média do Estado, a partir da comparação do número de médicos por habitante em BH e em MG. Essa concentração costuma ser relacionada às melhores condições de trabalho decorrentes de maior acesso a serviços especializados, sobretudo de apoio e diagnóstico e terapêutico, à maior possibilidade de aperfeiçoamento profissional e, não menos importante, às vantagens comparativas de qualidade de vida oferecidas pelos grandes centros urbanos. Sob o ponto de vista do isomorfismo, nos grandes centros mais que o acesso aos recursos técnicos e materiais, a competição acontece na busca por poder político e legitimidade institucional, desta forma os profissionais tendem a se concentrar próximos a essa realidade.

Essa característica pode revelar uma carência desse profissional em outros municípios do Estado. Fato importante e que se multiplica por todo país, uma vez, que foi considerado na política pública de saúde gerando a criação do

Programa de incentivo a interiorização profissional desses médicos discutido no capítulo anterior. No entanto, mesmo com sua implementação, não se pode perceber, nas informações verificadas, que tal Programa gerou o efeito esperado no município de BH.

Tabela 4: Distribuição dos recursos humanos por ocupação, categoria de estabelecimento e atendimento ao SUS em BH, em 2002.

Ocupação	Geral	Com especialidades	Especializado	Total	SUS
Anestesista	445	422	121	988	62%
Assistente Social	92	236	37	365	88%
Bioquímico/Farmacêutico	110	233	118	461	56%
Cirurgião Geral	538	393	31	962	71%
Clínico Geral	807	1215	42	2064	72%
Enfermeiro	789	1050	156	1995	85%
Fisioterapeuta	184	308	134	626	53%
Fonoaudiólogo	21	164	26	211	29%
Gineco-obstetra	471	584	13	1068	60%
Médico de família	11	87	0	98	99%
Nutricionista	56	55	12	123	80%
Odontólogo	34	564	362	960	40%
Pediatra	533	1054	93	1680	74%
Psicólogo	85	402	91	578	57%
Psiquiatra	43	235	102	380	76%
Radiologista	64	294	96	454	34%
Residente	653	477	103	1233	79%
					100%
Sanitarista	1	2	1	4	%
Outras especialidades médicas	2053	2782	1005	5840	52%
Outros - nível superior	81	278	137	496	65%
Auxiliar de enfermagem	4891	6010	801	11702	84%
Fiscal sanitário	0	74	1	75	4%
Técnico de enfermagem	884	479	71	1434	81%
Técnico e auxiliar de farmácia	204	203	17	424	65%
Técnico e auxiliar de laboratório	468	787	339	1594	64%
Técnico e auxiliar em nutrição e dietética	80	27	17	124	93%
Técnico e auxiliar em fisioterapia/reabilitação	25	67	30	122	39%
Técnico em saúde oral	23	336	83	442	74%
Técnico e auxiliar em vig sanitária e ambiental	5	7	1	13	92%
Técnico em equipamentos médico-hospitalares	11	29	6	46	76%
Técnico em radiologia médica	211	357	92	660	69%
Técnico e auxiliar em hematologia/hemoterapia	62	8	6	76	92%
Técnico e auxiliar em histologia	4	12	17	33	48%
Técnico em citologia/citotécnica	4	22	29	55	27%
Outros - nível técnico e auxiliar	155	283	80	518	76%
					100%
Agente comunitário de saúde	156	2039	0	2195	%
Agente de saúde pública	11	24	0	35	94%
Atend de enfermagem/aux operador servs divs	312	623	150	1085	82%

Guarda endemias/agent contr zoon/agent contr vetor	20	577	0	597	100 %
Outros - nível elementar	147	323	44	514	47%
Administração	3951	5569	1606	11126	60%
Serviços de limpeza/conservação	1773	2457	572	4802	71%
Segurança	383	864	90	1337	82%
Total	20851	32012	6732	59595	70%
% nos estabelecimentos	35%	54%	11%	100%	
Total de profissionais médico	5619	7545	1607	14771	69%
Outras profissões	15232	24467	5125	44824	70%

Fonte: <www.datasus.gov.br>

Elaboração própria

Os recursos humanos existentes no sistema de BH são apresentados nas tabelas 3 e 4. Estes dados são utilizados para o cálculo de indicadores de oferta do sistema de saúde. Esse indicador mede a disponibilidade de profissionais de saúde, por categorias selecionadas, segundo sua localização geográfica e o atendimento ao SUS.

No entanto, não foi possível calcular esse indicador devido a ausência de informações sobre a população atendida. A utilização da população residente é uma variável limitante na qualificação deste indicador, e essa será problematizada em discussões posteriores neste trabalho.

Na análise desta tabela percebe-se que os médicos são a maioria no que tange a categoria profissional. No entanto, representam 25% do total de recursos humanos em atividades de saúde. Deste universo, 69% prestam serviços ao SUS. E comparando com o número de médicos apontado na tabela anterior (8), 95% deles estão cadastrados junto ao SUS, ou seja, praticamente sua totalidade¹¹

¹¹ O percentual de diferença entre as duas tabelas de 5% pode ser explicada pelos período de coleta de dados serem diferentes, ou pelo fato de profissionais inscritos no CRMMG não exercerem atividade médica. Independente da causa da diferença, esta não influencia a análise que se pretende efetuar.

indicando uma coerência nos dados. Dentre as ocupações exercidas, observa-se uma concentração em 'Outras especialidades médicas', 5.840, 'Clínico Geral', 2.064, 'Pediatra', 1.680 e 'Gineco-obstetra', 1.068. Sendo que, da primeira, 52% prestam serviços aos SUS, e as outras três em média 69%. Há que resgatar os menores valores médios de internação do SUS estão ligados a obstetrícia, clínica médica e pediatra, onde verifica-se maior proporção de profissionais que estão no SUS. A ocupação de outras especialidades médicas, que geralmente ligadas a procedimentos de valores de remuneração maiores, atraem praticamente a metade destes profissionais.

Os recursos humanos estão distribuídos nos estabelecimentos definidos como Geral, Com especialidade e Especializado, na proporção de 35%, 54% e 11%, respectivamente. Em especial os médicos, 51% exercem suas atividades em estabelecimentos com especialidades. Foi verificado, anteriormente, uma grande quantidade de estabelecimentos com o perfil de 'com especialidades', que presumidamente buscam atrair os profissionais assegurando maiores remunerações e legitimidade social. Cabe, ressaltar a discussão anterior em torno do mesmo aspecto (recursos humanos) acerca de mecanismos usualmente utilizado pelas instituições para atrair os profissionais médicos.

Essa caracterização demonstra a complexidade dos atores envolvidos no sistema de saúde de BH, o que gera dificuldades de controle e coordenação aos gestores do sistema. Com isso, o processo regulatório, ao definir regras e procedimentos, apresenta uma tendência a sua homogeneização ou uniformização, na tentativa de minimizar falhas no sistema. O papel das profissões e sua

profissionalização verificada nos conselhos criam barreiras para garantir o exercício de atividades, como as dos médicos sem influências ou, ainda, sob a coordenação de outro profissional que não seja da área. Além disso, existe outra garantia que é a autonomia da profissão que a desvincula formalmente de qualquer regra, dispositivo ou estatuto existentes nas Instituições que operam dentro do sistema de saúde.

3.3. Características da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte.

Os hospitais são organizações de saúde e se identificam como tal principalmente pelo fato da existência de burocracia e tecnocracia, que são formas de governo¹² características de uma organização. Eles dependem de operadores para funcionar, dentre os quais se destaca o profissional médico. O trabalho operacional exige alto nível de qualificação, é controlado por aqueles que executam o serviço, o centro das decisões está em poder dos médicos, embora existam necessidades de serviços de apoio. Os serviços por si não são facilmente aplicados e mensurados, dependem da identificação do cliente (paciente) em função da patologia apresentada, em determinado espaço de tempo, dentro de uma dimensão ética, considerando os direitos do cliente, os deveres do profissional e as prioridades de saúde estabelecidas. Assim o exercício do poder é consequência da perícia médica, o que não depende de função, hierarquia, afetando fortemente a estrutura administrativa na qual atuam. Daí, que as organizações hospitalares têm

¹² Essa discussão foi efetuada quando da revisão de literatura no capítulo dois, seção 2.1, pág. 51.

especificidades consistentes com o ambiente e o processo de trabalho executado, o que as torna altamente complexas e singulares, não permitindo que sejam simples burocracias e aproximando-as das tecnocracias, conforme discutido no capítulo dois. (Azevedo apud França, 1998).

O hospital, segundo a Organização Mundial de Saúde, é uma organização que integra determinado sistema coordenado de saúde e tem, como função, dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda, um centro de formação dos que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais. Os hospitais atuam na prestação de serviços por meio de pessoas profissionais médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores e de equipamentos e instalações médicas. Podem ser divididos em dois grupos principais os do tipo geral ou especializado.

Os hospitais gerais correspondem àqueles que oferecem assistência a pacientes de especialidades clínicas e cirúrgicas diversas, podendo ser limitados a um grupo etário (hospital infantil); a determinado grupo da população (hospital dos advogados, militares) e a finalidades específicas, como a pesquisa e extensão (hospital universitário). Os hospitais especializados, por sua vez, oferecem assistência médica específica a patologia, como os hospitais psiquiátricos. (Martins, 2005). A tabela 5 apresenta os Hospitais Gerais existentes no município de Belo Horizonte e evidencia aqueles que prestam serviços ao SUS.

Tabela 5: Distribuição dos Hospitais Gerais por atendimento ao SUS, em Belo Horizonte, em 2007.

CNES	Estabelecimento	sus
26727	Hospital Semper	não
26743	Hospital Nossa Sa. Aparecida	sim
26794	Hospital Sofia Feldman	sim
26808	Hospital Evangelico	sim
	Hospital Infantil de Urgência São Paulo	
26816	Ltda.	não
26824	SOCOR	não
26840	Hospital São Francisco de Assis	sim
26859	Hospital Felicio Rocho	sim
26875	Hospital São Bento	sim
26964	Hospital Alberto Cavalcanti	sim
27006	Hospital Dom Bosco S/A	não
27014	Santa Casa de Belo Horizonte	sim
27022	Hospital Julia Kubitschek	sim
27049	Hospital das Clínicas da UFMG	sim
27693	Clínica Belvedere	não
27731	Hospital Fraucenter	não
27847	Hospital Vera Cruz	não
27871	Maternidade e Hospital Octaviano Neves	não
27928	PHDPACE Hospital Dia Ltda.	não
27979	Hospital Belo Horizonte	não
27987	Hospital da Polícia Militar	não
27995	Hospital Mater Dei S/A	não
2192896	Hospital Municipal Odilon Bherens	sim
2200422	Hospital Madre Teresa	sim
2200457	Hospital Luxemburgo	sim
2695324	Hospital da Baleia	sim
	Hospital Geral Oscar Niemeyer	
2695340	Cardiocentro	não
2695383	Hospital Santana Ltda.	sim
3203565	Hospital e Maternidade BH Mater	não
3314014	Hospital Life Center	não
3319512	Hospital Santo Ivo	não
3702693	Hospital Dia e Maternidade UNIMED	não
4034236	Hospital Universitário São José	sim
5027144	SERVICOR Ltda.	não
TOTAL	34	16 - sim

Fonte: <www.cnes.datasus.gov.br>

Elaboração própria

Os hospitais geralmente atuam de forma a oferecer serviços de ação coletiva como saúde materno-infantil, controle de doenças transmissíveis, pesquisas médicas, educação em saúde e medicamentos que são configurados como direitos de cidadania. Oferecem, também, serviços de ações individuais, como promoção da saúde individual, prevenção e tratamentos, serviços auxiliares de diagnósticos que

podem ser configurados como direitos sociais. Estes últimos podem ser comercializados como um bem privado no mercado de saúde. (Pereira apud França, 1998). Na tabela anterior, pode-se perceber que aproximadamente 50% dos hospitais gerais existentes no município prestam atualmente serviços ao SUS, no município de BH.

Em relação à sua natureza jurídica, os hospitais podem ser classificados como públicos e privados. Dentre os de natureza privada, destacam-se os hospitais filantrópicos, que atuam sem o objetivo de auferir lucros.

A tabela 6 apresenta a distribuição dos hospitais segundo a natureza jurídica¹³ que prestam serviços ao SUS, independente do grupo a que pertencem, sejam especializados ou não.

Tabela 6: Distribuição dos hospitais segundo a natureza jurídica em BH, em 2002

Natureza jurídica	Total	%
Contratado ¹⁴	26	46%
Federal	0	0%
Estadual	10	18%
Municipal	1	2%
Filantrópicos ¹⁵	12	21%
Universitário ¹⁶ - ensino	0	0%
Universitário - pesquisa	7	13%
Total	56	100%

Fonte: <www.datasus.gov.br>

Os hospitais contratados participam com 46% e os filantrópicos com 21%, da oferta de estabelecimentos prestadores de serviços ao SUS. Isto corrobora

¹³ Corresponde ao tipo de vínculo que a Unidade Hospitalar tem com o SUS.

¹⁴ Regime privado, não se tratando de filantrópicos e universitários.

¹⁵ Pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos certificada como entidade de beneficência social.

¹⁶ Até julho/2003, as unidades universitárias não estavam caracterizadas como públicas ou privadas. A partir da implantação do CNES em agosto/2003, as unidades universitárias foram reclassificadas em públicas e privadas.

com as questões levantadas acerca do predomínio da iniciativa privada no sistema, verificada também na rede hospitalar que, em Belo Horizonte, representa 69% no período analisado. Os hospitais universitários de pesquisa representam 13%, ficando a oferta da prestação de serviços por parte das esferas de governo, restrita a apenas 18% do total.

A capacidade hospitalar do município de Belo Horizonte está expressa na tabela 7, através da oferta de leitos de toda rede de assistência, dividida em total de leitos existentes e aqueles destinados ao atendimento do SUS. Os dados apresentados encontram-se classificados por tipo de internação, cirúrgica, clínica e complementar; e especialidades médicas, como buco maxilo facial, cardiologia, ginecologia e outros.

Tabela 7: Número de leitos disponíveis em Belo Horizonte, em 07/2007

Descrição	Leitos			
	Existente	% total de leitos	Sus	% do SUS
CIRÚRGICO				
BUCO MAXILO FACIAL	50	0%	32	64%
CARDIOLOGIA	230	2%	88	38%
CIRURGIA GERAL	908	9%	471	52%
ENDOCRINOLOGIA	36	0%	26	72%
GASTROENTEROLOGIA	71	1%	43	61%
GINECOLOGIA	179	2%	91	51%
NEFROLOGIAUROLOGIA	102	1%	58	57%
NEUROCIRURGIA	234	2%	163	70%
OFTALMOLOGIA	197	2%	83	42%
ONCOLOGIA	169	2%	146	86%
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	605	6%	488	81%
OTORRINOLARINGOLOGIA	108	1%	21	19%
PLASTICA	188	2%	123	65%
TORAXICA	37	0%	18	49%
TRANSPLANTE	17	0%	12	71%
TOTAL	3131	30%	1863	60%
CLÍNICO				
AIDS	89	1%	66	74%
CARDIOLOGIA	133	1%	61	46%
CLINICA GERAL	1436	14%	998	69%

DERMATOLOGIA	27	0%	11	41%
GERIATRIA	10	0%	1	10%
HANSENOLOGIA	11	0%	11	100%
HEMATOLOGIA	43	0%	20	47%
NEFROUROLOGIA	64	1%	41	64%
NEONATOLOGIA	297	3%	236	79%
NEUROLOGIA	98	1%	49	50%
ONCOLOGIA	157	2%	137	87%
PNEUMOLOGIA	119	1%	103	87%
TOTAL	2484	24%	1734	70%
COMPLEMENTAR				
UTI ADULTO	168	2%	18	11%
UTI INFANTIL	53	1%	0	0%
UTI NEONATAL	103	1%	0	0%
UNIDADE INTERMEDIARIA	121	1%	89	74%
UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL	111	1%	94	85%
UNIDADE ISOLAMENTO	125	1%	90	72%
UTI ADULTO I	35	0%	--	0%
UTI ADULTO II	231	2%	--	0%
UTI ADULTO III	49	0%	--	0%
UTI INFANTIL II	82	1%	--	0%
UTI INFANTIL III	8	0%	--	0%
UTI NEONATAL II	73	1%	--	0%
UTI NEONATAL III	10	0%	--	0%
TOTAL	1169	11%	549	47%
COMPLEMENTAR				
OBSTETRICA CIRURGICA	457	4%	299	65%
OBSTETRICA CLINICA	120	1%	48	40%
TOTAL	577	6%	347	60%
COMPLEMENTAR				
PEDIATRIA CLINICA	930	9%	684	74%
PEDIATRIA CIRURGICA	89	1%	75	84%
TOTAL	1019	10%	759	74%
COMPLEMENTAR				
CRONICOS	94	1%	56	60%
PSIQUIATRIA	1290	13%	867	67%
REABILITAÇÃO	261	3%	248	95%
TISIOLOGIA	52	1%	50	96%
TOTAL	1697	16%	1221	72%
COMPLEMENTAR				
CIRURGICOS	223	2%	71	32%
AIDS	9	0%	9	100%
INTERR. POS TRANSPLANTES	2	0%	2	100%
GERIATRIA	1	0%	1	100%
TOTAL	235	2%	83	35%
Sumário				
TOTAL CLÍNICO/CIRÚRGICO	5615	54%	3597	64%
TOTAL GERAL	10312	100%	6556	64%
LEITOS/HABITANTES*	4,25		2,70	

* População residente estimada em 2007 - IBGE

Fonte: <www.cnes.datasus.gov.br>

Elaboração própria

A tabela 7 denota a oferta de 54% de leitos para as internações clínicas e cirúrgicas, com destaque para a Clínica Médica com 14%. Com uma participação próxima a essa na oferta de leitos, encontra-se a especialidade Psiquiatria, com 13%, e as internações de tratamento intensivo com 11% do total geral de oferta de leitos no município. Os demais leitos existentes encontram-se divididos entre as especialidades elencadas na tabela e sua participação fica entre 1 e 3%, em média.

Da capacidade da produção traduzida em número de leitos existentes, que também será objeto de análise na tabela 12, nota-se a grande participação do SUS, com o vínculo de 60% dos leitos cirúrgicos e 70% dos clínicos em relação ao total existente. Destaca-se, nos leitos complementares, a forte participação da iniciativa privada em leitos de tratamento intensivo e cirúrgicos, cuja oferta do SUS é de 47% e 32%, respectivamente. No geral, da capacidade de ofertar leitos existentes no município, 64% é realizada exclusivamente pelo SUS, evidenciando a participação de 36% da iniciativa privada no provimento da saúde.

Em relação ao número de leitos existentes, fica evidente a participação diferenciada em todos os níveis de especialidade, bem como uma tendência de se vincularem ao SUS leitos para tratamento de doenças mais complexas e de longa duração. Para a iniciativa privada, percebe-se uma tentativa de se apropriar de leitos para atendimentos menos complexo e de curta duração.

3.4. Análise dos indicadores de saúde produzidos pelo SUS de Belo Horizonte.

Além da forte regulação implementada pelo Estado no setor, a ele é atribuído o dever do financiamento dos serviços de saúde. Nesse sentido, cabe verificar os resultados produzidos na saúde em Belo Horizonte. Para isso são apresentados, na tabela 8, os valores gastos e indicadores percentuais do município relativos aos anos de 2003 a 2006:

Tabela 8: Valores gastos em Reais e indicadores percentuais

Valores e Indicadores	2003	2004
Despesa total com saúde por habitante	297,79	338,88
Despesa com recursos próprios por habitante	98,36	114,01
Transferências SUS por habitante	199,43	223,78
% despesa com pessoal/despesa total com saúde	37,0	36,9
% despesa com investimentos/despesa total com saúde	0,6	1,3
% transferências SUS/despesa total com saúde	67,0	66,0
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	19,3	18,8
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total com saúde	48,5	48,6
Despesa com recursos próprios (a)	226.799.391,98	265.296.656,39
Transferências SUS (b)	459.852.413,57	520.743.164,78
Despesa total com saúde (a + b)	686.651.805,55	788.579.487,21
Receita de impostos e transferências constitucionais legais ¹⁷	1.175.367.221,03	1.408.682.632,88

Fonte: SIOPS - caderno de informações de saúde – MS/SE/Datasus.

Adaptado pela autora.

Tabela 8: continuação

Valores e Indicadores	2005	2006
Despesa total com saúde por habitante	366,55	386,83
Despesa com recursos próprios por habitante	119,32	141,68
Transferências SUS por habitante	238,55	269,95
% despesa com pessoal/despesa total com saúde	36,5	39,6

¹⁷ Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151) que fazem parte de seu orçamento. Uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras, advinda de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, está criada, ainda que em caráter provisório. (NOB-SUS, 1996)

% despesa com investimentos/despesa total com saúde	1,3	1,1
% transferências SUS/despesa total com saúde	65,1	69,8
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	18,2	19,5
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total com saúde	47,8	48,5
Despesa com recursos próprios (a)	283.425.394,27	340.016.716,32
Transferências SUS (b)	566.631.844,47	647.863.073,95
Despesa total com saúde (a + b)	870.684.156,84	928.358.847,05
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	1.556.709.082,70	1.742.988.732,45

Fonte: SIOPS - caderno de informações de saúde – MS/SE/Datasus

Adaptado pela autora.

A despesa total com saúde refere-se ao somatório das despesas com recursos próprios e transferências SUS. Os recursos próprios são oriundos do Tesouro do município de Belo Horizonte. As transferências SUS são compostas pelas transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal e estão condicionadas à contrapartida destes níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras). (NOB-SUS, 1996).

Os cálculos dos indicadores per capita foram efetuados considerando a população residente disponibilizada pelo próprio gestor do sistema de informações, que pode ser verificada no Anexo V. Contudo, os gastos de saúde efetuados no município não se referem somente à população residente. Neste sentido, fica evidente a ocorrência dessa movimentação de pacientes, a princípio pela caracterização do município de BH como pólo estadual de assistência, que recebe usuários de todo o estado, além da formalização desse processo com a recente criação e implementação da PPI¹⁸ em 2002, assuntos discutidos em itens anteriores

¹⁸ Programação Pactuada e Integrada implementada no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais e os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. Vide pág. 73.

deste trabalho. A análise destes indicadores, então, fica prejudicada, por não refletir a realidade dos fatos. No entanto, sua apresentação é pertinente para indicar, em primeiro lugar, a falta de confiabilidade nos resultados produzidos pelo gestor do sistema. E, em segundo, a despreocupação em fornecer informações relevantes que permitam inferências sobre o exercício dessa função, conseqüentemente, fica prejudicado o desenvolvimento de métodos adequados de avaliação. Cabe destacar que em nível nacional não houve sequer a produção destes indicadores¹⁹ para análise.

Assim, a tabela 8 permite verificar que as participações, em relação à despesa total, da despesa com pessoal, despesa com investimento, despesa com serviços de terceiros – pessoa jurídica, as transferências SUS e recursos próprios aplicados não apresentam grandes variações nos quatro períodos apresentados. O que houve foi um crescimento nominal apontado pela comparação da despesa total em 2004 e em 2006, da ordem de 35% e um crescimento de quase 50% verificado nas receitas de impostos e transferências constitucionais legais. Tal comportamento não permite inferir se houve mudanças expressivas nos gastos e se houve eficiência ou não na alocação desses recursos.

Pode-se observar, na manutenção das proporções das despesas em relação ao total, a adoção de regras e procedimentos quanto a utilização dos recursos financeiros na saúde, oriundos da institucionalização do campo organizacional. A tabela do SUS é composta de procedimentos e seus respectivos valores a serem pagos, com se fossem pacotes de serviços de saúde com valor

¹⁹ Vide Anexo IV.

cheio. Não existe uma segregação dos custos efetivos de todos os serviços executados dentro de um único procedimento. Tal maneira de pagar impede inferências mais analíticas sobre o procedimento, dificultando uma visão de cunho mais agregado e particular do fenômeno. Assim, essas tendências semelhantes indicam um comportamento similar e homogeneizado refletido pelo arranjo institucional resultado da regulamentação do sistema, como já discutido na revisão de literatura.

As informações, apresentadas na tabela 9, apontam o direcionamento atualmente dado aos recursos financeiros no município de Belo Horizonte destinados ao SUS por tipo de ação de saúde.

Tabela 9: Transferências e Pagamentos²⁰ (R\$)

Ano	Transferências ²¹			Total
	Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	240.444.271,13	85.301.751,31	55.600.854,25	381.346.876,69
2005	258.371.884,03	85.483.257,08	62.341.463,33	406.196.604,44
2006	268.717.046,32	89.909.848,89	57.453.219,93	416.080.115,14
Total	767.533.201,48	260.694.857,28	175.395.537,51	1.203.623.596,27
Em %	64%	22%	14%	100%
Valores per capita				
2004	103,33	36,66	23,89	163,88
2005	108,77	35,99	26,25	171,01
2006	111,97	37,46	23,94	173,37

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde - Caderno de Informações da Saúde
Elaboração própria

²⁰ Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios, por isso a tabela trata de transferências e pagamentos. (NOB-SUS, 1996).

²¹ Vide anexo II para conhecimento dos valores mensais.

As ações de média e alta complexidade são as responsáveis pelas maiores destinações de recursos, obtendo 64% do montante dos totais apurados nos anos de 2004 a 2006. Essas ações são efetuadas através de procedimentos médicos altamente especializados, como a terapia renal substitutiva e a quimioterapia, e da utilização de medicamentos nos tratamentos, que consomem a maior parte desses recursos.

Esse direcionamento dos recursos contrapõe-se às tentativas de melhoria de ações de prevenção e de atenção primária propostas na implementação do SUS há quase dez anos, e nas recorrentes atualizações das normas operacionais do sistema. Assim, a atenção básica²² recebeu apenas 22% dos recursos financeiros existentes destinados nos três anos. As ações estratégicas²³ apresentaram um gasto de 14% do total dos recursos. Em relação ao crescimento nominal, a atenção básica e as ações estratégicas variaram positivamente em 5% e 3%, respectivamente. A média e alta complexidade por sua vez, cresceram aproximadamente o dobro, 12% no período.

Isto pode indicar a maior especialização técnica existente na oferta dos serviços no município, que gera maior procura por estes tipos de atendimento em Belo Horizonte. Viana et al (2001) verificaram diferenças nos gastos entre as regiões do Brasil, e apontam, como principal motivo, as características próprias da estrutura de oferta nessas regiões.

²² PSF e PACS.

²³ Doe Vida, Pratique Saúde, Controle da Dengue, e outros. Ver mais, SES/SMS.

Os valores per capita indicam que as ações de média e alta complexidade gastaram quase três vezes o que se gasta com atenção básica por indivíduo, fato explicado pelo alto gasto com medicamentos necessários aos procedimentos de média e alta complexidade. Ao se comparar com as médias nacionais, o valor médio per capita gasto no de 2006 relativo a pagamentos de média e alta complexidade foi de R\$68,96, a atenção básica de R\$36,34 e ações estratégicas de R\$11,96. Essa comparação evidencia que, em BH, a primeira e a terceira média de pagamento são quase 50% menor e a segunda ficou próxima à média nacional. Novamente, verifica-se um comportamento similar no pagamento de serviços de atenção básica que pertencem a política nacional de se fazer saúde no país, desde a criação do SUS.

As informações apresentadas na tabela 10 referem-se aos procedimentos de internações efetuados em BH e têm características específicas, que serão qualificadas para melhor entendimento.

O local de internação refere-se ao município de Belo Horizonte, onde a unidade hospitalar está estabelecida. O número de internações, por sua vez, refere-se a quantidade de AIHs pagas no período, não considerando aquelas denominadas de prorrogação, por se tratar de internação de longa permanência. Este é um valor aproximado das internações, pois as transferências e reinternações estão aqui computadas.

O valor total é referente às AIHs pagas no período e o valor médio é o resultado da divisão do valor total pelo número de internações.

O período de competência do processamento da informação corresponde, geralmente, ao mês da alta; sendo igual ao mês anterior ao da apresentação da AIH para faturamento. Nas seguintes situações não é o mês da alta:

- AIH reapresentada por ter sido rejeitada em alguma competência anterior;
- AIH apresentada com atraso;
- AIH referentes a internações de longa permanência; são apresentadas, neste caso, várias AIH para uma mesma internação em meses consecutivos.

O que se verifica, nesse processo, é que geralmente a AIH²⁴ apresentada que está em conformidade às normas operacionais, é acatada pelo gestor e conseqüentemente é paga. Pode ser percebido no seu preenchimento, vários requisitos quanto ao procedimento técnico e, antes de efetivamente ser submetida, um Médico Supervisor avalia a adequacidade deste preenchimento. Esse instrumento garante a elaboração e execução do processo com vistas a seu pagamento, exclusivamente. Embora as informações existentes sejam utilizadas na maioria dos relatórios produzidos pelo Ministério da Saúde, elas não são avaliadas do ponto de vista da utilização dos recursos humanos e logísticos, da racionalização dos recursos financeiros, ou ainda, de sua eficácia e eficiência.

Tabela 10: Frequência e valores de Internações por especialidade (por local de internação)
Período: ano de 2006

²⁴ O Anexo III contém a cópia de uma AIH.

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$
Clínica cirúrgica	81.157	39,5	118.972.632,48	58,7	1.465,96
Obstetrícia	34.445	16,8	16.323.911,57	8,1	473,91
Clínica médica	50.992	24,8	31.385.325,23	15,5	615,50
Cuidados prolongados (Crônicos)	159	0,1	543.925,22	0,3	3.420,91
Psiquiatria	4.926	2,4	7.627.938,38	3,8	1.548,51
Tisiologia	611	0,3	684.233,16	0,3	1.119,86
Pediatria	29.163	14,2	23.356.169,31	11,5	800,88
Reabilitação	4.111	2,0	3.866.146,91	1,9	940,44
Psiquiatria - hospital dia	-	-	-	-	-
Total	205.564	100,0	202.760.282,26	100,0	986,36

Fonte: SIH/SUS – Caderno de Informações de Saúde

Adaptado pela autora

O valor médio de internação é um indicador que mede a dimensão do financiamento do Estado amplamente indicado na literatura, conforme apontam Jorge et al (2001), Vianna et al (2001) e RIPSa (2002), devido principalmente a confiabilidade dos dados para sua obtenção (qualificação acima). Expressa o valor médio de recursos despendidos pelo SUS na prestação de atendimento hospitalar, na especialidade, a partir das AIH's.

Cada internação hospitalar realizada no SUS, em 2006, custou, em média, R\$ 986,36, com variações de R\$ 615,5, na clínica médica, a R\$ 1.465,96, na clínica cirúrgica, ambas juntas são responsáveis por aproximadamente 64% do número de internações. Os menores gastos, em 2006, corresponderam às especialidades de clínica médica, pediatria e obstetrícia (cerca de R\$ 630,00 média em conjunto), enquanto as internações para cuidados prolongados custaram, em média, cerca de 5 vezes mais, chegando a R\$ 3.420,91 no município de BH. As

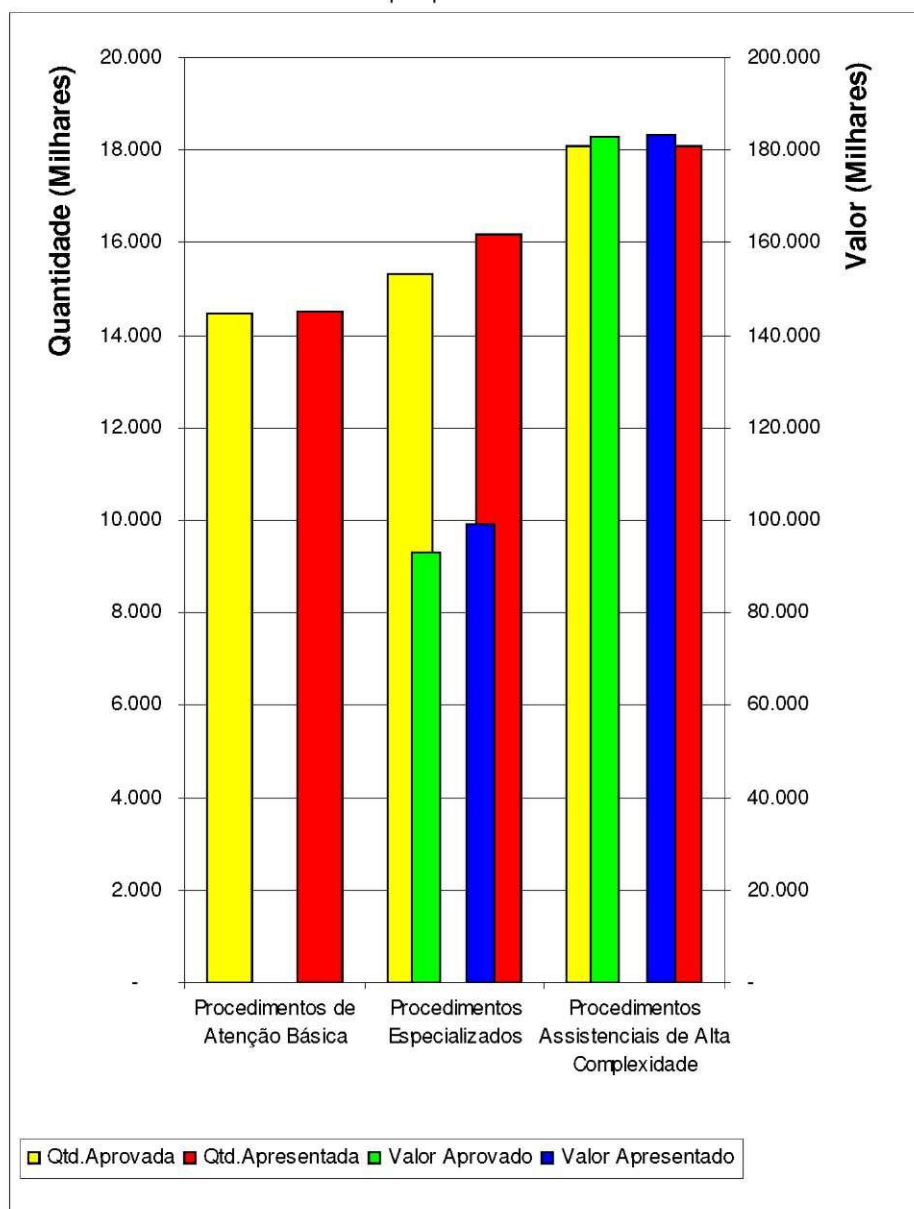
variações dos valores médios são devidas à frequência relativa aos tipos de atendimentos prestados, que possuem remuneração diferenciada.

Os gastos do município acompanharam o comportamento nacional. No entanto, as especialidades com menores gastos 'clínica médica', 'pediatria' e 'obstetrícia' custaram em conjunto R\$ 430,72, ou seja, o custo médio destas especialidades no município foi maior. Em contrapartida, o valor médio das internações para cuidados prolongados foi de R\$ 7.131,78, cerca de 100% menor. Em geral, espera-se menores gastos relacionados à clínica médica, pediatria e obstetrícia e maiores em relação aos cuidados prolongados. Tal fenômeno encontrado no município de Belo Horizonte pode indicar maior valorização de cuidados básicos, bem como do profissional médico que atua nessas especialidades. E, possivelmente um ganho de eficiência em relação aos cuidados prolongados, fatalmente originado da qualidade da prestação dos serviços de saúde e maior racionalização de recursos financeiros nessa área. A análise da eficiência em torno da clínica médica, pediatria e obstetrícia somente pode ser discutida com a análise concomitante de outras variáveis como a mortalidade infantil.

As diferenças encontradas, quando da comparação das médias municipais com as médias nacionais, defrontam com as próprias limitações do indicador. Por exemplo, cita-se a necessidade de informações sobre a distribuição das internações hospitalares realizadas, segundo a classificação adotada para fins de pagamento no SUS.

O gráfico 1 apresenta as informações²⁵ relativas aos atendimentos ambulatoriais prestados no município no ano de 2006.

Gráfico 1: Quantidade e valor total por procedimento ambulatorial no ano de 2006.



Fonte: SIA/SUS - Caderno de Informações da Saúde, 2007.

A apresentação no formato de quantidades e valores apresentados e aprovados demonstra que houve poucas variações nos procedimentos de atenção

²⁵ Uma tabela com maior detalhamento sobre os dados que o originaram encontra-se no anexo III.

básica e alta complexidade. Os procedimentos especializados foram aprovados na proporção de 94% dos valores apresentados. Essa conformidade na apresentação e aprovação dos procedimentos indica a observância às normas e processos existentes para efetivação do pagamento por parte dos prestadores, revelando uma preocupação com o cumprimento das normas para garantia do recurso, uma vez que a diferença verificada entre procedimentos apresentados e aprovados pode ter ocorrido em função de prazos e competência, e não por ineficiência na gestão ou na prestação dos serviços.

O gráfico denota uma prestação de serviços ambulatoriais no município mais voltada para procedimentos de alta complexidade, conforme já analisado na tabela 5 referente ao direcionamento dos recursos financeiros. Esses procedimentos foram responsáveis por 37,8% dos atendimentos ambulatoriais efetuados e 66,3% do valor gasto, os procedimentos especializados por sua vez, tiveram participações de 32% e 33,7%. Os procedimentos de atenção básica somente foram quantificados e representam 30,2% dos atendimentos efetuados. Para verificação dos valores, tipos de especialidades, quantidades vide anexo VI.

A tabela 11 apresenta um resumo dos atendimentos de internações e ambulatoriais efetuados no município, considerados indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde ou cobertura (RIPSA, 2002). A limitação relativa ao uso da população residente nos cálculos de indicadores foi afastada nos procedimentos de internação. Enquanto, para os procedimentos ambulatoriais, não foi calculada devido a contagem cumulativa de consultas ambulatoriais a um mesmo

habitante, no período considerado influenciar negativamente este indicador, exceto para os procedimentos ambulatoriais de atenção básica.

Os valores médios por habitante são considerados indicadores de financiamento. (Viana et al, 2001)

Tabela 11: Valores Médios Anuais de procedimentos per capita
Período 2006

Internações	
Internações/100 hab. (local de internação)	8,6
Valor médio por habitante (R\$):	84,49
Procedimentos ambulatoriais	
Nº de Procedimentos básicos por habitante:	6,0
Valor Procedimentos Especializados/habitante	38,76
Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante	76,14

Fonte: SIA/SUS - Caderno de Informações de Saúde
adaptado pela autora

O município de BH realiza de 8 a 9 internações anuais para cada 100 habitantes. No cenário nacional, essa oferta gira em torno de 6 internações por cada 100 habitantes. A oferta de serviços hospitalares está relacionada à disponibilidade de recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros, bem como a critérios técnico-administrativos de pagamento adotados no âmbito do SUS. A demanda de internações hospitalares no SUS reflete as características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas da população, o que deve ser considerado na realização de análises comparativas. O indicador é influenciado pela contagem cumulativa de internações de um mesmo habitante no período considerado.

A análise deste indicador, de acordo com Viana et al (2001), portanto pede cuidado: Um valor alto não significa, necessariamente, que as necessidades da população estejam sendo atendidas de maneira adequada. Ao contrário, uma

cobertura baixa poderia sugerir insuficiência de oferta. Há que ressaltar uma tendência universal de redução no número de internações e do dias de permanência do paciente. No Brasil, esta tendência se confirma, conforme apontado por RIPSA (2002), nos anos de 1996, 1999 e 2000, existiam 7,6; 7,3 e 7,0 Internações/100 hab, ou seja, o número de internações tem caído lentamente no país no período apresentado.

O indicador de cobertura referente aos procedimentos ambulatoriais, aponta que cada cidadão recebe cerca de seis consultas médicas anuais no SUS relativos a atenção básica. A média nacional é bastante similar, de 6,3 consultas. Essa similaridade de ocorrências em procedimentos relativos a atenção básica vem sendo evidenciada desde a análise dos valores pagos por tipo de procedimento e novamente, vem corroborar com a teoria discutida quanto a homogeneidade do processo quanto é alvo de atenção de uma política do governo federal. Existe uma tendência entre as organizações de trabalharem em média, de forma similar atingindo os objetivos necessários vinculados a determinado dispositivo legal ou política de incentivo, somente.

Os valores gastos com os procedimentos por habitante, novamente, apresentam a problematização da qualificação da população (residente ou não). Assim, comparando-os às médias nacionais, verifica-se que os procedimentos no município custam mais do que em nível nacional. Os valores nacionais para internação R\$ 37,41 e alta complexidade R\$ 76,14.

O número de leitos por habitante é um indicador de oferta ligado a capacidade instalada do serviço de assistência hospitalar. Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares (públicos e privados) e a população residente na mesma área geográfica. Em BH, esta oferta é de 2 leitos por habitante, o que pode, num primeiro momento, ser considerado como eficiente, ou seja, a oferta é o dobro²⁶ do necessário. No entanto, essa análise é um pouco rudimentar e primária devido a peculiaridade do setor, desde a mensuração da demanda do paciente residente e não residente, bem como do estado e tipo de doença a ser tratada. Novamente, tem-se um indicador que não reflete analiticamente resultados efetivos dos serviços prestados.

O indicador de Leitos Hospitalares (SUS) por habitante mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares conveniados ou contratados pelo SUS, por tipo de vínculo (público, privado e universitário), e a população residente na mesma área geográfica. Não inclui os leitos privados sem vínculo com o SUS. Na tabela 12, a oferta do SUS são de dois a três leitos por habitante.

Essa relação é influenciada por fatores socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos, tais como nível de renda, composição etária, oferta de profissionais de saúde, políticas públicas assistenciais e preventivas.

Em geral, a concentração de leitos está associada ao aumento do poder aquisitivo da população e à demanda por serviços especializados, condições

²⁶ A utilização da lógica seria bem simples: se existe um paciente, ele somente ocupa um leito, se existem dois leitos, um fica ocupado e o outro ocioso. Isso evidenciaria, inclusive uma fonte de ineficiência, com o leito vazio e gerando custos fixos decorrentes da característica do serviço de saúde.

estas atrativas de investimentos privados na área de saúde. Cabe ressaltar dentre as limitações encontradas nesse indicador além daquelas já descritas, o fato de a demanda hospitalar por parte de pessoas não residentes poder alterar a relação de proporcionalidade dos leitos disponíveis para a população residente.

A tabela 12 apresenta os valores relativos à prestação dos serviços hospitalares no SUS. O significado dos parâmetros utilizados foi abordado junto a tabela 6 na seção anterior, exceto quanto ao parâmetro de natureza jurídica.

Tabela 12: Frequência e valores das internações por natureza jurídica
Período: Jul/2007 (por local de internação)

Natureza Jurídica	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$
Contratado	1.806	10%	2.051.150,83	11%	1.135,74
Federal	1.528	8%	2.783.449,87	14%	1.821,63
Estadual	5.161	28%	4.255.803,64	22%	824,61
Municipal	1.814	10%	1.566.623,26	8%	863,63
Filantróp.	3.379	18%	3.319.689,69	17%	982,45
Fil.isento total	4.779	26%	5.333.280,20	28%	1.115,98
Total	18.467	100%	19.309.997,49	100%	1.045,65

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

Observa-se que 40% das AIH's estão em hospitais filantrópicos e filantrópicos isento total. Note-se que a participação em termos de quantidade de AIH's destes hospitais é maior do que a quantidade de hospitais existentes no SUS desta natureza. Assim, estes hospitais faturaram a maior quantidade de AIH's no período analisado.

As internações no SUS estão relativamente concentradas nos hospitais filantrópicos. Mais uma vez, estes hospitais têm sua participação aumentada se comparada com as tabelas 12 e 13. Como o número de internações é uma medida efetiva de desempenho, pode se vislumbrar uma importância mais que proporcional à mera capacidade instalada da rede médica assistencial em Belo Horizonte.

O local de residência é referente ao município de residência do paciente, conforme informado pela unidade hospitalar, cujo parâmetro é utilizado na tabela 13.

Tabela 13: Frequência e valores das internações por natureza jurídica
Período: Jun/2007 (por local de residência)

Natureza Jurídica	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$
Contratado	1.060	11%	894.508,79	11%	843,88
Federal	955	10%	1.145.047,09	14%	1199
Estadual	2.500	26%	2.006.402,17	24%	802,56
Municipal	1.183	12%	931.624,83	11%	787,51
Filantróp.	1.785	18%	1.382.409,63	16%	774,46
Fil.isento total	2.174	23%	2.027.174,39	24%	932,46
Total	9.657	100%	8.387.166,90	100%	868,51

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

As informações da tabela 13 foram analisadas anteriormente referente ao ano de 2006. O objetivo destas informações é comprovar o expressivo número de internações da população não residente no município de BH, através da comparação do total de internações da tabela 13 e 14. A tabela 13 – por local de internação aponta a quantia de 18.467 e a 14 – por local de residência a quantia de

9.657, ou seja 8.810 internações realizadas, aproximadamente 48% do total foram de indivíduos não residentes em BH.

Na tabela 14, a informação da média de permanência de internação representa a média de permanência das internações referentes às AIHs pagas, computadas como internações, no período analisado. O número de óbitos é a quantidade de internações que tiveram alta por óbito, nas AIHs pagas no período. E a mortalidade hospitalar é a razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas, computadas como internações, no período, multiplicada por 100.

Tabela 14: Resultados das Internações por natureza jurídica
Período: Jul/2007 (por local de internação)

Natureza Jurídica	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Contratado	10,9	7	0,39
Federal	7,1	90	5,89
Estadual	8,3	292	5,66
Municipal	6,6	145	7,99
Fil.antróp.	8,8	167	4,94
Fil.isento total	5,6	185	3,87
Total	7,7	886	4,8

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

Elaboração própria

Os hospitais contratados apresentam a maior média de permanência das internações efetuadas no SUS. Como medida de qualidade, este indicador poderia revelar uma qualidade menor nestes hospitais em comparação aos demais, dado o resultado isolado. No entanto, o baixíssimo número de óbitos e da taxa de mortalidade hospitalar refutam a hipótese de má qualidade de atendimento, abrindo uma discussão para existência de variáveis fora do controle do hospital, como a forma de remuneração estabelecida, que podem afetar o número de dias de internação do paciente.

O menor prazo médio foi obtido pelos Hospitais Filantrópicos isento total, o que pode refletir um melhor atendimento, pois de acordo com Marinho (2004), quanto menor esse prazo, melhor para o paciente e melhor o é, ainda, para o Hospital. No entanto, a análise fica prejudica quando para obter um menor prazo o Hospital tenha utilizado recursos técnicos e profissionais que demandem maior recursos financeiros. Nesse sentido, a relação perde a finalidade pois apesar da redução do período de atendimento, ainda assim, essa ocorrência pode gerar maiores custos, configurando ao final uma prestação de serviços de baixa eficiência. Isso mesmo que tais utilizações não sejam refletidas nos indicadores de situação de saúde, como número de óbitos e taxa de mortalidade, que no caso dos Hospitais Filantrópicos isento total apresentaram níveis altos para esses indicadores

De qualquer modo, existe a possibilidade que menores prazos decorram dos avanços da medicina, ou de cuidados diários mais intensivos. Como já se pôde observar, o sistema de saúde do município de Belo Horizonte configura-se como altamente especializado, sendo muito utilizado por uma população não residente no município. Isso leva a crer que a complexidade e a gravidade dos casos podem, também, ser relacionadas aos prazos médios de internação para seu tratamento.

Numa análise dos Hospitais Estaduais, pode-se verificar altas médias de permanência e número de óbitos, indicando uma baixa qualidade. No entanto, em Belo Horizonte, o maior pronto socorro de atendimentos a situações de urgência e

emergência, o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, pertence a rede estadual de assistência.

Tabela 15: Resultado das Internações por especialidade
Período: Jul/2007 (por local de internação)

Especialidade	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	5,6	338	4,3
Obstetrícia	2,2	1	0,04
Clínica médica	9,6	487	10,47
Cuidados prolongados (Crônicos)	27,8	6	27,27
Psiquiatria	56,1	2	0,54
Fisiologia	31,1	3	7,14
Pediatria	7,5	48	2,04
Reabilitação	18,3	1	0,31
Total	7,7	886	4,8

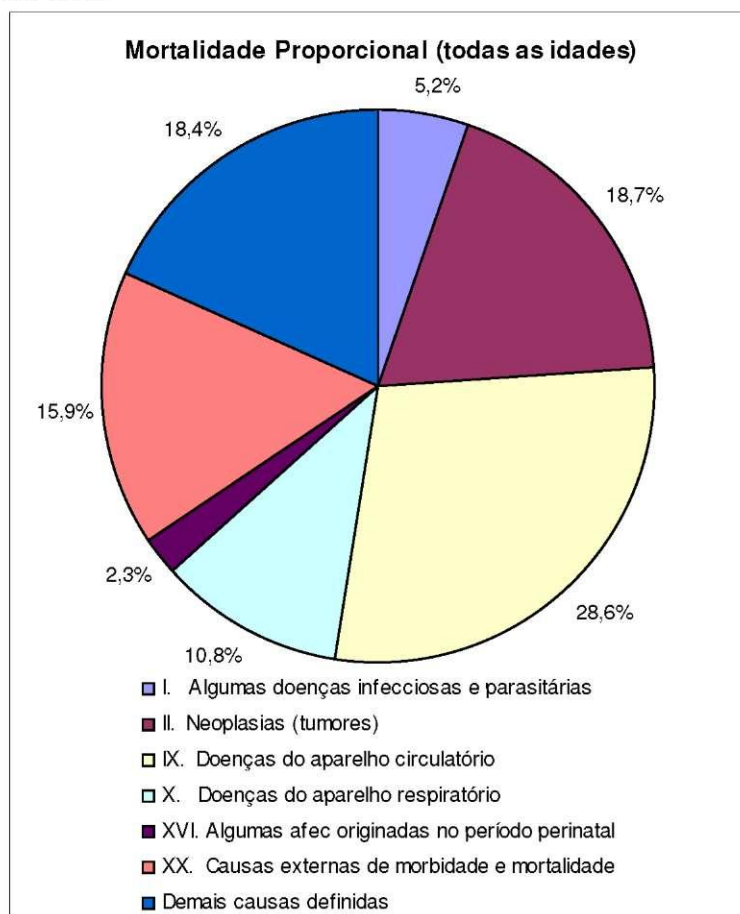
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Elaboração própria

A análise de indicadores de qualidade e situação da saúde por especialidade apresenta maior coerência relativa a interpretações e usos que se possa fazer, mesmo admitindo a gravidade e complexidade dos casos, tratam-se de origem similares. Daí, pode-se inferir uma alta qualidade das internações de obstetrícia com baixa média de permanência, número de óbitos e mortalidade hospitalar. A obstetrícia apresentou remuneração média em Belo Horizonte maior que a média nacional. Pode-se inferir, que incentivos financeiros resultem em melhores resultados de qualidade e situação da saúde, nessa especialidade.

Os cuidados prolongados apontam para sua realidade, atendimentos mais complexos requerem mais tempo, recursos e incorrem em maiores riscos de morte. Assim, esta especialidade aponta para os maiores prazos de internação e maiores taxas de mortalidade hospitalar.

Gráfico 2: mortalidade proporcional segundo grupo de causas – CID10 para todas as idades período: ano 2005.



Fonte: SIM - Caderno de Informações da Saúde, 2007.

O gráfico representa a distribuição percentual de óbitos por grupos de causas definidas, na população residente em determinado espaço geográfico no município de Belo Horizonte, no ano de 2005. Os grupos selecionados de causas referem-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID. Cerca de 60% dos óbitos informados no município, em 2005, foram devidos a três grupos de causas: doenças do aparelho circulatório (28,6%), neoplasias (18,7%) e causas externas (15,9%).

Este indicador de mortalidade mede a participação relativa dos grupos de causas de morte no total de óbitos com causa definida. A distribuição dos grupos de causas pode sugerir associações com fatores contribuintes ou determinantes das doenças. Por exemplo: proporções elevadas de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias refletem, em geral, baixas condições socioeconômicas e sanitárias. É importante evidenciar que existem limitações nas análises relacionadas a esse indicador. As bases de dados nacionais sobre mortalidade apresentam cobertura insatisfatória em muitos municípios do País, havendo expressiva subenumeração de óbitos nas regiões Norte e Nordeste, o que pode prejudicar sua análise e comparabilidade.

O indicador apresenta restrição de uso sempre que ocorre elevada proporção de óbitos sem assistência médica ou por causas mal definidas. O aumento percentual de óbitos atribuídos a um ou mais grupos de causas pode ser devido apenas à redução da ocorrência de outros grupos. A taxa é influenciada pela estrutura da população por idade e sexo. Por exemplo: em populações mais idosas, predominam os óbitos por doenças crônico-degenerativas.

Tabela 16: Indicadores de Mortalidade per capita e infantil em Belo Horizonte

Outros Indicadores de Mortalidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de óbitos	13.272	12.642	12.721	12.496	13.537	13.707	13.424
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	6,2	5,6	5,6	5,5	5,9	5,9	5,7
% óbitos por causas mal definidas	4,2	2,6	3,6	3,8	5,7	6,3	6,3
Total de óbitos infantis	765	657	519	443	529	443	467
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	36	21	19	14	16	16	22
% de óbitos infantis no total de óbitos *	5,8	5,2	4,1	3,5	3,9	3,2	3,5

% de óbitos infantis por causas mal definidas	4,7	3,2	3,7	3,2	3,0	3,6	4,7
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	19,1	17,0	14,4	13,6	15,5	13,5	14,5

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC

Caderno de informações de saúde – MS/SE/Datasus

Há consistente tendência de redução da mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos em todas os períodos verificados, o que reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação, entre outros aspectos.

Este indicador estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida. Em BH, a taxa desde 1999, vem se mantendo baixa, com tendências de redução ao longo dos anos analisados. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* (50 por mil ou mais), *médias* (20-49) e *baixas* (menos de 20). Esses parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico. Atualmente, vários países apresentam valores abaixo de 10 por mil.

Quando a taxa de mortalidade infantil é alta, o componente pós-neonatal é predominante. Quando a taxa é baixa, o seu principal componente é a mortalidade neonatal, com predomínio da mortalidade neonatal precoce. Altas taxas de mortalidade infantil refletem, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico. As taxas reduzidas também podem encobrir más condições de vida em segmentos sociais específicos.

As estimativas demográficas da mortalidade infantil estão sujeitas a imprecisões inerentes às técnicas utilizadas, que se fundamentam em pressupostos de difícil verificação em condições reais. A imprecisão é maior no caso de pequenas populações. As estimativas estão calcadas em tendências históricas, podendo não refletir o padrão demográfico atual. Isto se configura numa limitação do indicador.

Viana (2001) afirma que a taxa de mortalidade infantil é um dos melhores indicadores de situação de saúde e condições de vida. Essas variáveis estão ligadas ao bem-estar social do ser humano, que deve ser garantido pelo Estado através das políticas públicas e do financiamento da Saúde.

Neste aspecto, apesar de ter sido considerado o “melhor” indicador, ele apresenta limitações que não necessariamente levam certeza de melhoria de bem-estar, o que pode ser aplicado da mesma forma quanto a obtenção ou não da eficiência.

COMENTÁRIOS FINAIS

Pôde-se observar que no sistema de saúde, desde a época da colonização, quando a primeira Santa Casa foi inaugurada, até os dias atuais, as mudanças necessárias no papel do Estado e dos demais atores institucionais, tanto na prestação dos serviços de saúde, como na distribuição de bem estar social, foram e continuam sendo construídas, em larga medida, como forma de legitimar as organizações de saúde e o próprio sistema de saúde.

O ponto central que confere legitimidade às organizações está no profissional médico, na figura de “autoridade cultural”. A trajetória da profissão e o desenvolvimento da medicina se constituem em importantes vetores do processo institucional. A adoção de normas, regras cerimoniais e procedimentos adequados pela organização dependem do poder decisório do médico. E o fato dele se tornar um poderoso mito refletido no seio destas organizações lhe confere mais poder, ao passo que confere mais legitimidade a elas.

Assim, a interpretação da literatura do neoinstitucionalismo na análise dos indicadores obtidos, tanto do município quanto da rede hospitalar, possibilitou depreender que os resultados obtidos estão em conformidade com a discussão efetuada no trabalho. Ou seja, os resultados produzidos pelas organizações do sistema único de saúde em Belo Horizonte são mais subjetivos do que concretos, quando se pretende medir eficiência. Na verdade, os indicadores analisados visam

revelar as necessidades de recursos e das atividades técnicas, bem como o aumento do bem estar da população atendida. Em outras palavras, foca-se na adoção de práticas e procedimentos adequados, na existência de recursos humanos técnicos, no aumento da distribuição de recursos financeiros (também de forma adequada, via regulação) e na aderência e conformidade às políticas de saúde. Para exemplificar, cita-se o indicador de mortalidade, que em geral tem diminuído, e o indicador dos recursos financeiros distribuídos, que tem aumentado, dentre outros.

Em outra parte, revela o mecanismo do isomorfismo institucional quando da comparação de indicadores do município com indicadores nacionais, onde são percebidas muitas semelhanças, onde deveria haver grandes diferenças, haja vista a utilização da média de todo país, onde se destaca a regionalização e multiplicidade entre os entes federativos. Assim, a lógica da eficiência não se constitui em importante objetivo a ser alcançado por estas organizações. Mas nem por isso, estas organizações deixam de ter sucesso em sobreviver neste cenário.

Dado o caráter exploratório desta pesquisa, não se constitui em tema relevante a construção de indicadores, uma vez que através da interpretação dos indicadores utilizados, sejam eles elaborados e disponibilizados pelo Governo e também daqueles elaborados pela autora originados em outras fontes, não permitirem facilmente uma mensuração de eficiência no sistema de saúde e nos hospitais, comprovando a existência de outra lógica que mantém esses arranjos institucionais diferente da lógica da eficiência. A discussão dos resultados a luz da Teoria do Neoinstitucionalismo pôde evidenciar outra lógica presente nas organizações e no sistema de saúde que é a lógica da legitimidade, com seus

mecanismos de preservação e manutenção das atividades exercidas de forma a garantir a continuidade dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Mônica Viegas. **Ensaio em economia da saúde**. Tese de Doutorado da Escola de Pós-Graduação em Economia da Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, Julho/2000.
- BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de 2005-2008**. disponível em < <http://www.pbh.gov.br/smsa/> > acesso em 15/11/2007.
- Brasil, **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05/10/1988 / organização dos textos, notas, remissivas e índices por Juarez de Oliveira – 14 ed. atual. e ampl. – São Paulo: Saraiva, 1996.
- BULLOUGH, V.L. **The development of medicine as a profession**. Basel: S.Karger, 1966.
- CALVO, Maria Cristina M. (2005). **Análise da eficiência produtiva de hospitais públicos e privados no SUS**. Prêmio em economia da Saúde do IPEA. www.ipea.gov.br/economiadasaude
- CHARNES, A., COOPER, W. W. & RHODES, E. (1978). **Measuring the efficiency of decision making units**. European Journal of Operational Research, 2 (6): 429-444.
- CHEVALIER, Jean & GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números**. 8 ed. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora S. A., 1994.
- FARACO & MOURA. **Literatura brasileira**. São Paulo: Editora Ática, 1999.
- FAYOL, Henri. **Administração industrial e geral: previsão, organização, comando, coordenação, controle**. Tradução para português de Irene de Bojano e Mario de Souza. São Paulo: Ed. Atlas, 1990. 10 ed.
- FERREIRA, José Ribeiro. **Hélade e helenos**: gênese e evolução de um conceito. Coimbra: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1992.
- FRANÇA, Susete B. (1998). **A presença do Estado no setor de saúde no Brasil**. Revista do Serviço Público, 3(49): 83-97.
- GINZBURG, Carlo. **Os andarilhos do bem**: feitiçarias e cultos agrários nos séculos XVI e XVII. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

HALL, Peter A Taylor , Rosemary C. R.. **As Três versões do Neoinstitucionalismo**. Political Studies , 1996. University of Mariland. Tradução Gabriel Cohn.

Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/Rede Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 299 p. : il.

Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

MAJOR, R.H. **A history of medicine**. Oxford:Blackwell Scientific Publications, 1954.

MANKIW, N. GREGORY. **Introdução à economia: princípios de micro e macroeconomia**/N, Gregory Mankiw; tradução da 2ª ed. Original Maria José Cyhlar Monteiro. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

MARTINS, D. SANTOS. **Administração financeira hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MARINHO, Alexandre. **Evidências e modelos sobre a coexistência de hospitais com fins lucrativos e hospitais sem fins lucrativos no sistema único de saúde (SUS)**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (IPEA. Texto para discussão, n. 1041)

_____. **Um estudo sobre as filas para internações e para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (IPEA. Texto para discussão, n. 1055)

_____. **Avaliação da eficiência técnica nos Serviços de Saúde nos Municípios do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Economia, 2003.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. São Paulo: Atlas, 2004. 4 ed.

MELLO Jorge, Maria Helena Prado de. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999** / Maria Helena Prado de Mello Jorge, Sabina Léa Davidson Gottlieb, Ruy Laurenti. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001. 244p.

MENDES, E. VILAÇA. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian – ***Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony***. In: POWELL, W.; DiMAGGIO, P. (orgs.) – *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 91, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2007.

MORGAN, Gareth. **Imagens da Organização**. Tradução Cecília Whitaker Bergamini, Roberto Coda. São Paulo: Atlas, 1996.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

OPAS/OMS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde**. Vol. 4. Brasília, DF. 2002.

PAIVA, C. H. A. **Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 795-831, out.-dez. 2006.

POWELL, W.; DiMAGGIO, P. – ***The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality***. In: POWELL, W.; DiMAGGIO, P. (orgs.) – *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago and London: The University of Chicago Press, 1991.

REZENDE, Joffre M. **Caminhos da medicina: a medicina na passagem do milênio**. Disponível em: < <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/Milenio.htm> > Acesso em: 10 outubro 2007.

SANTOS, Viviane. **A medicina na Idade Média**. Disponível em: < <http://www.hebron.com.br/Revista/n22/materia2.htm> > Acesso em 09 outubro 2007.

TOLBERT, P.S., ZUCKER, L.G. **The institutionalization of institutional theory**. In CLEGG, S.R., HARDY, C., NORD, W. *Handbook of organization studies*. Londres: Sage Publications, 1996

VIANA, S. MAGALHÃES. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1982.

<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> Acesso em 13 setembro 2007

<http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp> Acesso em 13 setembro 2007

<http://www.portalmedico.org.br/novoportal> - Conselho Federal de Medicina. Acesso em 08 outubro 2007

<http://www.sbhbm.org.br> – Sociedade Brasileira de História da Medicina. Acesso em 08 outubro 2007

<http://www.nomismatike.hpg.com.br/ldadeMedia.html> Acesso em 09 outubro 2007

<http://www.suapesquisa.com/ecologiasaude/medicina.htm> Acesso em 09 outubro 2007

<http://pt.wikipedia.org/wiki/Medicina> Acesso em 10 outubro 2007

ANEXOS

ANEXO II: dados mensais relativos a Tabela 5: Transferências e Pagamentos

Transferências e Pagamentos (R\$)					
Ano/Mês Compet	Remuneração por serviços produzidos	Transferências			Total
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	-	240.444.271,13	85.301.751,31	55.600.854,25	381.346.876,69
Janeiro/2004	-	19.203.626,24	6.513.618,81	4.126.480,37	29.843.725,42
Fevereiro/2004	-	19.837.484,40	6.879.533,74	4.159.907,57	30.876.925,71
Março/2004	-	20.588.778,49	8.643.013,74	4.412.902,28	33.644.694,51
Abril/2004	-	19.319.555,98	6.846.994,56	4.577.648,80	30.744.199,34
Maio/2004	-	20.024.700,20	6.985.231,63	5.618.417,82	32.628.349,65
Junho/2004	-	15.921.577,49	7.021.206,93	4.308.895,41	27.251.679,83
Julho/2004	-	19.404.030,60	7.000.729,55	4.807.908,80	31.212.668,95
Agosto/2004	-	20.383.863,51	7.144.861,35	4.756.185,28	32.284.910,14
Setembro/2004	-	21.223.429,87	7.073.452,35	4.479.605,80	32.776.488,02
Outubro/2004	-	19.446.834,30	7.094.449,95	4.428.916,85	30.970.201,10
Novembro/2004	-	22.733.038,87	7.096.987,89	4.718.392,55	34.548.419,31
Dezembro/2004	-	22.357.351,18	7.001.670,81	5.205.592,72	34.564.614,71
2005	-				406.196.604,44

		258.371.884,03	85.483.257,08	62.341.463,33	
Janeiro/2005	-	21.693.316,73	4.488.009,33	4.212.813,14	30.394.139,20
Fevereiro/2005	-	21.891.497,93	7.120.714,33	4.344.536,60	33.356.748,86
Março/2005	-	23.849.753,11	7.092.869,33	4.840.958,17	35.783.580,61
Abril/2005	-	23.625.435,69	7.360.993,08	5.791.405,13	36.777.833,90
Maio/2005	-	23.079.541,67	7.263.762,18	4.316.514,38	34.659.818,23
Junho/2005	-	23.355.148,60	7.255.662,18	4.474.013,69	35.084.824,47
Julho/2005	-	22.782.557,76	7.664.371,65	5.191.527,67	35.638.457,08
Agosto/2005	-	23.483.585,23	7.315.065,35	5.218.295,55	36.016.946,13
Setembro/2005	-	23.239.375,97	8.071.833,35	5.725.283,87	37.036.493,19
Outubro/2005	-	1.788.972,06	4.974.042,81	5.927.792,62	12.690.807,49
Novembro/2005	-	24.879.403,18	7.716.529,49	5.674.464,10	38.270.396,77
Dezembro/2005	-	24.703.296,10	9.159.404,00	6.623.858,41	40.486.558,51
2006	-	268.717.046,32	89.909.848,89	57.453.219,93	416.080.115,14
Janeiro/2006	-	2.109.643,78	7.565.318,31	6.088.516,99	15.763.479,08
Fevereiro/2006	-	29.513.320,95	7.557.518,31	5.387.666,22	42.458.505,48
Março/2006	-	30.203.396,41	7.546.418,31	5.618.004,59	43.367.819,31
Abril/2006	-	28.717.763,37	7.863.789,04	5.779.336,83	42.360.889,24

Maio/2006	-	23.997.934,67	7.863.439,04	5.847.770,84	37.709.144,55
Junho/2006	-	26.494.927,48	7.901.691,89	5.779.928,50	40.176.547,87
Julho/2006	-	25.689.132,80	8.210.212,89	5.768.949,24	39.668.294,93
Agosto/2006	-	25.422.245,26	8.909.908,24	6.204.065,18	40.536.218,68
Setembro/2006	-	25.792.712,68	9.291.051,06	6.568.121,28	41.651.885,02
Outubro/2006	-	25.466.984,10	8.514.401,06	4.243.944,37	38.225.329,53
Novembro/2006	-	25.308.984,82	8.686.100,74	166.915,89	34.162.001,45
Dezembro/2006	-	-	-	-	-
Total	-	767.533.201,48	260.694.857,28	175.395.537,51	1.203.623.596,27

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde - Caderno de informações de Saúde

ANEXO III: dados relativos ao gráfico 2: Quantidade e valor total por procedimento ambulatorial no ano de 2006.

Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais 2006								
Categoria de procedimentos	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado	
	Nº	%	R\$	%	Nº	%	R\$	%
Procedimentos de Atenção Básica	14.464.654	30,2	-	-	14.520.202	29,8	-	-
..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	9.922.435	20,7	-	-	9.929.541	20,4	-	-
..02-Ações Médicas Básicas	2.322.344	4,8	-	-	2.345.835	4,8	-	-
..03-Ações Básicas Em Odontologia	1.121.303	2,3	-	-	1.131.152	2,3	-	-
..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	1.044.807	2,2	-	-	1.059.909	2,2	-	-
..05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	53.765	0,1	-	-	53.765	0,1	-	-
Procedimentos Especializados	15.327.631	32,0	93.025.178,38	33,7	16.166.241	33,1	99.092.446,76	35,1
..07-Procед. Espec. Profis. Médicos, Out. Nível Sup./Méd	4.107.640	8,6	21.259.274,38	7,7	4.463.075	9,1	23.276.363,69	8,2
..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	102.247	0,2	4.555.947,46	1,7	134.354	0,3	5.444.875,28	1,9
..09-Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	29.940	0,1	978.848,81	0,4	31.355	0,1	1.027.844,40	0,4
..10-Ações Especializadas Em Odontologia	131.365	0,3	593.753,26	0,2	131.611	0,3	594.573,53	0,2
..11-Patologia Clínica	8.110.311	16,9	37.951.667,41	13,8	8.463.173	17,3	40.010.183,21	14,2
..12-Anatomopatologia e Citopatologia	306.113	0,6	2.863.071,32	1,0	310.260	0,6	2.970.958,84	1,1
..13-Radiodiagnóstico	815.140	1,7	9.374.877,79	3,4	867.283	1,8	9.798.771,87	3,5
..14-Exames Ultra-Sonográficos								

	116.586	0,2	1.865.125,81	0,7	125.046	0,3	2.021.817,16	0,7
..17-Diagnose	415.531	0,9	3.665.695,34	1,3	427.341	0,9	3.938.860,46	1,4
..18-Fisioterapia (Por Sessão)	656.073	1,4	1.536.183,68	0,6	673.801	1,4	1.577.319,52	0,6
..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	53.129	0,1	1.501.428,63	0,5	53.887	0,1	1.520.368,83	0,5
..20-Instalação de Cateter	25	0,0	3.000,00	0,0	27	0,0	3.240,00	0,0
..21-Próteses e Órteses	481.131	1,0	6.840.688,49	2,5	482.454	1,0	6.869.071,81	2,4
..22-Anestesia	2.400	0,0	35.616,00	0,0	2.574	0,0	38.198,16	0,0
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	18.092.336	37,8	182.737.335,80	66,3	18.105.731	37,1	183.332.765,81	64,9
..26-Hemodinâmica	3.920	0,0	1.981.685,60	0,7	3.920	0,0	1.981.685,60	0,7
..27-Terapia Renal Substitutiva	305.606	0,6	41.644.313,91	15,1	305.606	0,6	41.644.313,91	14,7
..28-Radioterapia (Por Especificação)	357.170	0,7	7.062.473,16	2,6	357.280	0,7	7.064.279,20	2,5
..29-Quimioterapia - Custo Mensal	81.069	0,2	41.035.237,70	14,9	81.122	0,2	41.293.746,20	14,6
..30-Busca de Órgãos para transplante	27.774	0,1	9.226.691,87	3,3	27.774	0,1	9.226.691,87	3,3
..31-Ressonância Magnética	5.361	0,0	1.440.768,75	0,5	5.537	0,0	1.488.068,75	0,5
..32-Medicina Nuclear - In Vivo	8.041	0,0	1.639.850,50	0,6	8.041	0,0	1.639.850,50	0,6
..33-Radiologia Intervencionista	2.035	0,0	164.489,05	0,1	2.069	0,0	167.237,27	0,1
..35-Tomografia Computadorizada	40.761	0,1	3.942.629,34	1,4	40.824	0,1	3.949.687,47	1,4
..36-Medicamentos	15.925.082	33,3	58.150.759,74	21,1	15.925.238	32,6	58.153.453,92	20,6

..37-Hemoterapia	608.136	1,3	11.659.329,01	4,2	620.262	1,3	11.923.465,45	4,2
..38-Acompanhamento de Pacientes	122.653	0,3	3.447.861,42	1,3	123.186	0,3	3.459.039,92	1,2
..40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	601.550	1,3	-	-	601.694	1,2	-	-
Total	47.884.621	100,0	275.762.514,18	100,0	48.792.174	100,0	282.425.212,57	100,0

Fonte: SIA/SUS - Caderno de Informações de Saúde

RASCUNHO DE AIH

DADOS DO PACIENTE

2- Nome

E 525187

DADOS DO MÉDICO

7- CPF do médico solicitante

8- Procedimento solicitado

9- Caráter da internação

10- Data da emissão

75500 099

5

24/10/07

1- CPF do médico responsável

DADOS DO MÉDICO AUDITOR

16- Procedimento autorizado

17- Data da autorização

18- CPF do auditor

1 33028117

2 4903066

3 47015008

4

5

6

20- Dias UTI autorizados

Mês inic. Mês ant. Mês alta

Total

Número de linhas preenchidas

21- Acompanhante

Dias

22- Data da autorização

23-

CPF do auditor

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

25- Tipo 26- CBO/CPF do profissional

27- Ato profissional

28- Tipo ato 29- Quant. Ato

1	7604	33028117	01	01	0643
2	48111	33028117	000	01	
3	4884	25201017	01	01	
4	2017214148000170	99081016	34	85	
5		91006016	12	85	
6		91020219	12	01	
7	20832	25001019	07	10	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

33- Hospital

Procedimento realizado

33028117

Esp.

Data internação

Data da saída

Diag. principal

Diag. secundário

Motivo cobrança

3

24/10/07

02/11/07

R198

1.9

Em caso de parto

Nº de nascidos

Vivos

Mortos

Altas

Nº de saídas

Transf.

Óbitos

Mod 0404

Situação:

Tem laudo: Sim ☐ Não ☐

Laudo enviado em: __/__/__

Laudo recebido em: __/__/__

Tipo de Solicitações: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Pronta para entrar no lote: Sim

RASCUNHO DE AIH

DADOS DO PACIENTE

2- Nome:

E 525187

DADOS DO MÉDICO

7- CPF do médico solicitante

8- Procedimento solicitado

9- Caráter da internação

10- Data da emissão

1- CPF do médico responsável

75500 094

5

24/10/07

DADOS DO MÉDICO AUDITOR

16- Procedimento autorizado

17- Data da autorização

18- CPF do auditor

1 33028117

2 9903066

3 97015008

4

5

6

Número de linhas preenchidas

20- Dias UTI autorizados

Mês inic. Mês ant. Mês alta

Total

21- Acompanhante
Dias

22- Data da autorização

23-

CPF do auditor

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

25- Tipo 26- CGC/CPF do profissional

27- Ato profissional

28- Tipo ato

29- Quant. Ato

1	7604	* 33028117	01	01	0613
2	1811	33028117	005	01	
3	1884	25001017	01	01	
4	2017214148000171	99081016	34	85	
5		91606016	12	85	
6		97020219	12	01	
7	20832	25001019	07	10	
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

33- Hospital

Procedimento realizado

33028117

Esp.

Data internação

Data da saída

Diag. principal

Diag. secundário

Motivo cobrança

3

24/10/07

03/11/07

R198

J. 9

Em caso de parto

Nº de nascidos

Vivos

Mortos

Altas

Nº de saídas

Transf.

Óbitos

Mod 0404

Situação:

Tem laudo: Sim ☐ Não ☐

Tipo de Solicitações: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Laudo enviado em: ___/___/___

Laudo recebido em: ___/___/___

Pronta para entrar no lote: Sim

Competência: 11/2007

Relação de Conferência

22/11/20

Num. AIH: 3107101780024 Orgão Local: MG50001 Identificação: 1 Sequencial: 9129
Prontuário: 000696342
Endereço:
Município:
Nascimento: 18/05/1932 Sexo: Masculino
Pis/Pasep: Cat: UF:MG CEP: 32072580
Med. Solic.: 02445611687 Proc. Solicitado: 75500094
Carater Interno: 05 Emissão: 24/10/2007
Proc. Realizado: 33028117 Especialidade: 01
Internação: 24/10/2007 Alta: 03/11/2007
Diagnóstico Prim./Secund: R198 Motivo/Cobrança: 19 ALTA PARA COMPLEMENTACAO EM
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transferidos: 0 Obitos: 0 Infecção: NÃO

Auditores: 97015008
33028117
99003066

UTI/ACOMP: Mes Inicial: 0
Mes Anterior: 0
Mes da Alta: 0
Acompanhante: 0

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Vínculo	Profissional	Procedimento	Tipo Ato	Quantidade	Nota Fiscal
				48	

Parâmetros:

13:22

22/11

Usuário

Processamento: Todos

Tipo de AIH: Todos

Competência: 11/2007

Relação de Conferência

22/11/2007

Num. AIH: 3107101780024 Orgão Local: MG50001 Identificação: 1 Sequencial: 9129
 Prontuário: 000696342
 Endereço:
 Município:
 Nascimento: 18/05/1932 Sexo: Masculino
 Pis/Pasep: Cat: UF:MG CEP: 32072580
 Med. Solic.: 02445611687 Proc. Solicitado: 75500094
 Carater Interno: 05 Emissão: 24/10/2007
 Proc. Realizado: 33028117 Especialidade: 01
 Internação: 24/10/2007 Alta: 03/11/2007
 Diagnóstico Prim./Secund: R198 Motivo/Cobrança: 19 ALTA PARA COMPLEMENTACAO EM
 Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transferidos: 0 Obitos: 0 Infecção: NÃO

Auditores: 97015008
 33028117
 99003066

UTI/ACOMP: Mes Inicial: 0
 Mes Anterior: 0
 Mes da Alta: 0
 Acompanhante: 0

SERVIÇOS PROFISSIONAIS

Vinculo	Profissional	Procedimento	Tipo Ato	Quantidade	Nota Fiscal
05	0009607	GUILHERME 33028117 LAPAROTOMIA	01	1	
05	0004841	TERCIO SILVA 33028117 LAPAROTOMIA	06	1	
05	0020832	AMANDIO 25001019 CONSULTA	07	10	
05	0004884	JOSE EDUARDO 25001019 CONSULTA	07	1	
02	0000011	CLINICA ROMEU 94020019 MODULO	12	1	
02	0000011	CLINICA ROMEU 94006016 CONCENTRADO	12	1	
20	0000001	HOSPITAL 99081016 DIARIA DE	34	5	
03	0000012	JOSE DE SOUZA 16002016 EXAME	08	1	
03	0777777	LABORATORIO 17064040 UREIA	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17059046 SODIO	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17055040 POTASSIO	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17023041 CREATININA	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17037042 FOSFATASE	15	1	
03	0777777	LABORATORIO 17041040 GASOMETRIA	15	1	
03	0777777	LABORATORIO 17002044 ACIDO LACTICO	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17009030 COAGULOGRAFIA	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17009049 BILIRRUBINA	15	1	
03	0777777	LABORATORIO 17016045 CLORO	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17042046 GLICOSE	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17061040 TRANSAMINASE	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17027039 PROTROMBINA	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17018030 HEMOGRAMA	15	2	
03	0777777	LABORATORIO 17040043 GAMA-	15	1	
03	0777777	LABORATORIO 17049040 MAGNESIO	15	1	

Parâmetros:

Usuário:

Processamento: Todos

Tipo de AIH: Todos

Dr. Cláudio A. Vasconcelos
 CRM-MG 13.22
 CPF 428.619.186-91
 27 NOV. 2007
 SUPERVISÃO HOSPITALAR

22/11/2007

WPD Informática



ANEXO IV: Caderno de Informações de Saúde Informações Gerais

Brasil

Brasil

População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2007			
Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	1.834.719	1.768.710	3.603.429
1 a 4	7.498.956	7.251.091	14.750.047
5 a 9	9.393.475	9.098.638	18.492.113
10 a 14	9.786.207	9.557.204	19.343.411
15 a 19	10.053.029	9.959.934	20.012.963
20 a 29	16.643.415	16.950.723	33.594.138
30 a 39	13.780.483	14.501.005	28.281.488
40 a 49	10.402.443	11.059.074	21.461.517
50 a 59	6.647.658	7.192.844	13.840.502
60 a 69	4.173.205	4.827.421	9.000.626
70 a 79	2.200.242	2.753.642	4.953.884
80 e +	797.240	1.203.829	2.001.069
Ignorada	-	-	-
Total	93.211.072	96.124.115	189.335.187

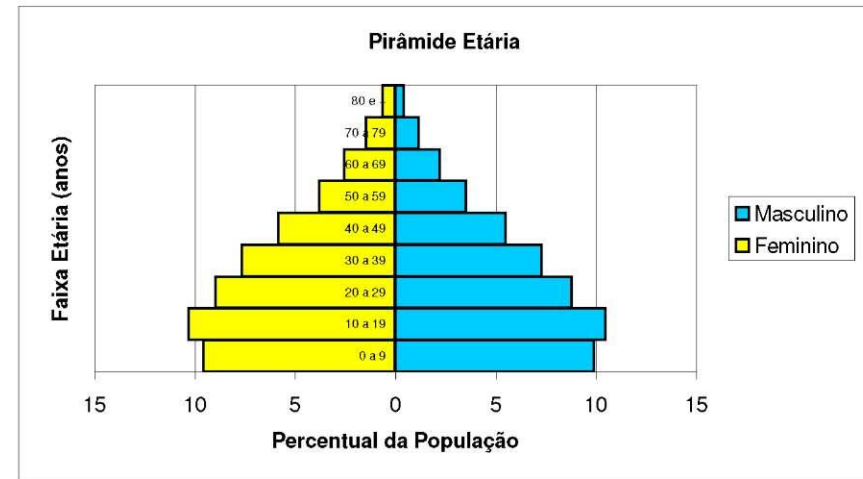
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

População Residente por ano		
Ano	População	Método
2007	189.335.187	Estimativa
2006	186.770.613	Estimativa
2005	184.184.074	Estimativa
2004	179.108.134	Estimativa
2003	176.876.251	Estimativa
2002	174.632.932	Estimativa
2001	172.385.776	Estimativa
2000	169.799.170	Censo
1999	163.947.436	Estimativa
1998	161.790.182	Estimativa

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

Taxa de crescimento anual estimada (%) (2000-2007)	1,4
Mulheres em idade fértil (10-49 anos), 2007	62.027.940
Proporção da pop. feminina em idade fértil, 2007 (%)	64,5

Fonte: IBGE, Censos e Estimativas



Proporção da População Residente Alfabetizada por Faixa Etária

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	39,7	51,0
10 a 14	82,3	92,7
15 a 19	87,9	95,0
20 a 49	84,0	90,0
50 e +	62,7	70,6
Total	75,1	83,3

Fonte: IBGE/Censos

Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	68,0	75,8
Poço ou nascente (na propriedade)	20,2	16,7
Outra forma	11,7	7,5

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Proporção de Moradores por tipo de Instalação Sanitária

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede geral de esgoto ou pluvial	32,1	44,4
Fossa séptica	16,8	14,8
Fossa rudimentar	27,4	25,0
Vala	3,6	2,7
Rio, lago ou mar	-	2,6
Outro escoadouro	3,6	0,9
Não sabe o tipo de escoadouro	0,2	-
Não tem instalação sanitária	16,3	9,6

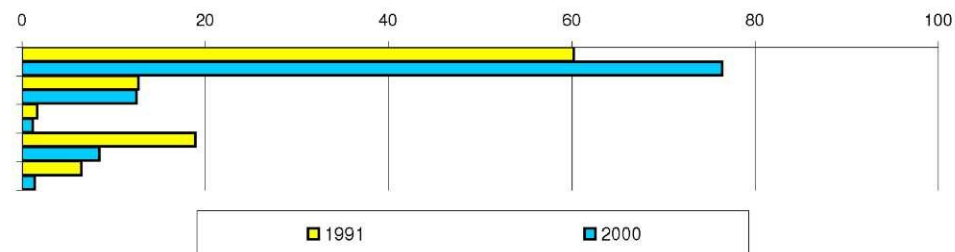
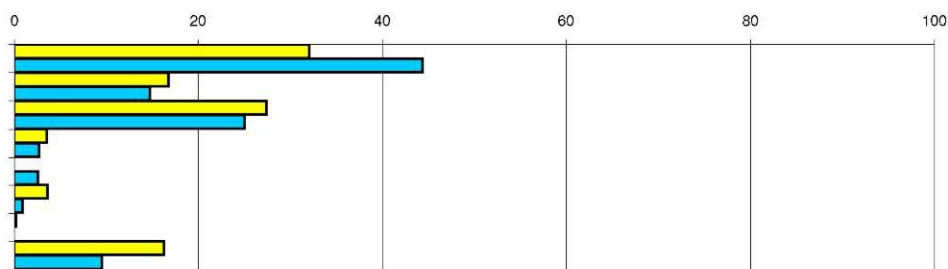
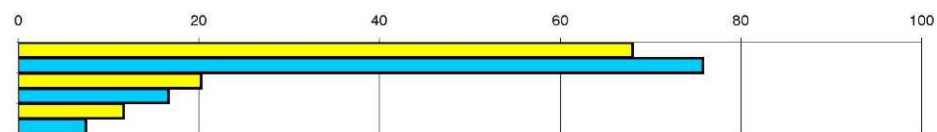
Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Proporção de Moradores por Tipo de Destino de Lixo

Coleta de lixo	1991	2000
Coletado	60,3	76,4
Queimado (na propriedade)	12,7	12,5
Enterrado (na propriedade)	1,6	1,2
Jogado	18,9	8,4
Outro destino	6,5	1,4

Fonte: IBGE/Censos Demográficos

Brasil

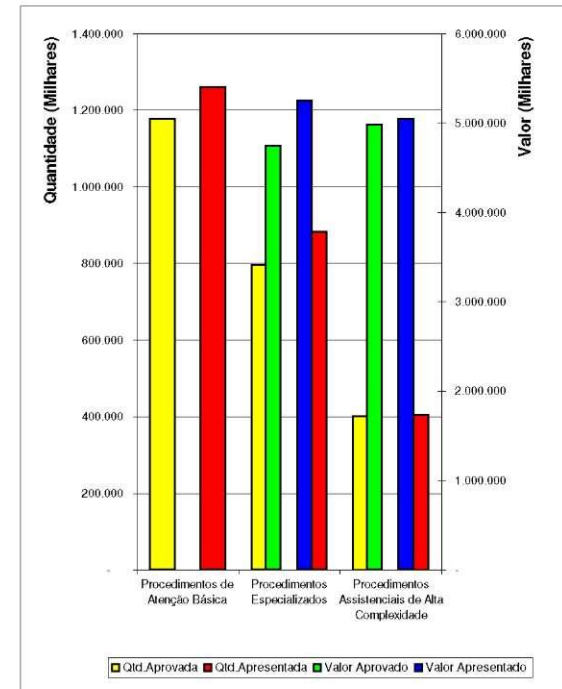


Quantidade, valor e valor médio dos procedimentos ambulatoriais								
2006								
Categoria de procedimentos	Qtd.Aprovada		Valor Aprovado		Qtd.Apresentada		Valor Apresentado	
	Nº	%	R\$	%	Nº	%	R\$	%
Procedimentos de Atenção Básica	1.176.582.915	49,6	-	-	1.261.217.694	49,5	-	-
..01-Ações Enfermagem/Outros de Saúde Nível Médio	599.811.607	25,3	-	-	636.637.072	25,0	-	-
..02-Ações Médicas Básicas	256.626.291	10,8	-	-	281.747.676	11,1	-	-
..03-Ações Básicas Em Odontologia	208.235.421	8,8	-	-	217.884.017	8,6	-	-
..04-Ações Executadas P/Outros Prof.Nível Superior	88.190.803	3,7	-	-	98.982.529	3,9	-	-
..05-Procedimentos Básicos Em Vigilância Sanitária	23.718.793	1,0	-	-	25.966.400	1,0	-	-
Procedimentos Especializados	795.721.349	33,5	4.741.440.755,75	48,8	881.704.278	34,6	5.257.022.851,47	51,0
..07-Proced.Espec.Profis.Médicos,Out.NívelSup./Méd	268.036.854	11,3	1.532.548.622,06	15,8	305.668.785	12,0	1.758.115.255,86	17,1
..08-Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	7.756.067	0,3	256.597.157,00	2,6	9.026.835	0,4	283.550.965,22	2,8
..09-Procedimentos Traumatolo-Ortopédicos	6.467.749	0,3	217.083.576,99	2,2	7.274.111	0,3	243.698.497,62	2,4
..10-Ações Especializadas Em Odontologia	7.384.356	0,3	40.975.315,64	0,4	8.446.460	0,3	46.822.630,61	0,5
..11-Patologia Clínica	348.472.349	14,7	1.441.584.192,75	14,8	380.327.874	14,9	1.578.934.209,74	15,3
..12-Anatomopatologia e Citopatologia	13.965.102	0,6	118.698.053,24	1,2	14.257.314	0,6	123.821.734,60	1,2
..13-Radiodiagnóstico	45.603.151	1,9	467.418.180,88	4,8	49.175.252	1,9	501.221.696,46	4,9
..14-Exames Ultra-Sonográficos	10.897.200	0,5	163.772.121,58	1,7	11.712.753	0,5	176.293.063,89	1,7
..17-Diagnose	23.978.401	1,0	188.184.853,78	1,9	26.396.775	1,0	210.406.309,55	2,0
..18-Fisioterapia (Por Sessão)	52.161.506	2,2	122.242.428,50	1,3	58.035.589	2,3	135.930.244,10	1,3
..19-Terapias Especializadas (Por Terapia)	7.020.954	0,3	106.244.458,66	1,1	7.304.442	0,3	109.755.826,24	1,1
..20-Instalação de Cateter	457	0,0	54.840,00	0,0	508	0,0	60.960,00	0,0
..21-Próteses e Órteses	3.905.378	0,2	84.941.789,74	0,9	4.001.829	0,2	87.256.871,73	0,8
..22-Anestesia	71.825	0,0	1.095.164,93	0,0	75.751	0,0	1.154.585,85	0,0
Procedimentos Assistenciais de Alta Complexidade	401.556.933	16,9	4.982.535.552,11	51,2	404.743.695	15,9	5.043.588.270,27	49,0
..26-Hemodinâmica	114.135	0,0	57.601.138,05	0,6	115.912	0,0	58.497.570,16	0,6
..27-Terapia Renal Substitutiva	9.331.129	0,4	1.324.186.216,31	13,6	9.353.201	0,4	1.327.355.031,72	12,9
..28-Radioterapia (Por Especificação)	7.074.713	0,3	144.098.917,24	1,5	7.158.099	0,3	145.819.386,68	1,4
..29-Quimioterapia - Custo Mensal	1.672.267	0,1	948.987.812,44	9,8	1.687.435	0,1	959.267.798,26	9,3
..30-Busca de Órgãos para transplante	412.516	0,0	118.684.719,79	1,2	415.271	0,0	119.690.305,30	1,2
..31-Ressonância Magnética	244.483	0,0	65.821.018,75	0,7	248.399	0,0	66.873.536,25	0,6
..32-Medicina Nuclear - In Vivo	357.873	0,0	65.182.674,28	0,7	361.904	0,0	65.895.330,65	0,6
..33-Radiologia Intervencionista	40.588	0,0	3.282.777,10	0,0	41.855	0,0	3.385.104,23	0,0
..35-Tomografia Computadorizada	1.271.442	0,1	128.091.562,24	1,3	1.285.725	0,1	129.575.304,39	1,3
..36-Medicamentos	339.730.117	14,3	1.302.251.832,69	13,4	341.543.842	13,4	1.316.875.255,78	12,8
..37-Hemoterapia	20.305.276	0,9	381.175.075,02	3,9	21.099.108	0,8	400.923.373,54	3,9
..38-Acompanhamento de Pacientes	16.494.190	0,7	291.502.569,94	3,0	16.817.045	0,7	296.748.053,70	2,9
..40-Procedimentos Específicos para Reabilitação	4.020.125	0,2	-	-	4.125.979	0,2	-	-
Total	2.373.861.197	100,0	9.723.976.307,86	100,0	2.547.665.667	100,0	10.300.611.121,74	100,0

Fonte: SIA/SUS

Valores Médios Anuais	
2006	
Nº de Procedimentos básicos por habitante:	6,3
Valor Procedimentos Especializados/habitante	25,39
Valor Procedimentos Alta Complexidade/habitante	26,68

Fonte: SIA/SUS



Brasil

**Número de Internações, Valor Total, Valor Médio, Média de Permanência, Número de Óbitos e Taxa de Mortalidade por Especialidade
(por local de internação)**

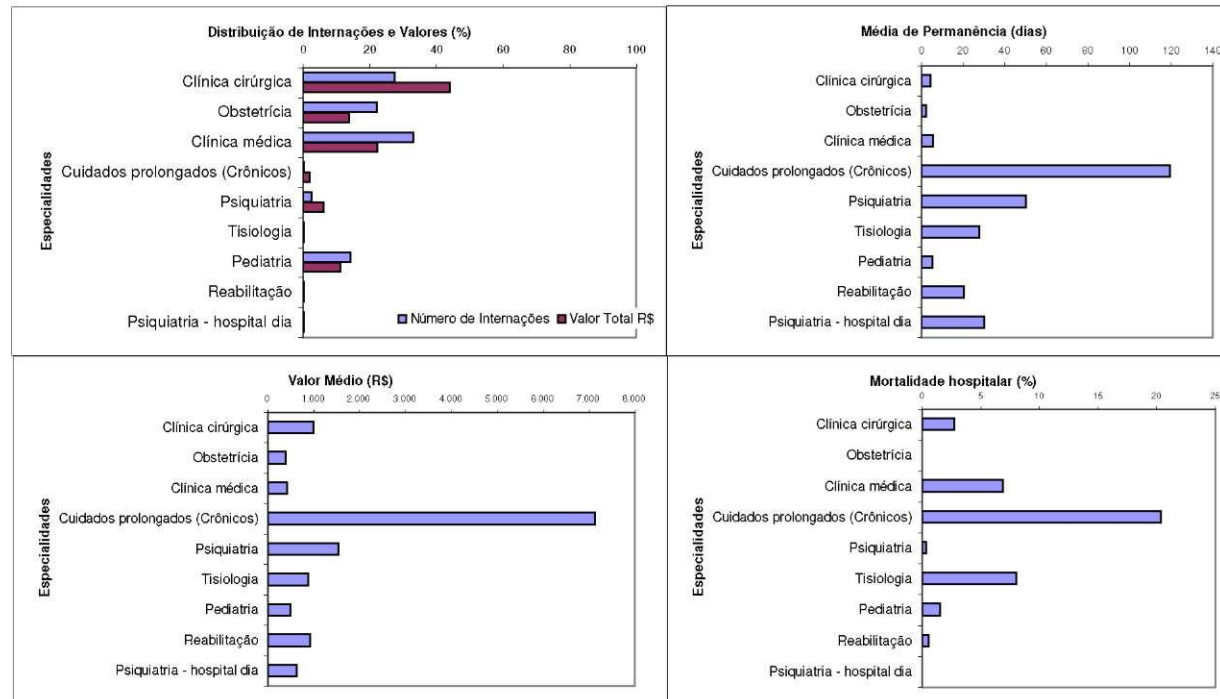
2006

Especialidade	Número de Internações	%	Valor Total R\$	%	Valor Médio R\$	Média de Permanência (dias)	Número de Óbitos	Mortalidade Hospitalar (%)
Clínica cirúrgica	3.118.830	27,6	3.073.833.434,48	44,0	985,57	4,2	84.478	2,7
Obstetrícia	2.494.872	22,0	973.749.060,03	13,9	390,30	2,2	613	0,0
Clínica médica	3.749.872	33,1	1.556.998.180,41	22,3	415,21	5,6	258.179	6,9
Cuidados prolongados (Crônicos)	19.105	0,2	136.252.630,06	1,9	7.131,78	119,4	3.886	20,3
Psiquiatria	276.740	2,4	424.815.654,53	6,1	1.535,07	50,1	853	0,3
Tisiologia	14.272	0,1	12.611.885,76	0,2	883,68	27,7	1.147	8,0
Pediatria	1.603.646	14,2	780.411.874,05	11,2	486,65	5,2	24.580	1,5
Reabilitação	14.613	0,1	13.459.299,38	0,2	921,05	20,2	81	0,6
Psiquiatria - hospital dia	24.696	0,2	15.590.225,89	0,2	631,29	30,3	1	0,0
Total	11.316.646	100,0	6.987.722.244,59	100,0	617,47	5,8	373.818	3,3

Fonte: SIH/SUS

Valores Médios Anuais 2006	
Internações/100 hab. (local de internação)	6,1
Internações/100 hab. (local de residência)	6,1
Valor médio por habitante (R\$):	37,41

Fonte: SIH/SUS



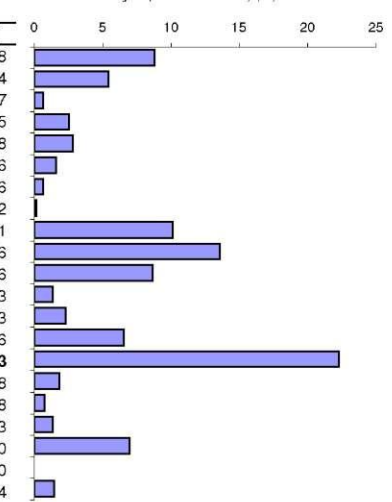
Brasil

Distribuição Percentual das Internações por Grupo de Causas e Faixa Etária - CID10
(por local de residência)

Capítulo CID	2006										Total
	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais		
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	18,4	27,1	18,7	14,0	4,5	5,3	6,9	7,8	7,6	8,8	
II. Neoplasias (tumores)	0,5	1,9	3,7	4,9	2,1	5,6	10,1	7,2	8,0	5,4	
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,5	0,8	1,1	1,2	0,5	0,5	0,7	1,0	0,9	0,7	
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2,4	3,2	2,6	2,3	0,6	1,6	4,5	5,3	5,1	2,5	
V. Transtornos mentais e comportamentais	0,0	0,0	0,1	0,5	1,3	4,8	2,3	0,5	0,7	2,8	
VI. Doenças do sistema nervoso	1,4	1,8	2,2	2,4	0,8	1,4	2,0	2,0	2,0	1,6	
VII. Doenças do olho e anexos	0,2	0,3	0,6	0,6	0,2	0,4	1,4	1,6	1,6	0,6	
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,2	0,4	0,8	0,8	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,3	0,3	0,6	1,4	1,0	6,9	25,8	29,2	28,8	10,1	
X. Doenças do aparelho respiratório	34,6	42,2	29,2	16,8	4,6	5,6	13,3	19,7	18,5	13,6	
XI. Doenças do aparelho digestivo	3,8	6,5	10,3	10,0	4,1	9,0	12,7	8,7	9,5	8,6	
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,7	1,7	2,3	2,3	1,0	1,2	1,6	1,3	1,4	1,3	
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,2	0,6	2,2	3,7	1,4	2,7	3,1	2,4	2,5	2,3	
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	1,5	3,2	6,2	6,8	5,1	8,3	6,5	5,3	5,5	6,6	
XV. Gravidez parto e puerpério	0,0	0,0	0,0	9,2	63,7	34,9	0,1	0,1	0,1	22,3	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	30,0	1,8	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	2,7	2,3	2,8	2,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,2	0,8	
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	0,9	1,1	1,5	1,7	0,8	1,3	1,8	1,8	1,8	1,3	
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1,0	4,1	12,5	16,5	7,0	7,8	5,7	5,2	5,1	7,0	
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
XXI. Contatos com serviços de saúde	0,5	0,7	1,7	2,1	0,7	2,1	0,7	0,5	0,5	1,4	
CID 10* Revisão não disponível ou não preenchido	0,0	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Fonte: SIH/SUS

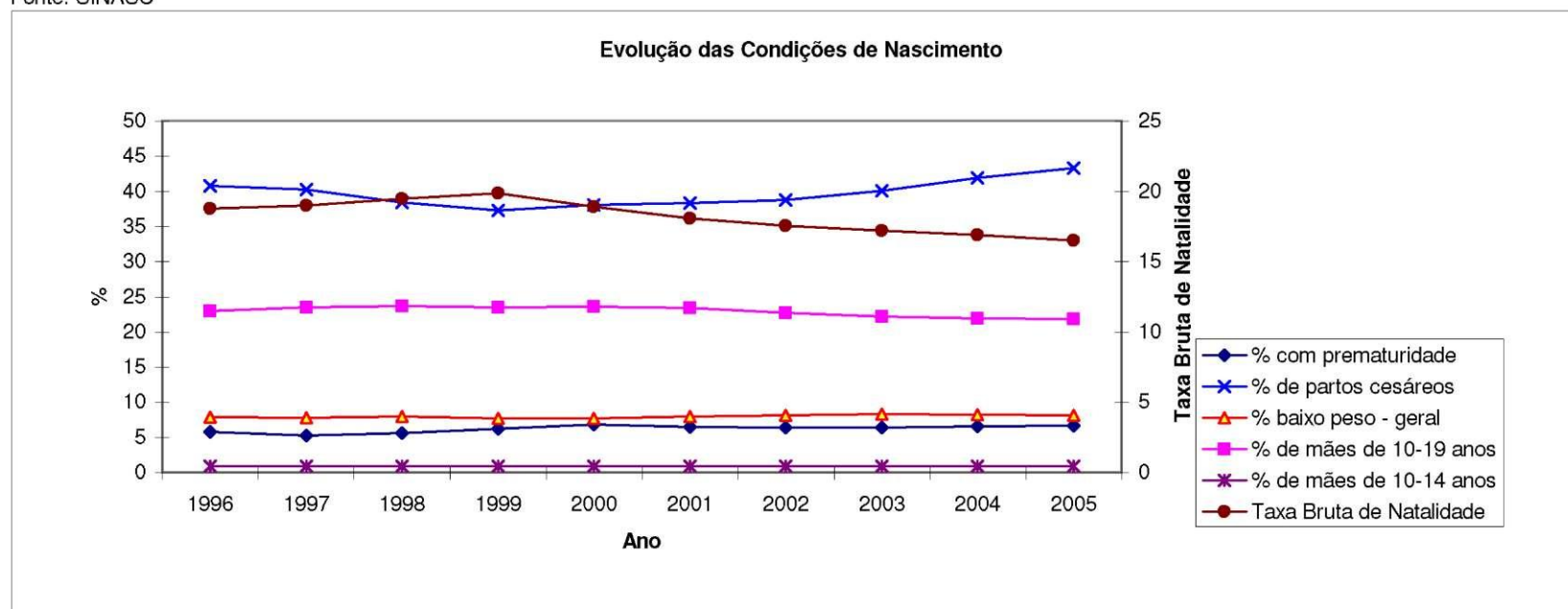
Distribuição (todas as idades) (%)



Brasil

Condições	Informações sobre Nascimentos									
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de nascidos vivos	2.945.425	3.026.658	3.148.037	3.256.433	3.206.761	3.115.474	3.059.402	3.038.251	3.026.548	3.035.096
Taxa Bruta de Natalidade	18,8	19,0	19,5	19,9	18,9	18,1	17,5	17,2	16,9	16,5
% com prematuridade	5,8	5,3	5,6	6,2	6,8	6,4	6,4	6,4	6,5	6,6
% de partos cesáreos	40,7	40,2	38,4	37,2	38,0	38,3	38,8	40,1	41,8	43,3
% de mães de 10-19 anos	22,9	23,5	23,6	23,5	23,5	23,4	22,7	22,2	21,9	21,8
% de mães de 10-14 anos	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
% com baixo peso ao nascer										
- geral	7,9	7,8	7,9	7,7	7,7	8,0	8,1	8,3	8,2	8,1
- partos cesáreos	7,2	7,3	7,6	7,6	7,7	8,1	8,4	8,6	8,6	8,6
- partos vaginais	8,3	8,1	8,1	7,7	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	7,8

Fonte: SINASC



Brasil

Mortalidade Proporcional (%) por Faixa Etária Segundo Grupo de Causas - CID10
2005

Grupo de Causas	Menor 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 49	50 a 64	65 e mais	60 e mais	Total
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	7,6	17,0	9,4	5,8	2,7	8,5	5,0	3,5	3,6	5,2
II. Neoplasias (tumores)	0,3	8,3	15,2	12,1	5,3	12,5	24,2	17,3	18,2	16,3
IX. Doenças do aparelho circulatório	0,9	3,7	4,1	5,7	3,6	15,9	35,0	42,0	41,4	31,5
X. Doenças do aparelho respiratório	6,7	19,4	8,2	6,4	3,3	4,8	7,7	15,1	14,3	10,8
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	60,8	0,6	0,2	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,3
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2,3	22,7	39,2	51,4	75,6	41,4	8,4	3,0	3,4	14,1
Demais causas definidas	21,3	28,2	23,7	18,4	9,5	17,0	19,7	19,1	19,1	18,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: SIM

Coefficiente de Mortalidade para algumas causas selecionadas
(por 100.000 habitantes)

Causa do Óbito	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Aids	6,4	6,3	6,4	6,3	6,4	6,2	6,0
Neoplasia maligna da mama (/100.000 mulheres)	9,8	9,7	10,0	10,2	10,5	10,9	11,0
Neoplasia maligna do colo do útero (/100.000 mulh)	4,7	4,6	4,8	4,6	4,7	4,8	4,8
Infarto agudo do miocárdio	35,3	34,9	34,9	35,2	35,5	36,6	35,0
Doenças cerebrovasculares	50,9	49,9	50,2	50,0	50,3	50,8	48,9
Diabetes mellitus	19,3	20,8	20,3	21,0	21,2	21,9	21,9
Acidentes de transporte	18,4	17,5	18,0	19,1	19,0	19,9	19,9
Agressões	26,2	26,7	27,8	28,5	28,9	27,0	25,8

Fonte: SIM

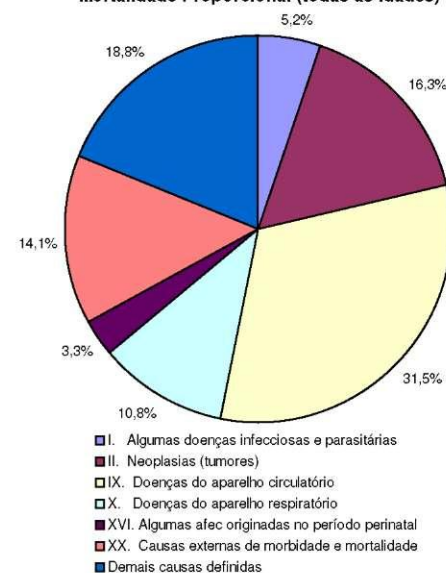
Outros Indicadores de Mortalidade	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total de óbitos	938.658	946.686	961.492	982.807	1.002.340	1.024.073	1.006.827
Nº de óbitos por 1.000 habitantes	5,7	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,5
% óbitos por causas mal definidas	15,1	14,3	14,1	13,7	13,3	12,4	10,4
Total de óbitos infantis	69.345	68.199	61.943	58.916	57.540	54.183	51.544
Nº de óbitos infantis por causas mal definidas	8.003	8.388	6.197	5.199	4.802	3.730	2.743
% de óbitos infantis no total de óbitos *	7,4	7,2	6,4	6,0	5,7	5,3	5,1
% de óbitos infantis por causas mal definidas	11,5	12,3	10,0	8,8	8,3	6,9	5,3
Mortalidade infantil por 1.000 nascidos-vivos **	21,3	21,3	19,9	19,3	18,9	17,9	17,0

* Coeficiente de mortalidade infantil proporcional

**considerando apenas os óbitos e nascimentos coletados pelo SIM/SINASC

Fonte: SIM/SINASC

Mortalidade Proporcional (todas as idades)



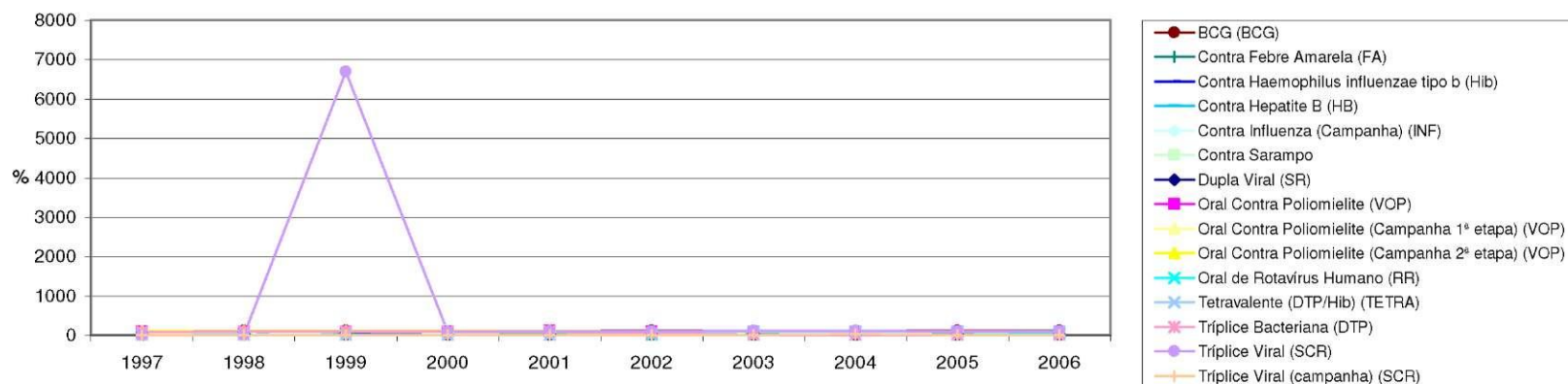
Brasil

Cobertura Vacinal (%) por Tipo de Imunobiológico
Menores de 1 ano

Imunobiológicos	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BCG (BCG)	117,1	111,6	117,3	111,7	112,6	110,3	108,5	106,4	106,5	109,0
Contra Febre Amarela (FA)	7,8	18,5	29,1	37,1	40,2	38,7	34,7	36,0	40,0	44,8
Contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	0,0	0,8	5,1	87,9	93,1	39,0	1,7	0,5	0,5	0,5
Contra Hepatite B (HB)	5,8	12,6	83,5	91,1	91,9	91,5	92,0	90,3	91,3	96,6
Contra Influenza (Campanha) (INF)	-	-	88,7	67,5	73,1	74,1	82,1	85,6	84,1	85,7
Contra Sarampo	108,6	95,3	99,3	105,4	103,9	96,0	4,1	-	-	-
Dupla Viral (SR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oral Contra Poliomielite (VOP)	89,3	95,3	99,1	101,4	102,8	100,0	100,5	97,9	97,8	101,2
Oral Contra Poliomielite (Campanha 1ª etapa) (VOP)	115,9	101,7	103,5	100,2	107,7	100,7	99,9	97,3	94,4	94,4
Oral Contra Poliomielite (Campanha 2ª etapa) (VOP)	97,5	107,0	103,2	102,8	102,9	100,0	99,2	97,3	95,3	95,3
Oral de Rotavírus Humano (RR)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44,6
Tetralente (DTP/Hib) (TETRA)	-	-	-	-	-	53,9	97,5	96,1	95,4	99,6
Tríplice Bacteriana (DTP)	78,5	93,0	94,5	94,7	97,5	44,7	1,4	0,3	0,2	0,2
Tríplice Viral (SCR)	-	-	6.692,1	77,5	88,4	96,9	113,0	105,0	99,7	101,7
Tríplice Viral (campanha) (SCR)	-	-	-	-	-	-	-	32,5	0,0	-

Fonte: SI/PNI

Cobertura Vacinal Básica (%) por Tipo de Imunobiológico
Menores de 1 ano



Brasil

Indicadores da Atenção Básica											
Ano	Modelo de Atenção	População coberta ⁽¹⁾	% população coberta pelo programa	Média mensal de visitas por família ⁽²⁾	% de crianças c/ esq.vacinal básico em dia ⁽²⁾	% de crianças c/aleit. materno exclusivo ⁽²⁾	% de cobertura de consultas de pré-natal ⁽²⁾	Taxa mortalidade infantil por diarreia ⁽³⁾	Prevalência de desnutrição ⁽⁴⁾	Taxa hospitalização por pneumonia ⁽⁵⁾	Taxa hospitalização por desidratação ⁽⁵⁾
2001	PACS	37.415.661	21,7	0,09	80,6	62,5	73,0	6,1	11,1	19,6	48,9
	PSF	38.157.281	22,1	0,09	88,4	64,1	84,9	4,2	10,8	22,0	13,4
	Outros	1.175.273	0,7	0,07	84,0	66,6	80,4	4,6	10,0	15,1	8,5
	Total	76.748.215	44,5	0,09	84,6	63,4	79,6	5,1	10,9	20,7	30,1
2002	PACS	35.025.795	20,1	0,09	83,5	64,7	75,5	4,6	10,1	185,9	11,9
	PSF	49.914.263	28,6	0,09	90,7	66,4	87,0	3,8	9,3	22,2	13,0
	Outros	1.159.518	0,7	0,08	84,0	64,4	77,4	5,4	11,4	18,1	15,3
	Total	86.099.576	49,3	0,09	87,9	65,7	83,0	4,1	9,6	85,3	12,6
2003	PACS	33.402.088	18,9	0,09	86,5	66,4	78,1	4,2	7,8	123,5	12,2
	PSF	58.097.639	32,8	0,09	93,3	67,8	88,9	3,2	7,3	22,2	12,6
	Outros	1.534.004	0,9	0,09	85,8	65,4	79,2	4,3	9,0	15,0	10,8
	Total	93.033.731	52,6	0,09	90,9	67,3	85,6	3,5	7,5	55,1	12,4
2004	PACS	31.265.852	17,5	0,09	87,8	68,6	79,8	3,8	5,8	18,3	12,2
	PSF	65.543.751	36,6	0,08	92,0	69,8	87,5	2,5	5,5	34,3	8,6
	Outros	837.377	0,5	0,09	88,7	68,5	82,0	4,5	7,8	16,5	11,5
	Total	97.646.980	54,5	0,08	90,8	69,5	85,5	2,9	5,6	30,4	9,5
2005	PACS	28.082.605	15,2	0,09	89,2	71,1	81,7	3,8	4,4	16,5	11,7
	PSF	74.289.991	40,3	0,09	95,5	71,0	84,7	2,5	4,5	157,6	10,8
	Outros	585.498	0,3	0,06	89,1	73,5	88,5	1,4	4,6	14,1	9,1
	Total	102.958.094	55,9	0,09	94,0	71,1	84,1	2,8	4,5	124,1	11,0
2006	PACS	26.104.184	14,0	0,09	91,1	72,6	84,3	2,9	3,3	15,5	11,1
	PSF	82.216.837	44,0	0,09	96,1	71,9	91,2	3,0	3,5	99,3	10,8
	Outros	518.330	0,3	0,06	89,5	75,9	90,2	3,4	3,6	17,8	7,5
	Total	108.839.351	58,3	0,09	95,1	72,0	90,0	3,0	3,5	82,4	10,8

Fonte: SIAB

Notas:

(1): Situação no final do ano

(2): Como numeradores e denominadores, foi utilizada a média mensal dos mesmos.

(3): por 1.000 nascidos vivos

(4): em menores de 2 anos, por 100

(5): em menores de 5 anos, por 1000; menores de 5 anos na situação do final do ano

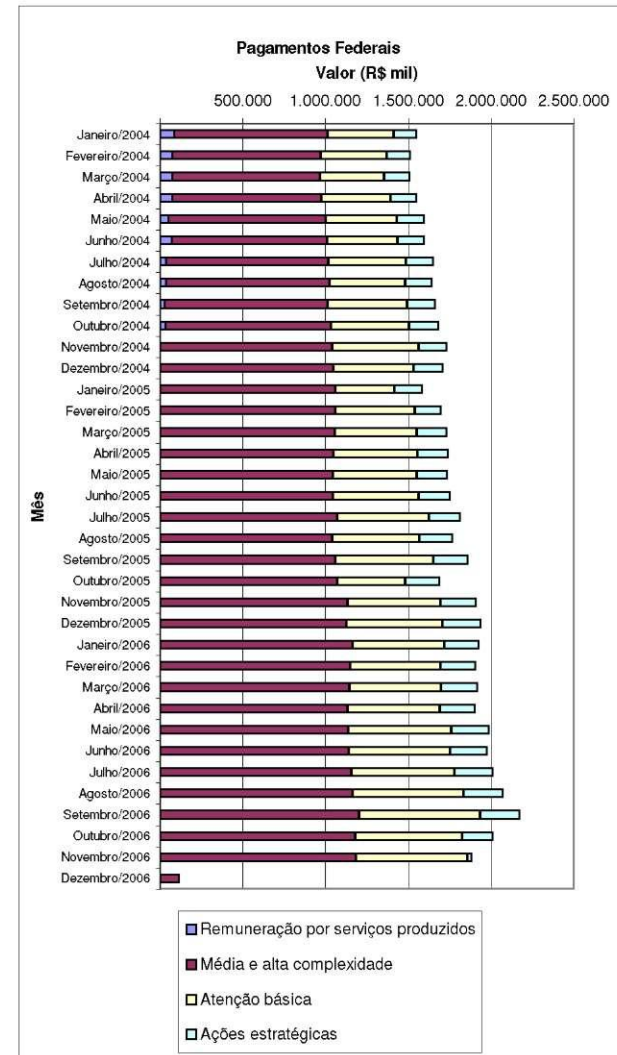
Brasil

Transferências e Pagamentos (R\$)					
Ano/Mês Compet	Remuneração por serviços produzidos	Transferências			Total
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	555.519.374,64	11.565.079.939,19	5.340.017.651,82	1.951.707.647,01	19.412.324.612,66
Janeiro/2004	85.063.083,55	927.640.316,94	398.104.554,81	142.769.179,19	1.553.577.134,49
Fevereiro/2004	73.474.039,54	898.274.095,09	399.378.478,10	140.493.515,72	1.511.620.128,45
Março/2004	74.715.801,73	893.752.572,37	386.815.589,80	155.093.249,53	1.510.377.213,43
Abril/2004	72.496.898,39	902.935.263,44	416.720.811,25	159.363.976,81	1.551.516.949,89
Maio/2004	52.130.350,04	948.524.888,61	432.338.683,79	166.283.741,92	1.599.277.664,36
Junho/2004	70.530.476,55	940.005.443,49	425.342.754,96	163.049.590,17	1.598.928.265,17
Julho/2004	33.033.881,51	986.296.383,20	466.460.297,67	166.734.574,90	1.652.525.137,28
Agosto/2004	33.453.551,44	992.517.800,47	457.665.143,91	162.764.361,49	1.646.400.857,31
Setembro/2004	28.658.610,64	983.591.520,04	480.724.472,90	172.212.778,82	1.665.187.382,40
Outubro/2004	31.962.681,25	999.788.521,49	473.726.101,49	176.757.895,51	1.682.235.199,74
Novembro/2004	-	1.041.707.114,51	520.234.000,05	169.876.370,17	1.731.817.484,73
Dezembro/2004	-	1.050.046.019,54	482.506.763,09	176.308.412,78	1.708.861.195,41
2005	-	12.826.651.403,24	6.076.436.472,73	2.337.607.520,72	21.240.695.396,69
Janeiro/2005	-	1.061.908.046,18	353.812.796,32	169.223.392,03	1.584.944.234,53
Fevereiro/2005	-	1.060.041.989,88	478.420.105,18	161.948.770,57	1.700.410.865,63
Março/2005	-	1.056.741.590,87	494.974.987,70	183.734.128,40	1.735.450.706,97
Abril/2005	-	1.049.130.683,37	506.488.432,34	184.815.155,69	1.740.434.271,40
Maio/2005	-	1.045.343.982,09	504.768.439,78	187.956.206,56	1.738.068.628,43
Junho/2005	-	1.046.127.717,73	515.411.582,81	192.395.798,92	1.753.935.099,46
Julho/2005	-	1.070.773.518,63	555.016.647,96	190.158.685,32	1.815.948.851,91
Agosto/2005	-	1.042.827.082,61	524.224.278,16	199.928.160,11	1.766.979.520,88
Setembro/2005	-	1.059.926.785,39	593.981.785,25	206.600.381,04	1.860.508.951,68
Outubro/2005	-	1.072.489.024,34	409.202.581,89	211.210.826,09	1.692.902.432,32
Novembro/2005	-	1.134.522.487,86	559.673.556,19	217.827.352,95	1.912.023.397,00
Dezembro/2005	-	1.126.818.494,29	580.461.279,15	231.808.663,04	1.939.088.436,48
2006	-	12.878.797.579,90	6.787.272.161,92	2.233.448.915,82	21.899.518.677,64
Janeiro/2006	-	1.166.075.323,44	552.623.902,15	207.735.734,75	1.926.434.960,34
Fevereiro/2006	-	1.148.079.339,37	545.316.553,51	214.626.996,36	1.908.022.889,24
Março/2006	-	1.146.554.070,40	550.674.759,29	222.278.620,38	1.919.507.450,07
Abril/2006	-	1.133.638.180,44	556.858.900,50	214.099.675,15	1.904.596.756,09
Maio/2006	-	1.139.049.399,90	620.892.089,70	229.248.291,09	1.989.189.780,69
Junho/2006	-	1.141.156.128,52	613.178.323,46	222.262.426,16	1.976.596.878,14
Julho/2006	-	1.158.677.907,49	621.296.691,69	232.850.947,21	2.012.825.546,39
Agosto/2006	-	1.164.578.301,54	671.449.942,67	238.095.885,21	2.074.124.129,42
Setembro/2006	-	1.202.510.112,64	733.636.250,98	240.104.924,34	2.176.251.287,96
Outubro/2006	-	1.179.592.964,10	646.592.294,08	184.965.049,65	2.011.150.307,83
Novembro/2006	-	1.183.465.022,27	673.188.393,89	27.180.365,52	1.883.833.781,68
Dezembro/2006	-	115.420.829,79	1.564.080,00	-	116.984.909,79
Total	555.519.374,64	37.270.528.922,33	18.203.726.306,47	6.522.764.083,55	62.552.538.686,99

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

Valores per capita (R\$)					
Ano	Remuneração por serviços produzidos	Transferências			Total
		Média e alta complexidade	Atenção básica	Ações estratégicas	
2004	3,10	64,57	29,81	10,90	108,38
2005	-	69,64	32,99	12,69	115,32
2006	-	68,96	36,34	11,96	117,25

Fonte: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde



Caderno de Informações de Saúde
Informações Gerais

Município: Belo Horizonte - MG

ANEXO VI