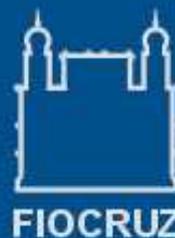




FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE



Kátia Simoni Bezerra Lima
Patrício Tadeu Feitosa Valgueiro
Vanicleide de Sá Nunes

**REDE HOSPITALAR DE PETROLINA-
DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE
DE CUIDADOS INTEGRAL À SAÚDE**

RECIFE
ANO

KÁTIA SIMONI BEZERRA LIMA
PATRICIO TADEU FEITOSA VALGUEIRO
VANICLEIDE DE SÁ NUNES

REDE HOSPITALAR DE PETROLINA: DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientador: Ângela de Oliveira Carneiro

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L732r Lima, Kátia Simoni Bezerra.

Rede Hospitalar de Petrolina: desafios na organização de uma rede de cuidado integral à saúde /Kátia Simoni Bezerra Lima, Patrício Tadeu Feitosa Valgueiro, Vanicleide de Sá Nunes. — Recife: K. S. B. Lima, 2009.

63 f.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ângela de Oliveira Carneiro

1. Administração Hospitalar. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Assistência Hospitalar. I. Carneiro, Ângela de Oliveira. II. Título.

CDU 658:61

KÁTIA SIMONI BEZERRA LIMA
PATRICIO TADEU FEITOSA VALGUEIRO
VANICLEIDE DE SÁ NUNES

REDE HOSPITALAR DE PETROLINA: DESAFIOS NA ORGANIZAÇÃO DE UMA REDE DE CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de especialista em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: 05/ 12/ 2008.

BANCA EXAMINADORA

Ms. Ângela de Oliveira Carneiro
Orientadora

Ms. Tiago Feitosa
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

AGRADECIMENTOS

À Deus Todo Poderoso, que nos concedeu a vida e a força necessária para chegar ao final deste trabalho.

Muito Obrigado...

Ao Aggeu Magalhães, seus mestres e seus funcionários, todas as palavras seriam insignificantes para traduzir o nosso agradecimento.

Muito Obrigado...

À nossa orientadora a Professora Ms. Ângela de Oliveira Carneiro, com admiração e certeza que seu apoio possibilitou a realização deste trabalho.

Muito Obrigado...

Em muitas fases da vida, as dificuldades superam as nossas forças físicas, mas a coragem, a força de espírito e o apoio da família, superam os obstáculos...

A nossa família e amigos..

LIMA, Kátia Simoni Bezerra; VALGUEIRO, Patrício Tadeu Feitosa; NUNES, Vanicleide de Sá. **Rede Hospitalar de Petrolina - Desafios na organização de uma rede de cuidado integral à saúde**. 2008. Monografia (Curso de Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

A assistência à saúde e a garantia de proteção social universal e integral a população constitui-se no desafio dos sistemas de saúde em qualquer parte do mundo. No Brasil, a criação do SUS trouxe importantes conquistas para a população, contudo, a organização da atenção básica a partir da estratégia da saúde da família, e a substituição da fragmentação da média e alta complexidade por linhas de cuidado organizada em redes, com pontos de dispersão formados pelas unidades de saúde da família e de pontos de convergência que propicie a integralidade, é o desafio da gestão nas três esferas de governo. Na atenção de média e alta complexidade a rede hospitalar pública é ponto de conflito e de superação com novos modelos de gestão. Diante desta realidade apresentada, este estudo tem como objetivo geral analisar o modelo de gestão da rede de atenção hospitalar no município de Petrolina. Este município é de referência regional como sede de região assistencial. Para apreensão do objeto de estudo utilizou-se como estratégia de pesquisa um estudo descritivo a partir dos dados e informação de documentos, e observação dos autores envolvidos na pesquisa. Em decorrência desta análise podemos observar que quanto ao porte dos estabelecimentos hospitalares em sua maioria são de pequeno porte e que existe um déficit de leitos hospitalares para atender o município e região. A organização da rede não tem como referência linhas de cuidados horizontal que privilegie a Atenção Básica. Existem serviços essenciais que não são ofertados no município, como neurologia e ortopedia de alta complexidade e alguns tratamentos em oncologia. Apesar da mudança já ocorrida do modelo de gestão hospitalar com a criação da Fundação Estatal e terceirização do HDM, não foi possível avaliar seus resultados em virtude do seu pouco tempo de funcionamento. Por fim, consideramos a importância da continuidade deste estudo na organização de uma rede interestadual unindo as regiões de Juazeiro-BA e Petrolina-PE visto a sua proximidade.

Palavras chaves: Rede Hospitalar, Integralidade, Modelo de gestão.

LIMA, Kátia Simoni Bezerra; VALGUEIRO, Patrício Tadeu Feitosa; NUNES, Vanicleide de Sá. **Petrolina's hospital network – challenges in the organization of an integral health care network.** 2008. Monografia (Curso de Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

Health care and guaranteed universal and comprehensive social protection for the population represent a challenge to public health systems all over the world. In Brazil, the establishment of the SUS (Unified Health Care System) has brought about important achievements for the population. However, a major management challenge to all three spheres of government is the organization of basic attention based on the strategy of family health care, as well as the substitution of the fragmentary medium and high complexity service by a care model organized in network, where the family health care units form points of distribution, and points of convergence that propitiate integrality. For medium and high complexity care, the public hospital network has some points of conflict and there is an attempt to overcome them with new management models. Considering this reality, the present paper's general purpose is to analyze the management model for the public hospital care in the municipality of Petrolina, Pernambuco state. This municipality is a regional reference and it is headquarters to regional health care. As a research strategy to approach the purpose of the present paper, a descriptive study was carried out, based on data and information gathered from documents, as well as the authors' personal observation. As a result of this analysis it was possible to establish that most of the hospitals are of small size and that there is a lack of hospital beds attending the municipality and the region. The organization of the network is not based on a reference of horizontal care lines that favor Basic Health Care. There are several essential services not offered in the municipality, as for instance neurology and high complexity orthopedics, as well as some cancer treatments. In spite of the change in the hospital management model that occurred with the creation of the State Foundation and the outsourcing of HDM, it has not been possible to evaluate any results due to the short period of operation. Finally, the paper considers the importance of continuity for the present study for the organization of an interstate network uniting the region of the two neighboring cities of Juazeiro, Bahia state, and Petrolina, Pernambuco state.

Key words: Hospital network, integrality, management model.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Clássica	13
Figura 02 – Mapa das Macrorregiões de Pernambuco	20
Quadro 01: População dos municípios que compõe a macrorregião Petrolina	20
Quadro 02: Parâmetro da Portaria/Gm N. 1101/02 para cálculo da necessidade de Leitos por Especialidade.....	36
Quadro 03 - Necessidade de Leitos por Especialidade para atender Municípios Pactuado.....	41
Quadro 04 - Serviços Especializados oferecidos pelos Hospitais.....	58
Quadro 05 - Serviços oferecidos a usuários SUS (Serviço Próprio).....	60
Quadro 06 - Internações por Capítulo do Cid -10 Jan a Ago 2008.....	61
Tabela 01 - Número de Leitos dos Hospitais da Rede Pública e Privada do Município de Petrolina.....	37
Tabela 02 - Classificação de Porte conforme Portaria-Gm N. 2224/02	38
Tabela 03 – Total de Leitos Públicos – SUS e Privados no Município de Petrolina ..	39
Tabela 04 - Necessidade de Leitos População Própria no Município de Petrolina	40
Tabela 05 - Necessidade de Leitos População Própria e Pactuada	42
Tabela 06 – Comparação dos Grupos de Causas por Residência e Ocorrência. Período de Janeiro a Agosto de 2008.....	44
Tabela 07: Quanto ao Nível de Atenção.....	46

LISTA DE SIGLAS

ANS –	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CACON-	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS-	Centro de Apoio Psico Social
CF-	Constituição Federal
CGRs-	Colegiados de Gestão Regional
CIB-	Comissão Intergestores Bipartite
CIC-	Clínica Imaculada Conceição
CID-	Código Internacional de Doenças
CLIMERP-	Clínica de Fraturas de Petrolina
CLSC-	Centres Locaux de Services Communautaires
CLT-	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES-	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS-	Conselho Nacional de Saúde
CONASS-	Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde
CpqAM-	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães
DATASUS-	Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DF-	Distrito Federal
FEMSAÚDE –	Fundação Estatal Municipal de Saúde
FGTS-	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ-	Fundação Oswaldo Cruz
GERES-	Gerência Regional de Saúde
GM-	Gabinete do Ministro
HDM-	Hospital Dom Malan
HGU-	Hospital Geral e Urgências
HMP-	Hospital Memorial de Petrolina
HUT-	Hospital de Urgência e Traumas

IGPM-	Índice Geral de Preços do Mercado
IMIP-	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
MS-	Ministério da Saúde
NEURO-	Neurocardio
NHS-	National Health Service
NOAS-	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OS-	Organização Social
OSCIP-	Organizações Sociedade Civil de Interesse Público
PAB-	Piso de Atenção Básica
PACS-	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAISC-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM-	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PDR-	Plano Diretor de Regionalização
PRONTOPEDE-	Pronto Socorro Pediátrico
PSF –	Programa de Saúde da Família
QUALISUS-	Qualificação de Atenção à Saúde
SES-	Secretaria Estadual de Saúde
SESP-	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH-	Sistema Internação Hospitalar
SIOPS-	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
SMS-	Secretaria Municipal de Saúde
SUS-	Sistema Único de Saúde
UTI-	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. SISTEMAS DE SAÚDE – ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS	13
2.1 Regionalização.....	17
2.2 Integralidade.....	21
2.3 Linha de Cuidado.....	24
2.4 Redes Assistenciais.....	25
3. O HOSPITAL E SUA INSERÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL.....	28
3.1 Modelos de Gestão Hospitalar.....	30
4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	34
5. REDE HOSPITALAR E ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE PETROLINA – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
5.1 Disponibilidades de leitos e caracterização da rede hospitalar.....	37
5.2 Necessidade de leitos.....	40
5.3 Especialidades oferecidas.....	43
5.4. Perfil das Internações.....	44
5.5. Modelo de gestão hospitalar adotada na rede pública do município.....	46
6. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES.....	57

1. INTRODUÇÃO

A assistência à saúde é um componente importante dentro de qualquer sistema de saúde, este por sua vez deve ser entendido como um sistema de proteção social para garantir o bem estar das populações. Após a segunda guerra mundial os sistemas de saúde se expandiram mediante políticas de extensão do acesso e de ampliação da cesta de serviços oferecidos à população principalmente nos países europeus e na maioria destes a o direito a saúde é visto como direito do cidadão. Assim os sistemas nacionais de saúde se configuram como uma estratégia de garantia de acesso gratuito e universal a saúde. (FLEURY e OUVENEY, 2008)

Segundo Braga Neto, Barbosa e Santos (2008) podemos definir Sistema de saúde como: “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade”. Os sistemas de saúde, como estão conhecidos hoje – estruturas orgânicas públicas e privadas de atenção à saúde são recentes na história e só se consolidaram como tal em meados do século XX.

No Brasil a criação do Sistema Único de Saúde - SUS pela constituição de 1988 impôs mudanças nas formas de organizar as ações e serviços de saúde instituindo-se como princípios e diretrizes: a universalidade da assistência; a integralidade da atenção à saúde; a participação da comunidade e a descentralização da gestão com autonomia em cada esfera de governo. A adequação da gestão dos serviços de saúde aos princípios constitucionais demandou a criação de novos espaços e de um repensar sobre o modo de fazer saúde. (Brasil, 1988)

A vinculação da qualidade de vida aos princípios e conceito de saúde e a responsabilidade do Estado pela sua garantia aos cidadãos, exigiram dos gestores a geração de novas formas de organização e de prestação da assistência à saúde. Neste novo cenário o Município surge como um ator importante na execução das ações e dos serviços de saúde. Novas responsabilidades são impostas ao mesmo, exigindo maior capacidade de gestão e conseqüentemente melhoria dos indicadores de saúde.

O Sistema Único de Saúde, depois de quase vinte anos de implantação, já contabilizou relevantes conquistas, dentre elas, a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde públicos, a redução da mortalidade infantil entre outros. Contudo ainda

persistem os altos índices de mortalidade materna e neonatal e de doenças infecciosas e transmissíveis, como a tuberculose e a hanseníase, bem como ainda não se obteve um adequado controle da Dengue. Para intervir na mitigação dessa realidade do setor está sendo articulado no país um pacto pela saúde que busca responsabilizar os três entes federados pelas ações de saúde. Nesta pactuação os Municípios têm assumido, a cada dia, maiores responsabilidades na execução das ações e dos serviços de saúde, embora estes coloquem que os recursos financeiros não são suficientes para atender a estas responsabilidades.

A Constituição Federal de 1988 determina em seu art. 198 “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventiva, sem prejuízo dos serviços assistenciais” a partir desta afirmação, passou-se a considerar a integralidade com um dos princípios basilares do SUS e tema freqüente nas discussões e investigações científicas passando a fazer parte do cotidiano dos gestores nas três esferas de governo como estratégia de mudança do modelo assistencial. A integralidade constitui-se o diferencial na organização de sistemas universais e na garantia de um atendimento baseado nas necessidades de saúde da população. (BRASIL, 1998).

O SUS faz parte de um Pacto Federativo e seus princípios e diretrizes são únicos nas três esferas de governo. No Estado de Pernambuco devido à má distribuição dos serviços de média complexidade e do atraso na implantação de serviços assistenciais de maior complexidade a integralidade não é a realidade dos municípios, os pontos da rede de atenção não foram estruturados de modo a combinar acesso universal e ações integrais o mais próximo da população. No atual momento de implementação do Pacto pela Saúde a solidariedade entre os três entes federados é imprescindível na organização do processo de regionalização. Os municípios sede de regiões assistenciais têm um papel fundamental na concentração de serviços de maior complexidade na área hospitalar e ambulatorial. Os serviços hospitalares nestes municípios devem associar critérios de economia de escala que permitam realizar mais, sem aumentar custos, e devem seguir o desenvolvimento científico e tecnológico para atender as especificidades regionais. (BRASIL, 2006)

Realizar estudos sobre a gestão da rede hospitalar é construir visões de futuro consistentes deixando de lado o imediatismo administrativo que condena ao sucateamento de boa parte da rede hospitalar pública do país. Para acompanhar a incorporação tecnológica que vem aumentando os custos do setor público e privado, é preciso buscar modelos de gestão alternativos que segundo NETO e MALIK (2007) têm como finalidade:

- Buscar novos modelos jurídicos,
- Usar de forma intensiva e racional a informação e a informatização,

- Cuidar do custo e da eficiência dentro da cadeia de valor,
- Buscar garantir o acesso universal a cuidados integrais de maneira eficiente, hierarquizada e regionalizada,
- Incorporar a prevenção primária no processo de atenção e
- Integrar os setores públicos e privados.

Segundo este autor a atenção hospitalar depende de uma rede com eficiência administrativa e que privilegie a atenção básica. Assim, a reorganização da rede hospitalar principalmente em um estado do Nordeste – Pernambuco – é de extrema importância para o processo de regionalização. Tendo o estado de Pernambuco, o município de Petrolina como sede de uma das três Regiões Assistenciais, este trabalho tem como objetivos:

GERAL: Analisar o modelo de gestão da rede de atenção hospitalar no município de Petrolina-PE.

ESPECÍFICOS:

- a) Identificar a disponibilidade de leitos do SUS no município;
- b) Caracterizar a rede de Atenção Hospitalar do município, quanto a:
 1. Porte dos hospitais;
 2. Especialidades oferecidas;
 3. Perfil dos internamentos.
- c) Calcular a necessidade de leitos para o município a partir dos parâmetros da Portaria GM nº. 1101/02,
- d) Relacionar as políticas que devem ser implantadas no município de acordo com a sua inserção no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado de Pernambuco;
- e) Identificar o modelo de gestão hospitalar do município;
- f) Identificar a capacidade instalada para implantação de uma rede de atenção hospitalar.

A análise descritiva da situação da rede de atenção hospitalar em um município de médio porte, como Petrolina, pela sua importância no desenho do PDR do Estado de Pernambuco, tem-se como finalidade identificar aspectos que venham a contribuir na modificação do cenário da atenção hospitalar. A caracterização da rede de serviços hospitalares, as especialidades oferecidas e a capacidade instalada desta rede para atender as necessidades da população, além da identificação de pontos de fragilidade do modelo de gestão permitiram um maior conhecimento da rede local.

2. SISTEMAS DE SAÚDE - ELEMENTOS TEÓRICOS E CONCEITUAIS

Ao longo das duas últimas décadas os Sistemas Nacionais de Saúde têm sido objeto de profunda e sucessivas transformações nas suas orientações políticas, nos padrões de financiamento e nos princípios e diretrizes relacionados a organização da rede de serviços e ao modelo de atenção à saúde até então adotado.

Nos sistemas fragmentados de saúde, vige uma visão de uma estrutura piramidal, onde os pontos de atenção à saúde são organizados por níveis hierárquicos de atenção a saúde, segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o nível primário, até um nível de maior complexidade, o nível quaternário. (MENDES, 2002)

Pode-se compreender o sistema de saúde a partir de distintas lógicas organizacionais. A engenharia organizacional do sistema mais difundida equivale à pirâmide clássica, em que o modelo de hierarquização e regionalização do SUS foi originalmente concebido conforme pirâmide a seguir (SOLLA e CHIORO,2008):

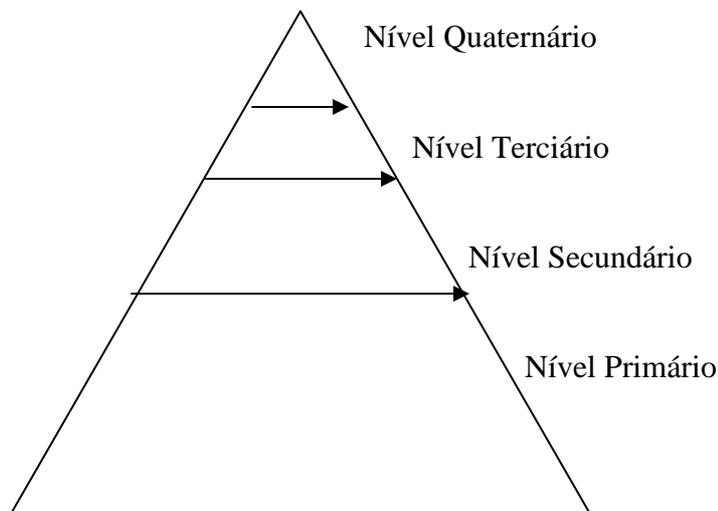


FIGURA 01 – PIRÂMIDE CLÁSSICA

O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, gineco-obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de

especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades). O nível quaternário refere-se à assistência de grande complexidade e se caracteriza pela assistência prestada em hospitais universitários. (JULIANE e CIAMPONE, 1999)

Esta concepção de sistema hierarquizado, organizados por níveis de atenção segundo uma complexidade crescente, tem sérios problemas. Ela fundamenta-se num conceito de complexidade equivocada, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa que a atenção nos níveis secundários, terciários e quaternários. Será mesmo que prestar serviços de qualidade na atenção primária à saúde, buscando promover a saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais o que envolve um amplo conjunto de conhecimentos interdisciplinares, além de atitudes e habilidades altamente especializadas, é menos complexo que realizar certos procedimentos de maior densidade tecnológica em hospitais quaternários? (SOLLA e CHIORO, 2008)

Esta forma de organização do sistema gerou a conformação de modelos de atenção baseados em uma atenção centrada na doença e no atendimento individual, com os modelos sanitaria e médico-hegemônico hospitalocêntrico, atuando de forma complementar ou contraditória, sendo o primeiro através da necessidade de saúde (campanhas e programas especiais de saúde pública) e o outro atendendo usuários do seguro previdenciário. Segundo Paim, modelos de atenção à saúde ou *modelos assistenciais* têm sido definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais de saúde. (PAIM, 2003)

Para reverter a lógica do modelo centrado na doença e no hospital separado da prevenção às doenças e das ações de promoção e prevenção à saúde, várias alternativas foram se conformando no Sistema de Saúde Brasileiro. Dentre estas, encontram-se formas de combinar tecnologias que alguns autores denominaram modelos assistenciais alternativos, sendo os mais difundidos: as ações programáticas, que utilizam como instrumento para redefinir o processo de trabalho a programação; a experiência de cidades saudáveis em alguns municípios brasileiros que incluem a promoção da cidadania na melhoria da qualidade de vida; a Vigilância à Saúde como modelo que agrega ações intersetoriais; o modelo em defesa da vida que agrega estratégias de trabalhar a subjetividade na execução das ações de saúde e atualmente o PSF que nas suas diretrizes inclui extrapolar os muros da unidade de saúde. (PAIM, S/D)

Todas essas alternativas tem sido de extrema importância para mudar as formas de prestação da assistência à população. Por ser um momento de mudanças de paradigmas convivemos com o conflito entre a organização fragmentada e a concepção de sistema

integrado nos discursos e documentos oficiais. Nesta nova lógica a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra de uma rede horizontal integrada. Aqui, não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção a saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles.

Estes modelos tecno-assistenciais em saúde permitem conceber uma rede horizontal interligada por pontos de atenção à saúde (Mendes, 2001); como um círculo, com múltiplas e qualificadas portas de entrada que possam privilegiar o acolhimento e a garantia de acesso de cada pessoa ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, como propõe Cecílio (1997); ou ainda como linhas de produção de cuidado, estruturadas a partir de projetos terapêuticos (Franco e Magalhães Junior, 2003).

O projeto terapêutico é elaborado a partir da discussão dos membros da equipe multidisciplinar, respeitando-se a opinião de todos, de modo a entender o sujeito doente e sua relação com doença, para definição da proposta de atuação. Opta-se pela utilização do nome de projeto terapêutico singular por esse buscar como elemento central de articulação a singularidade (a diferença), além de ser elaborado para grupos e famílias, e não só para o indivíduo. (CARVALHO E CUNHA, 2006)

Outras estratégias voltadas para o atendimento das necessidades dos usuários vêm sendo construídas, como o acolhimento que é uma proposta para mudar a relação usuário-serviço, de forma a oferecer uma assistência centrada no usuário, partindo segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), dos seguintes princípios:

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo o princípio da universalidade e a resolutividade dos problemas de saúde da população;
- Reorganizar o processo de trabalho, centrando-o na equipe multidisciplinar, comprometida com a resolução dos problemas de saúde da população;
- Qualificar a relação trabalhador-usuário, baseado nos princípios de humanidade, solidariedade e cidadania.

Diante das discussões anteriores as combinações tecnológicas mais adequadas estão na organização de uma rede integral, contudo utilizaremos a denominação de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar pelo seu uso no cotidiano das pactuações de políticas e não por concordarmos com a estrutura piramidal do sistema fragmentado.

Assim a organização do atual Sistema Brasileiro adota a Atenção Primária como sinônimo de Atenção Básica caracterizada por: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito

individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006)

A definição anterior além de priorizar a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Para resolver os principais problemas da população deve utilizar tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade (BRASIL, 2006).

Para reorganizar a Atenção Básica tem-se adotado a Estratégia de Saúde da Família como eixo de mudança no modelo assistencial, sendo esta propagada em documentos oficiais como prioritária no sistema de saúde brasileiro, contudo, os recursos não são priorizados. Segundo Gilson Carvalho (2008) se fosse corrigir o PAB pelo IGPM esta correção seria para R\$ 36,00 (trinta e seis reais), porém, na prática foi atualizado em setembro de 2008 de R\$ 15,00 (quinze reais) para R\$ 16,00 (dezesesseis reais). Sendo esta a grande reclamação dos municípios brasileira em relação ao financiamento.

Na assistência ambulatorial e hospitalar, incluem-se os procedimentos de média e alta complexidade, necessários a complementação da assistência na atenção básica. Sendo assim, a média complexidade, em relação ao seu papel e poder organizativo, tem sido historicamente definida por exclusão, representando as ações que transcendem àquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade. (SOLLA e CHIORO, 2008)

Para os autores citados a média complexidade ambulatorial é composta por um conjunto de ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujo nível de complexidade da prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico que implicam o uso mais intenso para alcançar algum grau de economia de escala, o que acarreta não serem realizados em todo o município do país, em grande parte muito pequenos. (SOLLA e CHIORO, 2008) e neste sentido é que o processo de regionalização torna-se fundamental para garantia da integralidade a população destes municípios.

Para o Ministério da Saúde a alta complexidade pode ser definida como um conjunto de procedimentos, que no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar acesso à população a serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e média complexidade). Na concepção atual de organização do sistema de saúde brasileiro alguns conceitos como integralidade, linhas de cuidado e redes assistenciais e o desenho da regionalização como forma de descentralização, precisam estar mais explícitos em um desenho de rede organizado em teia e que permita maior horizontalização organizativa para cumprir as diretrizes de construção do SUS.

2.1 Regionalização

O artigo 198 da Constituição Federal (CF) ao dispor que “as ações de serviço público de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único”, conforma uma rede interfederativa de serviços que exige interação, integração e articulação de todos os entes federados. (BRASIL, 1988)

Além do próprio texto constitucional apontar para a concertação interfederativa, vários dispositivos da Lei n. 8080/90 nos leva a conduzir que grande parte dessa decisão – excetuadas sempre questões de interesses nacional, uma vez que é da união a competência para dispor sobre normas gerais principiológicas, de diretrizes deve ser objeto de consenso entre todos os entes federativos. Há consenso significativo entre os gestores do SUS sobre a necessidade de novas estratégias que promovam a integralidade e a equidade no acesso à saúde a todos os usuários.(BRASIL, 1990)

Sendo o SUS uma rede interfederativa de serviços em decorrência da integralidade da assistência que o conforma em “redes”, somente decisões consensuais entre os entes federativos implicados nesses fazer estão legitimados para definir em detalhes as responsabilidades destes na saúde. (SANTOS e ANDRADE, 2007)

Na organização das redes de atenção no Brasil se configuram desenhos institucionais que combinam elementos de concentração e de dispersão a partir de um processo de regionalização estruturadas em cada Estado da Federação, sendo assim, a regionalização foi definida como eixo estruturante de uma das três dimensões do Pacto pela Saúde 2006 - o Pacto de Gestão do SUS - devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços devem ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos

de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR. (BRASIL, 2006)

Na proposta organizativa do Pacto pela Saúde (2006), a Atenção Básica se estrutura de forma dispersa através da Estratégia de Saúde da Família conformando uma rede de atenção básica em cada município. Estes pontos, ou sejam, as Unidades de Atenção Básica ou Unidades de Saúde da Família (USF) se interligam a serviços mais concentrados, especializados e hospitalares em locais estratégicos que associam porte populacional e nível de complexidade, denominados atualmente de média e alta complexidade.(BRASIL, 2006)

Na busca de garantia desta assistência, é publicada a NOAS 01/2001 que estabeleceu como competência das SES e do Distrito Federal (DF) a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano, em consonância com o Plano Estadual de Saúde deveria ser elaborado para garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários a resolução de problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

Em 2006, a partir de uma avaliação crítica entre os gestores sobre a organização burocrática e normativa da NOAS, estes conceitos foram reelaborados e os eixos pactuados foram explicitados no Pacto de Gestão como espaços regionalizados de negociação e garantia de acesso estruturado de forma descentralizada e hierarquizada como (BRASIL, 2006):

- Macroregiões são “constituída por conjunto de Regiões de saúde de qualquer modalidade com o objetivo que elas organizem entre si, ações e serviços de alta e média complexidade, complementando deste modo à atenção a saúde deste território”;(Pacto 2006)
- Regiões de saúde “são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuo. Identificá-los é responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infra-estrutura, transporte e saúde” (Pacto 2006).

As regiões de saúde podem assumir vários desenhos, desde que adequados as diversidades locais, como:

- Regiões de Saúde Intramunicipais: Organizam-se dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional. Todas devem ser consideradas no Plano Diretor de Regionalização - PDR, de seus respectivos estados.

- Regiões de Saúde Intraestaduais: São compostas, por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um mesmo estado, sendo a situação mais comum na organização das Regiões de Saúde.

- Regiões de Saúde Interestaduais: São compostas, por municípios territorialmente contíguos, mas pertencentes a estados diferentes (dois ou mais) – situação comum a áreas limítrofes entre territórios estaduais. Essas regiões devem constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos.

- Regiões de Saúde Fronteiriças: São compostas por municípios territorialmente contíguos e pertencentes a um ou mais estado e um ou mais país (es) vizinho(s). Deve estar contemplada no Plano Diretor de Regionalização (PDR) dos estados envolvidos.

Estas regiões buscam dar conta da diversidade brasileira propondo formas de integração assistencial para dar conta da atenção de média e alta complexidade para organizar serviços ambulatoriais e hospitalares especializados o mais próximo da população. Neste processo de organização dos Planos Diretores de Regionalização (PDR) em cada Estado, a estruturação da rede hospitalar constitui-se desafios constantes na busca da integralidade. Esta rede segundo diretrizes do Pacto tem no centro a atenção básica dispersa em todos os municípios embora ainda em fase de organização e a rede hospitalar especializada ainda não encontrou pontos de convergência na rede de cuidados que permita uma concentração de serviços de maior complexidade. (BRASIL, 2006) Observamos ainda, hospitais de pequeno porte sem número de leitos suficientes para permitir escala de sustentabilidade.

A organização de regiões assistenciais em cada Estado são os pontos de convergência, cabendo aos gestores: municipal e estadual a escolha destas regiões. O Estado de Pernambuco foi dividido em três Regiões Assistenciais de Saúde e onze microrregiões, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Embora o Pacto pela Saúde tenha previsto novas formas de pactuação deste desenho organizativo e a constituição de Colegiados de Gestão Regional, o PDR de Pernambuco ainda obedece a pactuação da NOAS e os colegiados de gestão estão em fase de constituição. O mapa a seguir demonstra as três regiões do estado e o quadro 01 os vinte e nove (29) municípios pactuados por GERES e a população correspondente a cada um deles.

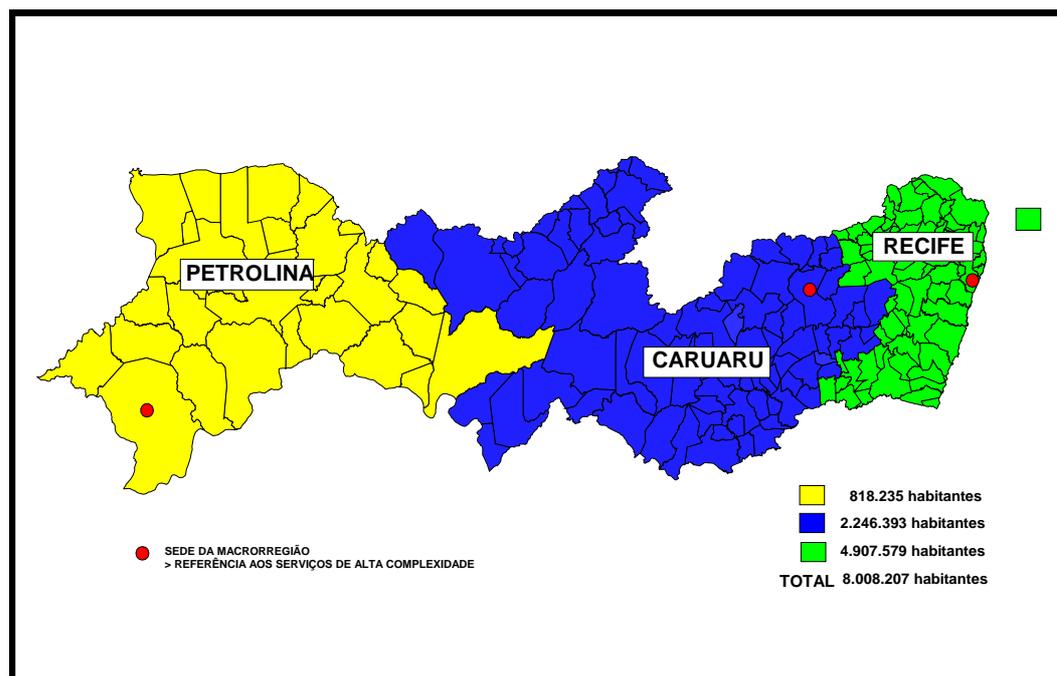


FIGURA 02 – MAPA DAS MACRORREGIÕES DE PERNAMBUCO

FONTE: PDR-PE – Mapa 1

QUADRO 01: POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE COMPÕE A MACRORREGIÃO PETROLINA

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	GERES	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO	GERES
CARNAUBEIRA DA PENHA	11.689	7	EXU	30.567	9
CEDRO	10.240	7	IPUBI	25.718	9
MIRANDIBA	13.304	7	MOREILANDIA	10.424	9
SALGUEIRO	53.167	7	OURICURI	63.042	9
SÃO JOSÉ DO BELMONTE	32.704	7	PARNAMIRIM	19.214	9
SERRITA	13.228	7	SANTA CRUZ	13.644	9
TERRA NOVA	9.057	7	SANTA FILOMENA	13.759	9
VERDEJANTE	9.567	7	TRINDADE	24.642	9
BELEM DO SÃO FRANCISCO	20.545	7	GRANITO	6.593	9
PETROLINA	268.339	8	BODOCO	33.381	9
AFRANIO	16.471	8	ARARIPINA	75.878	9
CABROBO	28.851	8			
DORMENTES	15.595	8			
LAGOA GRANDE	21.125	8			
SANTA MARIA	39.626	8			
OROCO	13.167	8			
SANTA MARIA	39.626	8			
TOTAL					933.163

FONTE: IBGE (2007) /PDR-PE

Este desenho ainda está sendo reorganizado inclusive já existem propostas de mudança com a criação da XI Gerência Regional de Saúde (GERES), com sede no município de Serra Talhada e componente da macrorregião de saúde de Caruaru, absorvendo os municípios de São José do Belmonte e Carnaubeira da Penha. Como o estado ainda não alterou o PDR estes municípios continuam pactuados com Petrolina. A organização das regiões assistenciais tem como objetivos a conformação da macrorregião de modo a interligar os pontos da rede para garantir a integralidade.

2.2 Integralidade

A integralidade é uma palavra que não pode ao menos ser chamada de conceito, a mesma está associada a um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode – se identificar a grosso modo um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, o discurso propagado por organismos internacionais, ligado às idéias de atenção primária e de promoção de saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim nas críticas e proposições sobre assistência a saúde de alguns autores acadêmicos. (CAMARGO 2001).

A garantia de acesso a serviços integrais de saúde surgiu no final da II Guerra Mundial no Reino Unido com a criação do *National Health Service* (NHS). A lei de criação do NHS em 1946 estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*) que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita a toda população. (VIANNA, 2005)

Na província de Quebec (Canadá) esse objetivo aparece de forma mais evidente a partir da década de sessenta. Um estudo canadense identificou na operacionalização desse princípio, cinco dimensões: a dimensão pessoal e familiar do cuidado, um caráter completo (gama de serviços), contínuo (seguimento no tempo, no domicílio e no sistema) e coordenado (relações entre os serviços). A atenção integral no Quebec provida pelos *Centres Locaux de Services Communautaires* (CLSC) revelou duas tendências nas práticas e que detém alguma semelhança com o contexto brasileiro. Uma, onde a integralidade significa “a incorporação de ações preventivas, sociais e comunitárias com a introdução de ações da esfera da saúde coletiva nos serviços tradicionalmente dominado pelo cuidado médico”, de um lado. Outra,

representada pela “*garantia de maior continuidade de uma atenção médica de primeira linha, agora (a partir da reforma) mais completa.*” (VIANNA, 2005)

No Brasil, o primeiro significado, vigente nos anos sessenta ou mesmo antes, era chamado de integração, os serviços de saúde pública eram reunidos (integrados) em um mesmo espaço físico e sob comando único, com as atividades hospitalares e ambulatoriais de média complexidade, configurando uma Unidade Integrada de Saúde. Esse modelo foi introduzido em Brasília, no final dos anos sessenta. Antes disso, porém, entre os anos 40 e 50, o modelo já tinha sido adotado pelo Serviço Especial de Saúde Pública - SESP do MS. Essa instituição, vinculada ao MS, atuava inicialmente em áreas produtoras de materiais estratégicos (borracha, minério) com a finalidade de apoiar a contribuição brasileira ao esforço de guerra dos países aliados na II Guerra Mundial (1939-1945). (VIANNA, 2005)

No início da década de oitenta, como aponta Conill (2004), antes, portanto de sua incorporação à construção do SUS, o conceito de integralidade - no sentido da atenção abrangente -, foi incorporado a concepção de programas destinados a grupos específicos (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança – PAISC). (VIANNA, 2005)

Como informam Pinheiro & Luz, a integralidade pode ser definida, do ponto de vista jurídico-institucional, “*como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema.*” A primeira vista o conceito parece suficiente. Mas a que ações e serviços se referem? São aqueles reconhecidos pela chamada medicina ortodoxa (flexneriana) ou incluem as práticas alternativas que operam com racionalidades diferentes da biomedicina? (VIANNA, 2005)

Nem mesmo um conceito genérico de integralidade foi absorvido pelo arcabouço jurídico do SUS ao contrário de outros como a descentralização e a participação comunitária, tratados nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90. Universalidade e integralidade, na verdade, não são expressões auto-aplicáveis só porque estão dicionarizadas. Afinal, o direito de acesso garantido pela universalidade é limitado ao cidadão brasileiro (nato ou naturalizado) ou alcança também o estrangeiro (residente ou não)? Ou, quem sabe, valeria somente para aqueles oriundos de países com os quais o Brasil mantém tratado de reciprocidade no campo da seguridade social como acontecia na previdência social antes do SUS? (VIANNA, 2005)

Essa questão surgiu na Inglaterra no começo da implantação do NHS, cuja generosidade inicial associada à proximidade geográfica com outros países atraiu pacientes do outro lado do canal com óbvias implicações no financiamento do serviço. Situação similar se

já não está ocorrendo em uma ou outra área do Brasil, pode ser uma questão de tempo, sobretudo no caso de tratamentos de alto custo/alta complexidade. Já aconteceu em Cuba, mas ali o pragmatismo socialista transformou a demanda externa em fonte de divisas. (VIANNA, 2005)

A despeito de sua ambigüidade é possível que o simples enunciado do princípio da integralidade na Constituição tenha ajudado a inibir tentativas de restringir a abrangência da atenção com a finalidade de reduzir gastos. Como é sabido já foi cogitada a adoção de um pacote básico universal de serviços deixando para a caridade e para o mercado a responsabilidade sobre o que estivesse fora do *menu*. Além disso, a alegada “desfocalização” da política social permitiu conclusões apressadas quanto a uma suposta iniquidade do SUS que privilegiaria os mais ricos. (VIANNA, 2005)

Em algumas experiências concretas, a introdução das atividades assistenciais simplesmente deslocou as ações pensadas desde a lógica voltada para a prevenção e para a saúde pública: sob a pressão da demanda por atendimentos médicos (quando não por pronto-atendimentos médicos), pareciam sucumbir os esforços de acompanhamento de gestantes, de crianças, de hipertensos e diabéticos etc. É claro que isso não correspondia ao ideal de integralidade. É interessante notar que, no debate instaurado com vistas a preservar um certo espaço para as ações de saúde pública, nem sempre o princípio da integralidade foi evocado como argumento principal. (MATTOS, S/D)

Um outro argumento teve grande importância: o princípio de que as ações e serviços de saúde deveriam produzir um impacto positivo sobre a saúde da população e o reconhecimento de que tal impacto não poderia ser alcançado exclusivamente no plano da assistência médica, por maiores apelos políticos que essa tivesse. Assim surgiram propostas de organizar o trabalho nos serviços de saúde a partir da epidemiologia, entendida como disciplina privilegiada para apreender quais seriam as reais necessidades de saúde da população. Ou seja, a necessidade de articulação entre uma demanda espontânea e uma demanda programada desde o serviço advinha de que tal articulação elevaria a efetividade do serviço em termos epidemiológicos, e não por ser um valor em si. (MATTOS, S/D)

No Brasil de forma a integrar os serviços para garantir a efetividade da assistência prestada aos usuários, ainda numa lógica fragmentada, surge o *sistema de referência e contra-referência* que se constitui na articulação entre as unidades nos seus diversos níveis de atenção (básico, secundário, terciário), sendo que por *referência* compreende-se o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Inversamente, a *contra-referência* compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade (JULIANI e MONTI, 1999).

Alguns estudos realizados a partir de meados da década de 80 referem problemas na organização do referido Sistema, como a falta de informação por parte da população, problemas organizacionais intrínsecos aos próprios serviços e ainda problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção. Juliani e Monti citam alguns autores que destacam aspectos positivos que decorrem da sua estruturação, como Alvarez que desenvolveu um estudo na Colômbia, no Valle Del Cauca, e observou que 88,6% dos pacientes eram encaminhados à instituição adequada; e Kisil que analisando a evolução preliminar de um sistema de referência adotado em Curitiba, estado do Paraná, observou a diminuição do volume da demanda nos níveis secundários e terciário e ainda redução da proporção de hospitalizações. (JULIANI e MINTI, 1999)

Embora a integralidade tenha no seu contexto um caráter político por se associar a garantia de um sistema universal e equitativo, o enfoque da integralidade tem sido discutido e implementado a partir da organização de linhas de cuidado que possam intervir na atenção à saúde da população.

2.3. Linha de cuidado

O conceito de linha de cuidado pode ser entendido como planejamento, organização e prestação de assistência à saúde a determinados indivíduos e/ou grupos populacionais de acordo com os riscos e/ou agravos a saúde enfrentados por estes, baseados na integralidade dos cuidados e envolvendo múltiplos saberes e disciplinas (MADEIRA e DUARTE, 2006). A produção de cuidado é vista de forma sistêmica e integrada aos demais níveis assistenciais. Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxo que são direcionados de forma singular e devem ser capazes de garantir acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência (FRANCO e MAGALHAES Jr, 2004).

A organização de uma linha de cuidado na rede de assistência integral deve priorizar a atenção básica. Para organização dessa rede deve existir coerência entre a situação epidemiológica e o modelo de atenção à saúde.

Nessa perspectiva a integralidade do cuidado que cada pessoa realmente necessita, freqüentemente perpassa todo o “sistema” de saúde. Não há integralidade radical sem esta possibilidade de transversalidade. A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível às necessidades de saúde trazida por cada um (CECILIO, 2001).

Entende-se sistema integrado de serviços de saúde como sendo uma rede integrada de pontos de atenção que permite prestar assistência contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e a qualidade certa e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

No entendimento organizacional de uma linha de cuidado em rede, o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde é o usuário, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo (MAGALHÃES Jr e FRANCO, 2004). Além da delimitação dos planos terapêuticos, deve-se atender aos anseios, necessidades psicossociais e terapêuticas dos usuários, utilizando todas as tecnologias disponíveis incluindo as relativas à micro política do trabalho em saúde. A relação entre profissionais e usuários deve possibilitar a criação de espaços para encontros, escutas e trocas, favorecendo a criação de vínculos.

Na organização atual do SUS vem se buscando organizar linhas de cuidados por áreas e grupos prioritários, como: saúde materna e infantil, atenção às doenças cardiovasculares, oncologia, entre outras, que por serem prioritárias pela sua importância epidemiológica nos indicadores de morbimortalidade, vem sendo organizados como redes que integram os serviços de média e alta complexidade na busca de escalas econômicas de produção de serviços, tais como: rede de oncologia, rede de neurocirurgia, rede cardiovascular e rede de ortopedia.

2.4 Redes assistenciais

O modelo de gestão estruturado a partir de linhas de produção de cuidado de forma mais integral deve permitir tomadas de decisão democráticas, descentralizadas e responsabilizadoras (MADEIRA e DUARTE, 2006). Esta nova proposta de gestão tem como principais desafios profissionais desejosos e preparados para intervir na organização das práticas dos serviços de saúde.

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso (Mendes, 2001 in CONASS,2006).

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. Portanto, a busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de saúde eficiente (CONASS,2006)

Essa busca de escala requer dos gestores de saúde maior capacidade de planejamento, regulação do sistema e a constituição de redes assistenciais (inclusive de serviços ambulatoriais especializados). Dos serviços de saúde, públicos ou privados, requer profissionalização da gestão, boa governança corporativa, aumento da transparência, desenvolvimento de métricas de eficiência e constituição de redes assistenciais, também rompendo com a lógica de serviços isolados.

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Esta relação estaria ligada a uma crença generalizada de que serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade; nessas condições, dentre outras razões, os profissionais de saúde estariam melhor capacitados a realizar os serviços de saúde. Por isso, os compradores públicos de saúde, devem analisar o tamanho dos serviços e o volume de suas operações como uma *proxy* de qualidade.(CONASS, 2006)

Na Holanda, a busca de escala e qualidade levou à regionalização e concentração de certos serviços de saúde; já no Reino Unido, bem como na maioria dos países ricos, há uma crescente concentração de hospitais, em busca de escala e qualidade. (CONASS,2006). No Brasil vem-se buscando essa escala através da implantação de políticas de saúde

relacionadas a assistência de alta complexidade, de forma regionalizada e seguindo o PDR de cada Estado.

3. O HOSPITAL E SUA INSERÇÃO NA REDE ASSISTENCIAL

Apesar das mudanças nos sistemas de saúde e os questionamentos daí advindos sobre o papel da assistência hospitalar na atenção a saúde, os hospitais seguem ocupando um papel chave na atenção à saúde: seja do ponto de vista técnico-assistencial, ao seguirem concentrando os saberes e as tecnologias mais especializadas; seja do ponto de vista financeiro, uma vez que os gastos hospitalares em média representam cerca da metade dos gastos nacionais em saúde; seja também do ponto de vista simbólico, já que a mídia e a população continua a enxergá-los de forma emblemática como locus privilegiado para exercício da medicina moderna e a verdadeira expressão de um sistema de saúde. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

No decorrer do século passado à assistência médico-hospitalar tornou-se mais complexa, especializando-se bastante e diversificando-se. De toda maneira, por mais diversificado que sejam esses estabelecimentos preservam uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas por dia. É justamente essa atividade peculiar – a hospitalização, que só pode ocorrer no interior desse ambiente organizacional, que confere a eles uma identidade própria. Ou seja, o que nos permite nomear uma organização como um hospital é a oferta, por parte dessa instituição, de serviço de assistência à saúde em regime de internação. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

O hospital é uma instituição bastante antiga na história da humanidade. Ao longo de sua secular trajetória, os estabelecimentos hospitalares passaram por enormes transformações associadas, de um lado, as mudanças política, econômicas, sociais e culturais que se sucederam; de outro, as grandes descobertas científicas e avanços tecnológicos ocorridos na área biomédica. Nesse sentido o conhecimento a cerca da evolução histórica da instituição hospitalar permite-nos entender o hospital hoje, com suas características singulares e perante os desafios de operar como unidade integrada a rede de serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de oferecer assistência de boa qualidade e modo eficiente. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostram evidências de economias de escala em hospitais. E revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 a 450 leitos e que as deseconomias de escala vão tornar-se importantes em hospitais de mais de 650 leitos (Aletras, Jones e Sheldon in CONASS, 2006).

Em geral os sistemas de classificação hospitalar fazem uso de um dos seguintes critérios classificatórios: (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

1. O porte dos estabelecimentos, resultando em: hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos; hospitais de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos; hospital de grande porte: capacidade de 150 a 500 leitos; hospital de capacidade extra: capacidade acima de 500 leitos.

2. O perfil assistencial dos estabelecimentos: por exemplo, hospital de clínica básica, hospital geral, hospital especializado, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3. O nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar: hospital de nível secundário, de nível terciário ou quaternário.

4. O papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde: hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Estas diferentes formas de categorizar o hospital não são excludentes, às vezes, há superposição. O Ministério da Saúde utiliza como parâmetro para classificar os hospitais em Porte I, II, III e IV o número de leitos e os serviços oferecidos por nível de complexidade. (BRASIL, 2002), juntando assim, vários critérios dos autores citados anteriormente.

A forma mais tradicional de se pensar o hospital no “sistema de saúde” é como referência em determinadas situações de maior complexidade ou gravidade. Por tal concepção, o hospital contribuiria para a integralidade do cuidado, fazendo uma adequada contra-referência após realizar o atendimento. Com certeza, seria já um grande ganho a implementação efetiva desses circuitos basetopo e topobase, que, na prática, sabemos bem, nem sempre são muito bem sucedidos (porém, entender melhor porque os sistemas de referência e contra-referência pouco funcionam com a racionalidade pretendida continua sendo um bom tema de investigação). Mesmo se funcionassem bem, novas possibilidades de se pensar a contribuição do hospital deveriam ser imaginadas. (CECILIO e MERHY, 2001)

Se pensarmos no hospital como uma estação pela qual circulam os mais variados tipos de pessoas, portadoras das mais diferentes necessidades, em diferentes momentos singulares de suas vidas, podemos imaginar ainda outras formas de trabalhar a integralidade. Numa rede de cuidados organizada de modo a atender as necessidades de saúde da população, as formas de se trabalhar a integralidade estão articuladas em pontos complementares a partir de linhas de cuidados democráticos entre profissionais e usuários.

A tendência da assistência hospitalar é criar escalas econômicas com mais equipamentos e com uma complexidade maior nos processos organizativos. A busca por mais resultados e por novas formas de financiamento está incorporadas nos discursos do setor

público e privado. Várias alternativas relacionadas à: avaliação externa, terceirização, relacionamento público-privado, desospitalização e financiamento são reflexos do momento atual de avaliação da rede hospitalar.

3.1 Modelos de Gestão Hospitalar

Os hospitais brasileiros estão submetidos a diferentes regimes administrativos e modelos de gestão. Quanto ao regime, entendido este como relacionado a prioridade do patrimônio e ainda as normas administrativas de seu funcionamento, podemos distinguir três grandes conjuntos. Um primeiro de caráter público e estatal, integrando a administração pública. Um segundo grupo, constituído no âmbito privado, mas compondo de forma diferenciada funções de interesse público. Esse grupo é definido como integrante do terceiro setor, operando para administração pública mediante condições legais específicas. E finalmente, o terceiro grupo também de propriedade privada tipicamente operando com base nas regras de mercado, podendo ou não, mediante contratos, prestar serviços ao sistema público. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

No caso brasileiro, é o seguimento hospitalar privado que concentra a maior parte dos hospitais onde ocorre a maior parcela de internações para o SUS. Dados de 2006 registram no setor privado lucrativo e não lucrativo 57% do total das internações do SUS. (SIH/SUS/MS). Com este aumento da responsabilidade do setor público e diante das críticas quanto à ineficiência de parte destes hospitais vem se discutindo modelos alternativos que reduzem os excessos da burocracia pública com base em leis ultrapassadas por não terem acompanhado as mudanças ocorridas no mundo do trabalho. Algumas iniciativas ainda tímidas tendo como modelo a lógica privada têm sido apresentadas como formas de resolver a situação. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Importante para o debate sobre os modelos de gestão hospitalar são os tipos jurídicos encontrados na administração pública e, ainda, naquelas privadas não lucrativas, instituídas e qualificadas como de interesse público. É reconhecido o quanto os modelos de administração direta, autárquica e mesmo de fundação pública restringem a autonomia aos dirigentes hospitalares nos mais diversos âmbitos administrativos. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Embora compondo a administração pública, os demais entes, como empresas e sociedades de economia mista, são regidos pelo direito administrativo privado, ainda que com algumas regras da administração pública. Assim, o regime de pessoal é o da

Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com a obrigatoriedade do concurso público, o regime de compras e contratos pode ser próprios, obedecidos determinados princípios, o orçamento também é próprio. É fato que, muito embora entreguem a administração pública esses entes possuem a autonomia administrativa muito próxima do setor privado. Para tais empresas, tal condição é imperiosa, pois atuam em áreas econômicas submetidas à concorrência nacional e/ou internacional, como objetivos claros de competitividade e retorno econômico, além de objetivos estratégicos e outros do interesse do Estado. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Após a Constituição de 1988 as limitações de autonomia para estes entes da administração direta, autárquica e fundacional aumentaram. A medida constitucional de maior impacto foi a eliminação da condição dada anteriormente para que as fundações públicas pudessem operar sob regime de direito privado. Na década de 1990 surgiram modelos alternativos de gestão hospitalar que garantiram maior autonomia e governabilidade internamente as organizações. Entre os modelos mais utilizados tem destaque a constituição de fundações de apoio. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Ainda nesta década, alternativas como – organização social (OS) e organizações sociedade civil de interesse público (OSCIP)- são regulamentadas, mas não se consolidaram na área hospitalar, salvo, casos específicos como as organizações sociais de saúde de São Paulo da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Mas, para além desses entes outras modalidades foram praticadas, sempre em direção à associações e ou contratações com organizações privadas. Entre esses, e com alvo no estrangulamento da gestão dos recursos humanos, muitos hospitais e mesmo secretarias operarão contratos com cooperativas para locação mais flexível de mão-de-obra. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008).

No começo dos anos 2000, diversos estudos, ao relatarem diferentes desempenhos entre os hospitais, registram o fato de que, nos hospitais com desempenhos superiores, quase sempre é identificada alguma característica que lhes permite alcance de mais autonomia, estando tal característica sempre associada a um dos diversos mecanismos citados anteriormente, sejam eles próprios ou somente associados à organização hospitalar analisada ou contratados dela. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

Debates recentes e que começaram a ganhar consistência ao final de 2005 indicam tendências quanto à formulação de novo modelo de gestão para os hospitais públicos. Dentre os elementos característicos e que se destacam como consenso entre os especialistas e formuladores, está a dimensão da autonomia de gestão, mantendo-se para o mesmo a sua

condição estatal e pública e para o setor filantrópico a contratualização. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

As atuais formulações governamentais para administração pública brasileira sugerem um novo ente estatal, com natureza pública e submetida ao regime de direito privado. Essa figura promoverá mudança radical na gestão dos serviços públicos, pelo fato de estar sendo dotada de personalidade jurídica de direito privado e por gozar de autonomia administrativa, gerencial, financeira e orçamentária. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008), denominadas de Fundação Estatal.

A estrutura da fundação estatal tem como proposta romper com o formato engessado da administração pública direta e autárquica, assumidamente inadequados para a prestação de serviços públicos sociais, em que os resultados positivos estão, na maioria das vezes, condicionados à flexibilidade e a agilidade da gestão. (SANTOS, S/D)

Esta fundação é equiparada ao formato das empresas estatais no tocante à flexibilidade de gestão. A profissionalização, competência e compromissos dos seus dirigentes são claras exigências, estando a manutenção de seus cargos condicionados ao cumprimento das metas acordadas nos respectivos contratos de gestão. Suas receitas deverão advir do contrato que firmar com o Poder Público. É imperioso, portanto, que a fundação estatal tenha planejamento, assim como o ente que a contrata defina, igualmente, quais são as necessidades de serviços, o volume e a qualidade pretendidos. (SANTOS, S/D)

Seus empregados serão públicos, mas contratados sob o regime da CLT, mediante concurso público. Por outro lado, por se pautar a fundação estatal por regras de direito privado e não mantendo dependência econômica, uma vez que sua relação é de prestação de serviços negociados previamente, não se sujeita aos limites de gasto com pessoal, impostos pela lei de responsabilidade fiscal, incompatível, na maioria das vezes, com entidades que prestam serviços sociais, as quais têm, em geral, até 70% de suas receitas, oneradas com a força de trabalho. (SANTOS, S/D)

Também elimina o problema do teto remuneratório - dor de cabeça de muitos municípios - principalmente os de difícil acesso, que nem sempre conseguem atrair profissionais especializados e competentes, como médicos, em razão dos salários dos prefeitos serem incompatíveis com os de mercado. (SANTOS, S/D)

O regime da CLT para os empregados da fundação é atrativo porque garante ao trabalhador, FGTS, dissídio coletivo anual, com reajustes negociados entre empregador e empregado, benefícios e plano de carreira e salários compatíveis com os do mercado, garantindo-se, ainda que de maneira simplificada, que a demissão seja motivada, uma vez que

no serviço público deve imperar a regra de que quem tem motivação para contratar deve ter para demitir. (SANTOS, S/D)

A prática aprimorada com base no contrato de gestão entre gestores e dirigentes de serviços, no caso dos hospitais, constituem-se elemento essencial para composição de qualquer novo modelo. Especialmente no âmbito federal, envolvendo, sobre tudo, hospitais de ensino, mas já se estendendo para hospitais filantrópicos entre outros, há normas elaboradas para a prática da contratualização em hospitais.

O contrato de gestão implica a explicitação de compromissos e metas almejadas, favorecendo a instauração de uma “cultura de resultados” na organização. O objeto do contrato deve ser especificado de acordo com dimensões e eixos norteadores da ação institucional, que compreendem o conjunto das atividades realizadas pelo hospital, a partir de suas possibilidades, tecnologias, cultura, mas no interesse maior do sistema de atenção e que naturalmente requerem financiamento correspondente. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

O contrato finalmente viabiliza uma nova modalidade de pagamento ao hospital por orçamento global, com base em custos parametrizados e em função dos serviços efetivamente pactuados. Em suma, há tendência de frutos de acúmulos alcançados, para novas alternativas organizacionais aplicáveis a hospitais públicos e que considerem autonomia dentro da própria administração pública. (BRAGA NETO, BARBOSA e SANTOS, 2008)

4- ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Discutir metodologia é entrar em um forte debate de idéias, de opções e de práticas. (MINAYO, 2003). Para esta autora não devemos tratar questões epistemológicas e instrumentos operacionais separadamente e considera o conceito de metodologia de forma abrangente e concomitante.

Como discussão epistemológica sobre o “caminho do pensamento” que o tema requer - a rede hospitalar do município de Petrolina - inserida no PDR como alternativa a construção de uma rede regionalizada e hierarquizada para construir uma linha de cuidado que garanta o atendimento integral à saúde da população.

O tipo de estudo escolhido foi o quanti-qualitativo e para apresentar adequadamente o objeto estudado, foi realizada uma pesquisa documental para articular aspectos teóricos com o da prática do serviço, tendo como referência os princípios éticos estabelecidos do CNS 196/06 e apresentado como um projeto pré-aprovado pelo comitê de ética do CpqAM-FIOCRUZ.

Nessa pesquisa da rede hospitalar foram utilizados métodos e técnicas para conhecer a rede hospitalar pública e privada, onde os aspectos relacionados ao tamanho, perfil assistencial e inserção no PDR do estado de Pernambuco foram analisados a partir de parâmetros nacionais estabelecidos em documentos oficiais do MS.

A inserção dos autores nessa rede hospitalar pública permitiu o que Minayo chama de “criatividade do pesquisador”, ou seja, a partir do seu trabalho articular teoria, métodos e achados para propor alterações na realidade. Assim, por se tratar de um estudo de profissionais inseridos no cotidiano dos serviços e do mesmo ser fruto de um curso de especialização para qualificar gestores do SUS seu caráter descritivo engloba nas conclusões proposições de intervenção na prática dos autores.

Procedimentos de coleta de dados

Foram coletados dados sobre a rede hospitalar do município de Petrolina nos diversos sistemas de informações disponíveis no DATASUS. No CNES buscamos dados sobre o cadastro de todos os estabelecimentos hospitalares públicos e privados, visto que este cadastro é obrigatório para estes hospitais. Como os autores deste trabalho fazem parte da rede, e identificamos que os dados do hospital de urgência e traumas inaugurado em setembro disponibilizado na base de dados públicos do CNES apenas na segunda quinzena de

novembro de 2008 estava incompleto, acrescentamos com dados disponíveis no setor de regulação da Secretaria de Saúde do Município - SMS. Os dados sobre internamentos da rede SUS, do período de janeiro a agosto de 2008, foram coletados no SIH/SUS de acordo com o CID 10, capítulo e lista de morbidade, por local de residência e de ocorrência o município é referência para a macro-região. Para conhecer os serviços especializados desenvolvidos na rede SUS foram coletados os dados ambulatoriais. Por grupo de procedimentos. Os dados financeiros foram retirados do banco de dados de informações financeiras transferências aos municípios e do SIOPS. Como fontes complementares utilizaram os seguintes documentos disponíveis na SMS: lei n. 2038 de 18/12/07 que criou a Fundação Estatal Municipal de Saúde – FEMSAÚDE (PETROLINA, 2007b) e do contrato de gestão da SMS do HDM com o IMIP (PETROLINA, 2008b), Plano Municipal de Saúde (PETROLINA, 2006) e Relatório de Gestão 2006 (PETROLINA, 2007a). Destes retiramos informações que ajudaram a explicar a realidade local e identificar pontos frágeis de organização da rede e da atenção hospitalar. Utilizamos ainda os documentos do pacto de gestão e de organização de redes assistenciais para serviços de alta complexidade como referência para análise comparativa dos dados.

Procedimentos de análise

Na primeira fase da análise os dados coletados foram apresentados fatos da realidade e retratados e transformados em informações através de tabelas e gráficos de modo a facilitar a compreensão. No segundo momento analisamos o perfil da rede tendo como referência o disposto no Capítulo III, artigo 26 da Lei n.8.080/90 que estabelece, entre outros, que os parâmetros de cobertura assistencial sejam estabelecidos pela Direção Nacional do Sistema Único de Saúde – SUS , aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, a Portaria n. 1101/GM de 12/06/2002 estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS, que vão da rede ambulatorial a hospitalar.

Nesta portaria a necessidade de leitos para a população está entre 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes; neste estudo foi utilizado o parâmetro de 2,5 leitos, visto que, atualmente, trabalha-se com o índice de 7% para o cálculo da cobertura de internação hospitalar. A distribuição de leitos por especialidades segue os parâmetros previstos na portaria n. 1101/02, conforme quadro abaixo, sendo que, para UTI trabalhou-se com o critério de 7% internamentos para cálculo dos leitos necessários.

QUADRO 02: PARÂMETRO DA PORTARIA/GM N. 1101/02 PARA CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS POR ESPECIALIDADE.

ESPECIALIDADE	PARÂMETRO
Clinica Medica	26,82%
Clinica Cirúrgica	14,99%
Clinica Ginecológica e Obstétrica	9,49%
Clinica Pediátrica	14,06%
Cuidados prolongados e Alta Complexidade	5,62%
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	7%

FONTE: Portaria/GM n.1101/02

5 - REDE HOSPITALAR E ESPECIALIZADA DO MUNICÍPIO DE PETROLINA – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 - Disponibilidades de leitos e caracterização da rede hospitalar

Na tabela 01 apresentamos os leitos que estão cadastrados no CNES para analisar a disponibilidade de leitos no município.

TABELA 01 - NÚMERO DE LEITOS DOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA E PRIVADA DO MUNICÍPIO DE PETROLINA

HOSPITAIS/ LEITOS	C.M.	C.C.	C.O.	C.P.	UTI	OUTROS	TOTAL
HDM	42	36	46	41	18	06	189
HUT	38	75	0	0	30	01	144
NEURO	17	14	15	02	13	0	61
HMP	13	19	03	03	07	0	45
HGU	15	08	06	09	11	01	50
SÓ-BABY				40			40
CLIMERPE		06					06
CIC		05	10		01		16
PRONTOPED	05			10			15
TOTAL	130	163	80	105	80	08	566

FONTE: CNES / SMS DE PETROLINA

Nos leitos considerados como outros estão cadastrados no HUT um (1) leito de isolamento, no HDM três (3) de pacientes crônicos, dois (2) de Tisiologia e um (1) de psiquiatria, sendo que desta última especialidade, apenas o HGU tem mais um (1) leito. Conforme dados da Tabela 01 e segundo a Classificação de Braga Neto, Barbosa e Santos, 2008, os nove (9) hospitais de Petrolina são seis (6) de pequeno, dois (2) de médio e um (1) de grande porte, sendo que o de único de grande e um dos dois de médio porte é da rede pública.

Segundo Aletras, Jonas e Sheldon in CONASS (2006), a economia de escala só pode ser trabalhada em hospitais com mais de cem (100) leitos. Assim a rede privada de Petrolina precisa pensar formas organizativas de sustentabilidade, considerando que estes hospitais em sua maioria não atende a rede SUS. É preciso se estudar qual a situação financeira dos

mesmos e analisar se a existência de serviços de maior complexidade, mesmo em hospitais de pequeno porte, favorece algum tipo de economia de escala. A tabela 02 faz uma classificação de porte que foi calculada a partir de parâmetros da portaria 2.224/2002 do Ministério da Saúde.

TABELA 02 - CLASSIFICAÇÃO DE PORTE CONFORME PORTARIA-GM N. 2224/02

HOSPITAL	PORTE			
	I	II	III	IV
HDM			X	
HUT		X		
HMP		X		
NEURO		X		
PRONTOPED	X			
HGU		X		
SO BABY	X			
CIC	X			
CLIMERPE	X			
TOTAL	04	04	01	00

FONTE: ELABORAÇÃO PRÓPRIA A PARTIR DO CNES/PORTARIA GM 2.224/02

Os dados da Tabela 02 classificam os hospitais conforme número de leitos e nível de complexidade, onde quatro (4) hospitais são de Porte I, quatro (4) de porte II e um (1) de porte III. Comparando com a classificação anterior de porte, apenas por número de leitos, esta realidade se modifica, pois dois (2) hospitais vão do porte I para o porte II, sendo equiparado como de média complexidade.

Como os autores desta monografia fazem parte da rede e trabalham ou trabalharam no setor de gestão da rede de assistência e de regulação da SMS do município, pode se observar que os dados disponíveis no CNES não condizem com a realidade da rede. Os dados do Hospital de Traumas só foram disponibilizados no CNES a partir da segunda quinzena de novembro de 2008. Sendo a Secretaria Municipal de Saúde responsável pela gestão do SUS os dados de cadastro dos estabelecimentos de saúde devem ser atualizados periodicamente, sejam da rede pública ou privada.

Esta falta de atualização dos dados impediu uma análise mais detalhada da situação atual. Em relação ao HDM observamos que a partir do Contrato de Gestão com o IMIP e abertura do HUT os leitos de UTI vão ser reorganizados, pois o Hospital vai se transformar em materno-infantil. Com a mudança do perfil, a partir da inauguração do Hospital de

Urgência e Trauma, os leitos serão organizados da seguinte forma: HUT, 114 leitos: 76 em Cirurgia e 38 em Clínica Médica; HDM/IMIP, 194 leitos: 110 em Pediatria, 69 em Gineco-Obstetrícia e 15 em Cirurgia, 20 leitos de UTI: 10 UTI Adulto e 10 UTI Neonatal/Pediatria.

Em relação ao Hospital de Traumas, alguns aspectos precisam ser pactuados e organizados para atender as exigências do SUS. Os leitos de UTI, embora estejam cadastrados trinta (30) leitos, apenas dezoito (18) estão em funcionamento, pois do total de cadastrados doze (12) tem problemas de classificação, uma vez que seis (6) são da sala de recuperação pós-anestésica e seis (6) são da área amarela. Estes leitos, segundo a portaria 3234/98 (MS) não podem ser caracterizados como leitos de UTI, apesar de disporem de equipamentos para esta função, a lógica organizativa da urgência proposta a partir do QUALISUS ainda não faz parte da legislação; e, as salas de recuperação pós-anestésica, existentes na maioria dos hospitais, não atende as exigências para serem assim classificadas.

Os dados analisados nas tabelas 01 e 02 retratam a situação de cada hospital de forma individualizada, na tabela 03 apresentamos a análise leitos SUS e não SUS, ou seja, não conveniados e de hospitais privados.

TABELA 03 – TOTAL DE LEITOS PÚBLICOS – SUS E PRIVADOS NO MUNICÍPIO DE PETROLINA.

ESPECIALIDADE	LEITOS SUS	LEITOS NÃO SUS	TOTAL
Clinica Medica	84	46	130
Clinica Cirúrgica	117	46	163
Clinica Ginecológica e Obstétrica	46	34	80
Clinica Pediátrica	71	34	105
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	48	32	80
Outros	07	01	08
TOTAL	373	193	566

FONTE: CNES

Os dados acima revelam que 66% dos leitos do município são do SUS e os demais são privados para atender a referência municipal e regional dos usuários de planos de saúde. Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS quase 30% da população do município tem cobertura de planos de saúde, dentro do estado de Pernambuco Petrolina ocupa o segundo lugar em número de segurados. (ANS/2007). Contudo analisando os dados de parto e comparando com o número de nascimentos na rede pública podemos supor que a maior parte destes planos é de cobertura apenas ambulatorial.

5.2. Necessidade de Leitos

A necessidade de leitos foi calculada na tabela 04 e 05 considerando a população própria e referenciada dos municípios pactuados com Petrolina.

TABELA 04 - NECESSIDADE DE LEITOS POPULAÇÃO PRÓPRIA NO MUNICÍPIO DE PETROLINA

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE LEITOS EXISTENTE (SUS)	TOTAL DE LEITOS NECESSÁRIOS (POPULAÇÃO PRÓPRIA)	DÉFICIT DE LEITOS
Clinica Medica	84	180	-96
Clinica Cirúrgica	118	101	+17
Clinica Ginecológica e Obstétrica	46	64	-18
Clinica Pediátrica	71	94	-17
Cuidados prolongados e Alta Complexidade	03	38	-35
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	48	47	1
TOTAL	370	524	-148

FONTE: CNES

Os dados acima demonstram um déficit de 148 leitos; excluindo os leitos para psiquiatria, que pelos parâmetros da portaria n. 1101/02 seriam necessários só para esta especialidade mais 102, como em virtude da reforma psiquiátrica deve se buscar fechar leitos e não implantar novos, estes não foram considerados, por outro lado o município de Petrolina está em processo de articulação com o município de Juazeiro, a 2 km, para implantação de uma região interestadual e nesse município tem um hospital psiquiátrico. Este é um ponto

crítico que precisa ser negociado, principalmente por existir leitos disponíveis no município de Serra Talhada, a 350 km, que foi pactuado na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de 2005, para os pacientes de Petrolina serem atendidos nesta cidade, vale salientar, que o Estado de Pernambuco tem leitos de psiquiatria a mais que o necessário para o Estado. Petrolina já tem uma rede substitutiva de CAPS que apesar de insuficiente segue a proposta de desospitalização embora os leitos em hospital geral inexistam por falta de clareza dos profissionais sobre sua necessidade e importância.

Nesta mesma PPI, foi estabelecido pelos municípios o quantitativo de internações encaminhadas a Petrolina por eles nas diversas especialidades. Calculando o número de leitos necessários para realizar os internamentos destes municípios, há uma necessidade de setenta e cinco leitos para atender esta população, distribuída nas especialidades conforme tabela abaixo:

QUADRO 03 - NECESSIDADE DE LEITOS POR ESPECIALIDADE PARA ATENDER MUNICÍPIOS PACTUADOS.

Leitos por Especialidades	Quantidade
Cirurgia	22
Clínica Médica	11
Pediatria	08
Obstetrícia	06
Alta Complexidade	28
TOTAL	75

FONTE: PPI/2005

Para quantificar os leitos necessários para atender a população de referência contabilizamos as Autorizações de Internação Hospitalar - AIH que foram pactuados pelos municípios na PPI, a população existente e os leitos localizados nos municípios pactuados. O resultado deste cálculo está demonstrado na tabela 05 a seguir onde existe um déficit ainda maior do número de leitos no município de Petrolina. Assim, a quantidade existente, já não atendia a necessidade da população própria e com estes dados o déficit de leitos passa de 148 para 257. Chama a atenção que na pactuação entre os municípios existem 28 leitos ditos como de alta complexidade, com não é destinado um quantitativo de leitos para UTI, consideramos estes para compor a base de cálculo como leitos de UTI.

TABELA 05 - NECESSIDADE DE LEITOS POPULAÇÃO PRÓPRIA E PACTUADA

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE LEITOS	TOTAL DE LEITOS NECESSÁRIOS	DÉFICIT DE LEITOS
	EXISTENTE (SUS)	(INCLUI PRÓPRIA E PACTUADA)	
Clinica Medica	84	191	-107
Clinica Cirúrgica	118	123	-5
Clinica Ginecológica e Obstétrica	46	70	-24
Clinica Pediátrica	71	102	-31
Cuidados prolongados e Alta Complexidade	3	66	-63
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	48	75	- 27
TOTAL	370	627	- 257

FONTE: CNES/PPI-2005

Segundo os dados disponíveis no CNES, os municípios que compõe a macrorregião de Petrolina possuem leitos apenas para a média complexidade hospitalar que não exige apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade. Como Petrolina, é sede de macrorregião, fica sob sua responsabilidade ofertar serviço de alta complexidade como no caso dos exames especializados e de terapia intensiva. Segundo a portaria 1101/02 o número de leitos de UTI é calculado com o percentual de 4% a 10% do total de leitos o que dá uma média de 7%. Considerando que os municípios da região não têm alta complexidade o número de leitos de UTI a partir deste cálculo não deveriam ser apenas 75 e sim 156 que neste caso dá um déficit de 108. Neste caso a PPI do estado deve ampliar a pactuação regional ou no PDR do estado deve ser previsto a implantação de leitos em outra micro região que faz parte da Macro Petrolina.

Embora no CNES constem 48 leitos públicos de UTI existem em funcionamento vinte e um (21) leitos, sendo nove (9) no hospital de trauma e doze (12) de pediatria e neonatologia no HDM. Sendo Petrolina a referência regional, muitos encaminhamentos dos municípios pactuados terminam sendo transferidos para a capital do estado Recife sobrecarregando os hospitais desta cidade. De acordo com as informações da SMS de Petrolina a falta de

especialistas em terapia intensiva constitui um dos entraves para ampliar o número de leitos de UTI.

Analisando os leitos do setor privado com o público um total de quinhentos e sessenta e seis (566) podemos observar que o déficit ainda continua, mesmo se o município fosse contratar estes leitos não seria possível pelo compromisso destes com os convênios e planos próprios. Por outro lado, a lógica da saúde suplementar no Brasil está centrada no modelo médico hospitalocêntrico tendo no hospital local privilegiado de atenção, com este modelo o número de leitos tende a ser maior para atender as necessidades dos segurados.

Na organização do SUS, várias alternativas estão sendo propostas para reduzir o número de internamentos principalmente à reorganização da Atenção Básica como política prioritária na reorganização do Sistema e a organização de uma rede por linhas de cuidados que privilegie novas formas de produzir saúde o que reduziria significativamente o número de leitos.

Analisando os dados dos internamentos chama a atenção a quantidade destes relacionados às internações sensíveis a atenção básica e como já citamos a cobertura de PSF é inferior a 50%. Assim, a ampliação do PSF e a organização de linhas de cuidado são imprescindíveis para organizar a atenção hospitalar.

5.3. – Especialidades Oferecidas

Apresentamos o detalhamento dos serviços especializados oferecidos nos quadros 04 e 05 do anexo, o que demonstra que no município os serviços disponíveis na rede pública e com possibilidade de contratação no setor privado, atendem em grande parte as necessidades de alta complexidade. Apesar do déficit de leitos já discutidos anteriormente, no CNES estão disponíveis vários serviços no município e cadastrados diversos profissionais para atuar nas especialidades de alta complexidade com exceção de serviços de radioterapia e cintilografia.

Na área de radiologia existem cadastrados serviços de média complexidade e alta complexidade, como, tomografia e ressonância magnética, contudo, apesar de existir no município serviço de angiografia, o mesmo não é disponível para o SUS.

Na área cirúrgica são oferecidos diversos serviços, contudo observamos que não existem credenciados cirurgias neurológicas e ortopédicas de alta complexidade, o que está previsto para ser realizado no Hospital de Urgência e Trauma; nem as cirurgias oncológicas que devem ser oferecidas por unidade especializada que realizem conjuntamente cirurgia,

radioterapia e quimioterapia. Vale salientar que existe no município um serviço de quimioterapia isolado que não atende as exigências da política nacional de oncologia.

A articulação das secretarias de Estado de Bahia e Pernambuco mediadas pelo MS para integrar as regiões assistenciais de Juazeiro e Petrolina e transforma - lá segundo o Pacto pela Saúde em uma Região Interestadual constitui-se uma iniciativa de economia de escala que se discutida na lógica de necessidade de saúde da população poderá de fato garantir a integralidade da atenção.

5.4. Perfil das Internações

Para traçar o perfil das internações, os grupos de causas principais foram agrupados de acordo com a frequência em que apareceram a partir de dados do quadro 03, em anexo. Para explicar este perfil separamos dos internamentos dos residentes de Petrolina aqueles que de fato foram realizados no próprio município e qual o seu percentual em relação ao total geral de internamentos realizados por estes municípios nos primeiros oito meses do ano de 2008. A Tabela 06 analisa os dez agravos de maior frequência e o local de realização destes procedimentos, no quadro 03 em anexo, apresentamos este detalhamento, onde os internamentos do capítulo XIII do CID-10, Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo e o capítulo V Transtornos Mentais e Comportamentais foram realizados em sua maioria fora do município, correspondendo a 77% e 99% respectivamente, dos casos de internamentos por este grupo de causas.

TABELA 06 – COMPARAÇÃO DOS GRUPOS DE CAUSAS POR RESIDÊNCIA E OCORRÊNCIA. PERÍODO DE JANEIRO A AGOSTO DE 2008

CAPÍTULO CID	INTERNAMENTOS DOS PACIENTES RESIDENTES EM PETROLINA EM LEITOS DE PETROLINA		TOTAL DE INTERNAMENTOS DE PACIENTES RESIDENTES EM PETROLINA
	N	%	N
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	557	86%	649
II. Neoplasias (tumores)	70	28%	253

IX. Doenças do aparelho circulatório	305	75%	408
X. Doenças do aparelho respiratório	698	91%	764
XI. Doenças do aparelho digestivo	277	78%	353
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	244	67%	365
XV. Gravidez parto e puerpério	1.471	55%	2.684
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	101	65%	155
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	143	28%	515
XXI. Contatos com serviços de saúde	163	91%	179

FONTE: M.S-SIH/SUS

Analisando os dados da tabela acima, observa-se que em alguns capítulos a grande maioria dos internamentos ocorreu fora do município de residência. Os internamentos por neoplasias, gravidez, parto e puerpério, as lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas em sua maioria ocorreram fora do município. Estas causas estão associadas à deficiência da rede pelo déficit de leitos e serviços especializados ainda não oferecidos como: cirurgia neurológica, tratamento ortopédico, oncologia e leitos de UTI. A falta de organização de uma rede assistencial por linha de cuidado e a ausência da rede de alta complexidade estabelecida e pactuada entre as três esferas de governo para organizar a referência regional fazem parte dos motivos destes encaminhamentos.

A partir de setembro/08 com a inauguração do HUT essa realidade começa a mudar. Em novembro inicia-se efetivamente o serviço de ortopedia de média complexidade e aos poucos começam a serem realizadas as cirurgias eletivas neurológicas de média complexidade, o que pode ser ampliado com o cumprimento das exigências das Políticas

Nacionais nestas áreas e habilitação do hospital como referência para região na rede de ortopedia e neurocirurgia de alta complexidade do Estado.

Embora cinco (5) dos hospitais do município estejam classificados como hospital geral e quatro (4) como especializado, observamos que as urgências na sua maioria são realizadas pelo setor público. Analisando a rede observamos ainda, que quatro hospitais assumem o papel de estabelecimento de característica regional e três como de características local.

TABELA 07: QUANTO AO NÍVEL DE ATENÇÃO:

NÍVEL DE COMPLEXIDADE	AMBULATORIAL		HOSPITALAR	
	MÉDIA	ALTA	MÉDIA	ALTA
HOSPITAL				
HDM	X	X	X	X
HUT				
HMP	X	X	X	X
NEURO	X		X	
PRONTOPED	X		X	
HGU	X		X	
SO BABY	X		X	
CIC	X		X	
CLIMERPE	X		X	

FONTE: CNES

A tabela acima apresenta ainda a classificação dos hospitais do município quanto ao nível de atenção estabelecido no CNES, onde um hospital público e um privado estão cadastrados como de alta complexidade. No caso do hospital privado o mesmo foi credenciado para desenvolver as ações da rede cardiovascular em consonância com a política nacional de alta complexidade.

5.5. Modelo de gestão hospitalar adotada na rede pública do município

O Município de Petrolina está habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde desde 2001, e é o único município do Estado de Pernambuco que assumiu a administração de um hospital regional - Hospital Dom Malan em 1993, passando assim a ter o comando único na rede hospitalar, os problemas gerados por este fato em relação ao gerenciamento levou a instituir uma Fundação Estatal Municipal de Saúde – FEMSAÚDE em 18 de dezembro de 2007, através da Lei Municipal 2038/07, vinculada institucionalmente à Secretaria Municipal de Saúde. Dentre suas ações, a FEMSAÚDE executa ações de assistência a saúde da população na atenção individual e de saúde coletiva, tanto ambulatorial

como hospitalar e domiciliar que lhe forem delegadas pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo ainda assumir serviços públicos municipais de forma gradativa e na medida de suas possibilidades, mediante aprovação destas atribuições pelo Conselho Municipal de Saúde; executa as atividades previstas nos contratos de gestão, incluindo os de pessoal, de compras, de orçamento, de serviços gerais, dentre outros, observados os princípios constitucionais da administração pública a observância de regras de licitação.

A gestão do HUT do município de Petrolina está sendo executada por esta fundação como um modelo de gestão alternativa na área pública hospitalar. Este hospital está estruturado para atender as emergências de maior complexidade da região e foi construído de acordo com as normas do Qualisus com áreas definidas de acolhimento e classificação de risco. Na atualidade, o mesmo está funcionando de forma reduzida, com apenas 132 leitos, e ainda faltam alguns equipamentos e materiais para seu pleno funcionamento.

6 - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão pública ainda desconhece as boas práticas de gerenciamento o imprevisto e a falta de explicitação das políticas locais impede maior participação dos atores que produzem saúde. A falta de dados, a diversidade de informações contraditórias e a inexistência de documentos sobre a gestão da rede demonstraram a falta de planejamento e de co gestão coletiva do processo de trabalho dentro da SMS de Petrolina. Apesar da dificuldade de obtenção e do desencontro dos dados do CNES com a realidade, a análise da rede hospitalar de Petrolina permitiu algumas conclusões e indicativos de maiores investigações sobre a organização e reestruturação desta rede. .

Considerando os critérios de classificação hospitalar a rede hospitalar privada é composta de hospitais de pequeno e médio porte ou conforme parâmetros da portaria 2024/2002 como porte I e II e a rede pública de hospitais de grande porte. Contudo estas informações podem ser alteradas, pois os dados sobre os hospitais disponíveis no CNES não são condizentes com a realidade, necessitando de um recadastramento da rede pública e privada para sua atualização. Este fato impediu um estudo mais detalhado da situação do município.

O quantitativo de leitos SUS é insuficiente para atender a demanda local e regional, mesmo que os leitos privados fossem contratados não atenderia ao déficit. Considerando que o setor privado tem compromisso com os segurados de planos de saúde e segue lógicas organizativas diferentes da rede SUS, o seu modelo assistencial centrado no hospital, tende a exigir maior quantidade de leitos.

As especialidades oferecidas na rede pública e privada do município atendem a maior parte da necessidade de alta complexidade, contudo há falta de organização de redes assistenciais por linha de cuidado, observando-se fragmentação e desassistência em algumas áreas. Para resolver esta situação é preciso dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde individual e coletiva, transformando todos os serviços de saúde de Petrolina em uma “Rede de Cuidado”, articulada e integrada (horizontalmente) com o objetivo de atingir padrões de qualidade e integralidade da atenção.

A organização do processo de trabalho deve garantir o acesso imediato ao serviço e a todos os recursos tecnológicos necessários para defender a vida, instituindo uma nova relação “sistema-usuário”, humanizada e acolhedora, que garanta, ainda, o acesso à informação e o

atendimento individual e coletivo de forma equitativa. É necessário que a rede de atenção à saúde assuma a responsabilidade pela preservação, pela recuperação e pela promoção da saúde dos cidadãos que vivem ou trabalham em seu território de abrangência. No caso em estudo foi observada a ausência de serviços com potencial de resolução local e que não são realizados, como: radioterapia, cirurgia oncológica, neurocirurgia, ortopedia de alta complexidade e angiografia.

Nos últimos anos foi realizado grande esforço do gestor local no sentido de avançar na extensão da rede de cobertura de atenção à saúde, através da implantação de várias equipes de saúde da família e do programa de agentes comunitários de saúde. Na reorientação da rede de atenção hospitalar é parte do esforço para reduzir o déficit de leitos a implantação do Hospital de Urgência e Trauma.

A reorganização da rede hospitalar com a implantação do HUT no município impõe o desafio da rearticulação da rede de atenção e da implantação de novas estratégias de regulação da oferta e da demanda dos serviços de saúde que priorizem a Atenção Básica como porta de entrada do serviço.

A cobertura populacional das Equipes de Saúde da Família e do PACS é de 88,1% da população, sendo que, a cobertura de Equipes de Saúde da Família é inferior a 50%. Esta cobertura não é garantia de atendimento resolutivo, com grande quantidade de encaminhamentos para o atendimento de consultas especializadas, fato este constatado pela própria equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde

A Secretaria Municipal de Saúde reconhece que existe uma fragmentação importante do sistema de saúde, contudo a Saúde da Família não é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo. Assim, a reorganização do sistema de saúde deverá sempre se integrar a um contexto de redes organizadas por linhas de cuidado onde os pontos dispersos sejam as unidades de saúde da família. Portanto a remodelagem da rede de atenção básica de Petrolina tem que resgatar os princípios de acessibilidade, equidade e resolutividade.

Do ponto vista pragmático, a reorganização deve resgatar a essencialidade de sua organização: as necessidades de saúde da população (explícitas e implícitas), o controle do risco e a redução de danos. Segundo Eugênio Vilaça Mendes é necessário estabelecer etapas para a reorganização da rede de atenção primária.

Na definição do escopo dos serviços e das ações que devem ser prestados em rede, uma definição é fundamental para construir a responsabilização das equipes e dos serviços, o de “contrato de metas e obrigações” e da utilização da informação com insumo estratégico de

gestão. Não é possível estabelecer mecanismos efetivos de mudança, sem que a informação em saúde e a avaliação do processo de trabalho e dos resultados sejam utilizadas, sistematicamente.

A elaboração dos protocolos técnicos e clínicos é fundamental para que se disponibilizem para os usuários as recomendações mais apropriadas e que garantam a eficiência, a efetividade e a segurança para as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, cuidado, cura e reabilitação. Estes protocolos devem ser pactuados com os profissionais da área envolvida.

A avaliação sistêmica e periódica dos resultados atingidos, com a equipe de saúde e com os usuários, feita pelas responsáveis pelos Distritos Sanitários, pelas Equipes de Saúde da Família e pelas Unidades Básicas de Saúde e pelos usuários é estratégia de grande importância,

A implantação destas estratégias são os pilares da reorganização da rede de atenção à saúde do Município de Petrolina e a base sólida para o funcionamento do Hospital de Urgências e Traumas, que deve ser fundamentado em um modelo avançado de cuidado em saúde de alta complexidade. A implantação e o funcionamento adequado do complexo regulador, através do controle da oferta e da gestão são demandas estratégicas para o bom funcionamento da rede e para garantir a horizontalidade da rede de cuidado, a racionalidade do processo de atenção e a equidade no sistema de saúde.

Apesar do aparecimento da figura de uma fundação estatal na administração hospitalar o seu pouco tempo de funcionamento não permite avaliar sua capilaridade e sustentabilidade como novo modelo de gestão hospitalar. Sendo esta uma alternativa que mais se aplica a realidade dos hospitais públicos é preciso instituir mecanismos mais ágeis de acompanhamento e controle administrativo no que se refere ao custo de manutenção e de recursos humanos, para não repetir os vícios burocráticos da administração via regime estatutário.

Apesar das discussões a articulação entre os gestores municipais de Petrolina e Juazeiro, e dos gestores de saúde dos Estados da Bahia e Pernambuco mediados pelo Ministério da Saúde ainda é frágil, e ainda não houve produção de documentos que se quer explicitem as principais diretrizes de uma integração interestadual conforme prevê os documentos do Pacto pela Saúde. Esta pactuação requer um estudo mais detalhado das potencialidades dos dois municípios.

Embora o SUS esteja completando 20 anos, as diferenças regionais no que tange aos aspectos políticos organizativos e financeiros impedem que o arcabouço jurídico seja

aplicável a estas realidades. Assim, arranjos organizativos só podem ser construídos a partir da apreensão de aspectos da realidade vivenciados no cotidiano dos serviços e pactuados entre os gestores do SUS.

REFERÊNCIAS

1. **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/informacoesss.asp>. Acessado em: 1 de Nov 2008.
2. BRASIL. Constituição (1988). Da Saúde. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 32. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. Título 8, cap. 2, seção 2.
3. _____, **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/propesq/resolucao19696.htm>. Acesso em 26 de abril. 2008.
4. _____, Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 20 de set.1990. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8080.htm>. Acesso em 20 de out. 2008.
5. _____, Lei nº. 8142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, 31 de dez.1990. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>. Acesso em 20 de out. 2008.
6. _____, Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**. Brasília, DF, n. 154, p. 109, 13 ago. 1998. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2008. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI.
7. _____, **Ministério da Saúde.** Portaria n. 1.101, de 12 de junho de 2002, Brasília, 2002. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>. Acesso em: 15 de fev. 2008. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.
8. _____, **Ministério da Saúde.** Portaria n. 2.224, de 5 de dezembro de 2002, Brasília, 2002. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do SUS.
9. _____, Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão.** Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.1.p. 76.
10. _____, Ministério da Saúde. **Regulamentos dos pactos pela Vida e de gestão.** Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.2.p. 143.

11. _____, Ministério da Saúde. **Regionalização solidária e cooperativa**. Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.3.p. 40.
12. _____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.4.p. 60.
13. _____, Ministério da Saúde. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.5.p. 146.
14. _____, Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação de complexos reguladores**. Brasília: Editora MS, 2006. Séries Pacto de Saúde 2006. v.6.p. 48.
15. BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: Evolução histórica e tendências. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.665-704.
16. CARVALHO, Guido Ivan & SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei8. 8080/90 e 8.142/90)**, 2^a. ed. Atualizada e avaliada. São Paulo: Ed. Hucitec. 1995.
17. CECILIO, Luis Carlos Oliveira.; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R. MATOS, R.A (organizadores) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 197-210
18. CECILIO, Luis Carlos Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(3):469-478, jul-set. 1997.
19. CAMARGO JR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (In) Definição de integralidade. In. PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araujo (organizadores) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001, p. 35-44
20. CARVALHO, Sergio Resende, CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.837-868.
21. CNES. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=26&VCodMunicipio=261110&NomeEstado=PERNAMBUCO. Acessado em 21 de nov 2008.

22. CONASS. **Oficina sobre redes de atenção a saúde: guia do facilitador.** Brasília, 2006.
23. FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.
24. FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. et al (org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Hucitec, 2003.
25. FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 15(2): 345-353, abr-jun, 1999. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. Acessado em 18 nov. 2008.
26. IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acessado em 15 de out 2008.
27. JULIANI, Carmen Maria Casquei Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.
28. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.107-140.
29. MATTOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Disponível em http://www.lappis.org.br/media/artigo_ruben1.pdf. Acessado em 15 nov 2008.
30. MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. FRANCO, Túlio Batista. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson Elias et all. **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. 2 ed., p. 125-133
31. MADEIRA, Lelia Maria; DUARTE, Elysângela Dittz. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio; MATTOS, Ruben Araújo (orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ , 2006.
32. MENDES, Eugênio 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. 186p.

33. MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS. Tomos I e II. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
34. MERHY, Emerson Elias. et al. **Em busca do tempo perdido: uma micropolítica do trabalho vivo em saúde.** In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.
35. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.
36. NETO, Gonzalo. Vecina. MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. In: **Ciências e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO. Vol. 12, n. 4. Julho/Agosto 2007. ISSN 1413-8123.
37. PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de Saúde e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia & ALMEIDA FILHO, Naomar **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. 6ª ed, cap.19, p.567-586.
38. PAIM, Jairnilson Silva. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde.** Disponível em http://www7.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf Acessado em 16 nov. 2008.
39. PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Programação Pactuada e Integrada – PPI.** Recife, 2005.
40. PETROLINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2007-2009.** Petrolina, 2006.
41. _____, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2006.** Petrolina, 2007a.
42. _____, Prefeitura Municipal de Petrolina. **Lei nº 2038** de 18 de dez 2007. Autoriza o Executivo a Instituir a Fundação Estatal Municipal de Saúde – FEMSAÚDE, e dá outras providências. Petrolina, 2007b
43. _____, Prefeitura Municipal de Petrolina. **Decreto Lei nº 012/2008** de 29 de fev 2008. Aprova o Estatuto da Fundação Estatal Municipal de Saúde – FEMSAÚDE e dá outras providências. Petrolina, 2008a.
44. _____, Prefeitura Municipal de Petrolina. **Contrato de Gestão nº 384/2008** celebrado em 14 de agosto de 2008. Petrolina, 2008b.
45. PINHEIRO, Roseni; FERLA, Alcindo Antonio, MATTOS, Ruben Araujo. **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde.** Rio de Janeiro: EDUCS-IMS-UERJ- CEPESQ, 2006. 112p.

46. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). **Gestão em redes: prática de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484.p.

47. PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade**. Disponível em http://www.lappis.org.br/media/artigo_madel_roseni.pdf. Acessado em 11 nov.2008.

48. SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luis Odorico Monteiro. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165p.

49. SANTOS, Lenir. **Fundação estatal:a gestão pública renovada**. Disponível em <http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>. Acessado em 16 nov. 2008.

50. SANTOS, José Sebastião et al. **Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e humanização**. Disponível em http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf. Acessado em 10 nov. 2008.

51. SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, Lígia et al (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 627-663.

52. VIANNA, Solon Magalhães (coord.). **Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento**. Brasília, 2005. Projeto Economia da Saúde. v. 1. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ipea_alta_complexidade.pdf. Acessado em 17 nov. 2008.

53. WORLD HEALTH ORGANIZATION – The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, WHO, 2000.

54. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas Livros e Folhetos. **Normas para apresentação de documentos científicos**. Curitiba: Ed. UFPR, 2007. 2ª Edição. v.7.p.86.

APÉNDICE

APÊNDICE A- QUADRO 04

QUADRO 04 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS OFERECIDOS PELOS HOSPITAIS

SERVIÇO	H D M	H U T	N E U R O	H M P	H G U	S Ó B A B Y*	C L I M E R P E	C I C	P R O N T O P E D	T O T A L
Diagnostico por imagem	1-X	1-X	1	X	1-X		1	X		06
Fisioterapia	X	X		X			X			03
Dispensação de OPM							X			01
Urgência	X	X	x	X	X	x	X	X	X	08
S. de Traumatologia ortopedia			x	X	X		X			04
Serv. De atenção a saúde reprodutiva	X							X		02
S. de atenção ao pré-natal, parto e nascimento.	X		x	X				X		04
S. de dx por Métodos gráficos dinâmicos	X	X	x	X	X			1		05
S. de videolaparoscopia				X				X		02
S. cirurgia cardiovascular				X	X					02
S. de dx por anatomia patológica	1	1		1	1					03
S. de dx por laboratório clínico	X	X	x	X	X	x			X	05
S. de nefrologia					1					01

SERVIÇO	H D M	H U T	N E U R O	H M P	H G U	S Ó B A B Y*	C L I M E R P E	C I C	P R O N T O P E D	T O T A L
urologia										
Regulação serviços de saúde	X									01
S. de cirurgia reparadora	X			X						02
S. endoscopia	X	X		X						02
S. oftalmologia	X									01
S. de suporte nutricional	X		x	X						03
S. triagem neonatal	X									01
S. vigilância em saúde	X									01
S. de atenção a saúde auditiva				X						01
S. de hemoterapia				X						01
S. de laboratório de histocompati bilidade				X						01
Transplante				X						01

FONTE: CNES EM 02 DE NOV 2008

Legenda: 1- terceirizado; X – próprio

APÊNDICE B – QUADRO 05

QUADRO 05- SERVIÇOS OFERECIDOS A USUÁRIOS SUS (SERVIÇO PRÓPRIO)

SERVIÇOS	SUS		NÃO SUS
	PRÓPRIO	TERCEIRIZADO	
Diagnostico por imagem	X	X	X
Fisioterapia	X		
Dispensação de OPM		*	x
Urgência	X		
S. de Traumato ortopedia	X		x
Serv. De atenção a saúde reprodutiva	X		
S. de atenção ao prenatal, parto e nascimento	X		
S. de dx por Métodos graficosdinamicos	X		
S. de videolaparoscopia			x
S. cirurgia cardiovascular	X		
S. de dx por anatomia patológica		X	
S. de dx por laboratório clinico	X		
S. de nefrologia urologia			X
Regulação serviços de saúde	X		
S. de cirurgia reparadora	X		
S. endoscopia	X		
S. oftalmologia	X		
S. de suporte nutricional	X		
S. triagem neonatal	X		
S. vigilância em saúde	X		
S. de atenção a saúde auditiva			X
S. de hemoterapia			X
S. de laboratório de histocompatibilidade			X
Transplante	X		

FONTE: CNES

* O serviço existe para rede SUS, porém não aparece no SCNES da instituição pública

APÊNDICE C – QUADRO 06

QUADRO 06 - INTERNAÇÕES POR CAPÍTULO DO CID-10 JAN A AGO 2008.

CAPÍTULO CID	INTERNAMENTOS DOS PACIENTES RESIDENTES EM PETROLINA EM LEITOS DE PETROLINA		TOTAL DE INTERNAMENTOS DE PACIENTES RESIDENTES EM PETROLINA
	N	%	N
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	557	86%	649
II. Neoplasias (tumores)	70	28%	253
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	27	75%	36
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	41	89%	46
V. Transtornos mentais e comportamentais	1	1%	124
VI. Doenças do sistema nervoso	41	75%	55
VII. Doenças do olho e anexos	2	50%	4
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	40%	5
IX. Doenças do aparelho circulatório	305	75%	408
X. Doenças do aparelho respiratório	698	91%	764
XI. Doenças do aparelho digestivo	277	78%	353
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	53	75%	71

XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	32	33%	96
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	244	67%	365
XV. Gravidez parto e puerpério	1471	55%	2684
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	101	65%	155
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	32	56%	57
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	43	70%	61
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	143	28%	515
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0	0%	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	163	91%	179
	4303		6881

FONTE: M.S - SIH/SUS