

Capítulo 17

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP e o Sistema Único de Saúde: Constituição do Complexo de Saúde de Ribeirão Preto: 1982 - 1992

Juan Stuardo Yazlle Rocha, Maria Eulália Lessa do Valle Dallora, Milton Roberto Lapregá

Hospital de Ensino

Em 1910 nos Estados Unidos a Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino publicou o estudo “*Medical Education in the United States and Canada*” de Abraham Flexner que exerceu grande influência na América e na Europa na transformação da educação em saúde. Suas recomendações e preceitos foram decisivos para a transformação dos hospitais comunitários de “casas para bem morrer”, assim descritos por Foucault¹, em fábricas de produção de saúde. Principalmente, levou o ensino médico às universidades, propôs a definição de um plano de estudos de no mínimo quatro anos, compreendendo um ciclo básico e outro clínico, introduziu atividades de investigação – o binômio ensino-pesquisa – defendeu o trabalho em tempo completo. Enfatizou a concepção do corpo humano como uma máquina e, a possibilidade de intervenção com instrumentos em órgãos e sistemas, desconsiderando o indivíduo como uma totalidade e desvinculando-o da sua realidade social. A perspectiva do tempo festejou o domínio e o triunfo da medicina científica sobre a medicina baseada na prática, abrindo espaço para o grande avanço das ciências médicas; a fé na ciência e nas técnicas levaria com o tempo à tentativa de solução de questões sociais como se fossem problemas científicos.

Depois da publicação do relatório Flexner, ocorreram importantes modificações nas escolas de medicina e na educação médica, nas Américas e no Brasil. Em poucos decênios a medicina “científica” gerou acelerado desenvolvimento técnico (instrumentos, equipamentos etc.) tornando mais onerosa a prestação de serviços de saúde. A exigência de elevados recursos para a sua efetivação fez com que a prática florescesse em centros de maior poder econômico com irradiação para os centros menores.

O hospital universitário *Flexneriano*, centro de investigação clínica por excelência, passa a constituir o centro terciário de referência regional ou nacional. A esse centro são referidos casos complexos de diagnóstico e/ou tratamento. A organização e a assistência passam a adequar os níveis de recursos assistenciais ao nível de complexidade dos problemas de saúde em serviços de nível primário, secundário e terciário possibilitando a expansão do modelo de cuidados.

Todavia, a partir de 1966 a política de previdência social começou a predominar na saúde sobre a política de saúde pública. Garantir os direitos de acesso à atenção médica leva a população a pressionar pela intervenção do Estado para expandir os serviços públicos de saúde.

No dizer de Ferreira², “o progresso da medicina biocientífica, juntamente com a prática nas instituições educacionais de maior destaque, gerou uma fixação quase universal no hospital como o local ideal para as experiências de aprendizado prático.”

“Na década de 50 do século XX, o ideal para a Faculdade de Medicina era poder conduzir seus programas em um grande e bem equipado hospital universitário, um centro de referência, nacional ou regional, dedicado às enfermidades mais complicadas e raras, para o qual contavam com os meios mais avançados de diagnóstico e tratamento, inevitavelmente mais sofisticados e caros”

O Hospital *Flexneriano* era voltado à investigação biológica reunindo os mais avançados recursos técnicos e uma estrutura peculiar cindida em dois compartimentos: um responsável pelos aspectos administrativos e outro de departamentos ou clínicas responsáveis pela assistência que competem entre si pelos recursos da instituição, esta responsável pela assistência, ensino e investigação, com grande autonomia – modelo que dificulta, ainda hoje, a integração e definição dos rumos institucionais.

A alta seletividade dos pacientes que chegam ao hospital universitário, seus altos custos, contrastam com os principais problemas de estrutura da atenção médica no país: problemas de saúde caracterizados como de medicina de “massa”. Estas ideias estão presentes nos Documentos 1 e 2 da Comissão de Ensino Médico (MEC – DAU, 1972, 1974):

“Ao hospital de ensino é encaminhada apenas uma pequena porcentagem da população carente de cuidados médicos, exatamente aquela necessitada de assistência mais apurada ou mais especializada. Desse modo, ela não representa amostra adequada da patologia para o treinamento do médico geral que se quer formar. Devem as faculdades entrar em entendimento com os serviços de saúde locais, permitindo ao aluno uma participação em todos seus níveis de atendimento ao indivíduo e à comunidade: enfermarias e ambulatórios do hospital geral, hospitais especializados, centros de saúde, consultório geral, visitas domiciliares. É recomendável que se estabeleçam convênios e planos de ação conjunta, regulamentando sua utilização, e prevendo melhor articulação entre os responsáveis pelas atividades didáticas e os encarregados da assistência médica”.

E continuavam:

“Ao cogitar-se dos critérios sobre os quais devem ser redefinidos os objetivos dos hospitais universitários, cumpre levar em conta que neles se concentram, habitualmente, em cada comunidade, os recursos humanos e materiais mais altamente diferenciados para assistência à saúde. É natural, pois, que a eles, de forma sistemática, se dirijam doentes de condições clínicas complexas, de diagnóstico e tratamento mais difíceis. Mas, pela falta de definição mais clara da política de atendimento nas diferentes categorias de unidades de saúde, e na ausência de mecanismos de coordenação, os hospitais universitários são, em grande parte, obstruídos por massa de pacientes de entidades mórbidas de simples solução, ali atendidos tão somente por causa de sua condição de ‘indigência’.”

Estava assim caracterizado o conflito³ entre as necessidades da assistência à saúde da população e o modelo de Hospital Universitário mais adequado para a formação médica. “Por falta de clareza quanto a sua opção e de diretrizes explícitas, a Escola Médica já esteve comprometida, no passado, com o modelo médico-assistencial hoje condenado (1986). O modelo privatista e mercantil da saúde utilizou-se da alta tecnologia e da complexidade organizacional para maximizar seus lucros. A ênfase na medicina hospitalar, tecno-dependente teve como grande aliada a escola médica que legitimou e supervalorizou esse tipo de assistência, formou a mão-de-obra necessária ao desenvolvimento do modelo (ensino

dirigido para a superespecialização, expandindo e multiplicando as áreas de Residência Médica). O XXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica realizado em Uberlândia (1985) discutiu e aprovou o documento “Formação Médica para a Nova Política de Saúde” recomendando continuar e aprofundar as discussões a este respeito⁴. As ideias principais eram: Ênfase no setor público de serviços de saúde; integração dos serviços federais, estaduais e municipais; hierarquização e regionalização dos serviços de saúde estabelecendo sistemas de referência e contrarreferência entre os níveis primário, secundário e terciário; desenvolvimento de uma rede de serviços básicos acessível a toda a população.

De 17 a 21 de março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde com mais de 5.000 participantes incluindo trabalhadores da área da saúde, sindicatos, partidos políticos, associações. “Defender a Escola Médica não é alijá-la do processo, mas ao contrário, é levantar a voz em defesa do espaço e função relevantes que lhe corresponde integrando-a no esforço pela promoção do nível de saúde da população.”⁴

Na FMRP até 1988 predominava a ideia de que o HU não deveria assumir compromissos assistenciais que colocariam em risco a autonomia acadêmica para a docência e a pesquisa muito embora a experiência em contrário de renomadas escolas médicas europeias que ensinavam e praticavam a medicina em tradicionais hospitais; o argumento contra era que lá as elevadas condições de vida da população não produziam a forte demanda e pressão assistencial que estava presente no Brasil⁵. De outro lado, São Paulo tinha condições de manter o financiamento dos hospitais escola do estado que demandavam recursos para dotações crescentes de recursos humanos e de equipamentos.

A criação e o desenvolvimento do SUS é obra admirável de engenharia social, com extensão pelas próximas décadas, organizando e definindo o papel das instâncias diretivas, nas circunstâncias de subfinanciamento e oposição dos setores privados e mercantis da saúde no Brasil⁸.

Hospital Universitário no Sistema Único de Saúde

Às antevésperas da implantação da reforma sanitária na saúde uma série de temores pairavam na instituição como: a incorporação da assistência previdenciária não iria acabar com a “liberdade” de triar a casuística de casos para o ensino-pesquisa? O financiamento seria suficiente para suportar a expansão da demanda? Docentes teriam preservadas as condições para o exercício adequado da docência, ensino e pesquisa?

O impacto da inserção do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (HCFMRP-USP) nas atividades e financiamento foi levantado no trabalho de Rodrigues, Dallora e Lapregá na VI Jornada de Economia da Saúde em Brasília DF, janeiro 2012 e contém a resposta a algumas dessas dúvidas⁶. O estudo, de caráter descritivo, utiliza fontes secundárias, dados levantados e consolidados pela Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, nos relatórios anuais e de gestão. Foram analisados, como variáveis, o número de consultas, de cirurgias, de internações, a porcentagem de ocupação, a média de permanência do paciente em tratamento, o orçamento do estado e o faturamento SUS. Os orçamentos foram atualizados para o ano de 2010, de acordo com o índice IPCA. Subdividiram o tempo abordado em três períodos para cada variável: 1980-1988 linha de base antes do SUS; entrada do Hospital das Clínicas no SUS, 1989-2000 (ano de criação da Regulação Médica); 2001- 2010 primeira década após o início da Regulação Médica até os dias atuais

Os usuários do Hospital universitário até 1988 eram considerados indigentes e/ou casos de interesse acadêmico, escolhidos pelo corpo clínico do próprio hospital, que se deslocavam até lá em busca de atendimento independentemente da gravidade e complexidade de suas enfermidades⁷.

Nesse mesmo ano, criou-se, na Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde⁸, que dentro outras coisas estabeleceu que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à (i) redução do risco e da doença e de outros agravos e ao (ii) acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (CF, artigo 196).

No artigo 198 define que:

“As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 1. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; 2. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; 3. Participação da comunidade.

Parágrafo único: O sistema único de saúde será financiado, com recursos da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

Antevendo a reorganização da assistência à saúde no Brasil, e os problemas da gestão dos recursos financeiros na administração pública a FMRP resolveu criar a sua Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas (FAEPA) com a finalidade de facilitar e agilizar a administração das finanças do hospital.

O Hospital das Clínicas, por meio de um convênio com a Secretaria de Saúde, o Ministério da Saúde e a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas (FAEPA), foi inserido formalmente no SUS, tornando-se referência terciária regional e oficialmente suspendeu a triagem médica de pacientes, recebendo casos encaminhados por profissionais médicos e a partir do ano 2000, pelo sistema de regulação médica. Anos mais tarde, a FAEPA viria a ser credenciada como Organização Social, justificando para tanto a experiência da FMRP-USP na gestão do convênio com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo para desenvolvimento do Centro de Saúde Escola da FMRP.

Como pode ser visto no **Gráfico 1** o número de consultas do hospital variou de 277.438 em 1980 para 486.906 em 2010 no HC-Campus e de 82.928 para 40.932 no mesmo período na Unidade de Emergência. No primeiro período subdividido (1980-1988), houve leve crescimento de consultas na U.E. e estabilidade no Campus. Já para o segundo período, quando o Hospital se insere no SUS, (1989-2000), observa-se um aumento acentuado no número de consultas no Campus e queda gradual simultânea na U.E. No terceiro período, - há uma tendência de crescimento menos acentuada no Campus e uma queda do movimento na Unidade de Emergência, entre os anos 1999 e 2000, com posterior estabilização. Estas mudanças decorrem da organização do SUS nas cidades da região de Ribeirão Preto que

começam a organizar o fluxo de encaminhamento de urgências pela referência e abolindo a demanda espontânea; a demanda assim dirigida ao HC Campus leva à constituição deste como Hospital Terciário.

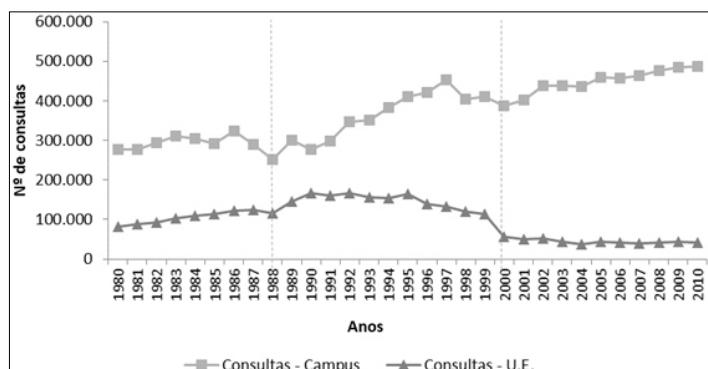


Gráfico 1 - Consultas realizadas no HCFMRP-USP - unidades Campus e U.E. no período de 1980 a 2010.

Para internações **Gráfico 2**, constata-se que, da segunda metade da década de 80 até aproximadamente o fim da década de 90, houve crescimento na Unidade de Emergência. No Campus, observa-se estabilização até o inicio da década de 90, quando sofre queda acentuada, com posterior crescimento gradativo até o ano 2000.

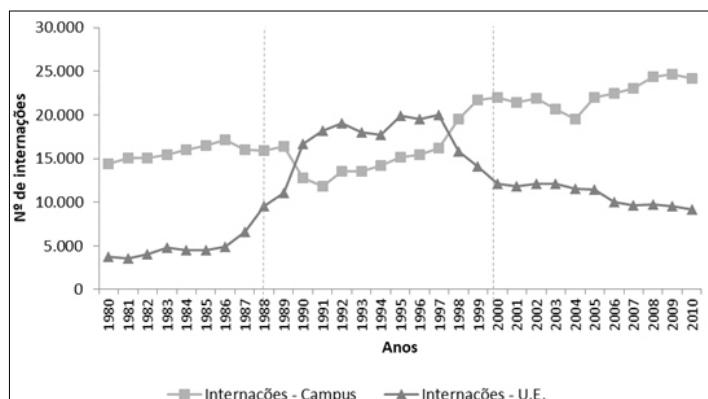


Gráfico 2 - Número de internações no HCFMRP-USP - Unidade Campus e Unidade de Emergência, no período de 1980 a 2010.

A receita hospitalar **Gráfico 3**, considerando-se o faturamento SUS, somado a partir de 1988 quando de sua inserção ao SUS, e o orçamento do Estado, observa-se um crescimento real variando de R\$ 105.710.413,82 em 1980 até R\$ 393.913.155,69 em 2010.

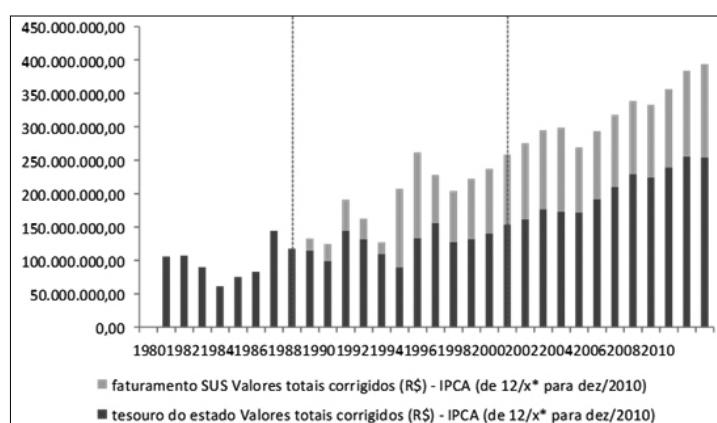


Gráfico 3 - Receita hospitalar: faturamento SUS e recursos orçamentários do tesouro do Estado de São Paulo, no período de 1980 a 2010.

Na *Tabela 1* são apresentados alguns indicadores da assistência no HC-FMRP no período do estudo com elevação de consultas, cirurgias e, internações; a destacar que as taxas de ocupação dos leitos hospitalares apresentaram redução particularmente na Unidade de Emergência onde a pressão assistencial levou a ocupação de leitos acima de 100%; outro fato importante é a redução dos dias de permanência das hospitalizações, evoluindo de 9 a 6,5 dias no Campus e de 7 a 5,5 na Unidade Emergência.

Tabela 1– Indicadores da Assistência Médico-Hospitalar do HCFMRP-USP - Unidade Campus e Unidade de Emergência no período 1980 a 2010.

Variáveis	Períodos		
	1980 - 1988	1989 - 2000	2001 - 2010
Consultas - Campus	291.134	370.075	454.177
Consultas – U.E.	105.612	139.764	43.307
Cirurgias - Campus	5.439	7.405	12.677
Cirurgias – U.E.	2.276	3.876	3.872
Internações - Campus	15.729	16.015	22.423
Internações – U.E.	5.126	16.835	10.715
Ocupação Hospitalar (%) - Campus	81,3	68,3	68,2
Ocupação Hospitalar (%) – U.E.	111,2	102,0	96,4
Média de Permanência em dias -Campus	9	7	6,5
Média de Permanência em dias -U.E.	7	4	5,5

Finalmente, além da assistência à população da região o oferecimento de acesso à elevação da capacitação profissional é atividade importante. As vagas para Residência Médica e Aprimoramento foram de 290 e 9, respectivamente no de 1980, para 420 e 67 em 1992, e 504 e 76 no ano 2000.

A constituição e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil e, especialmente em São Paulo, na macrorregião de Ribeirão Preto permitiu o crescimento e a reorganização do Sistema de Saúde em escala que foge ao objetivo do presente trabalho. Esta tarefa contou também com a adesão de muitos docentes e alunos das Faculdades do Campus da USP em Ribeirão Preto. A participação de Prefeitos da Região de Ribeirão Preto nos Colegiados de Gestão municipal e das regiões participantes – Ribeirão Preto, Araraquara, Barretos e Franca, sendo Ribeirão Preto a sede da macrorregião DIR XVIII, foi fundamental para dar impulso e autenticidade à construção do Sistema Regional de Saúde de Ribeirão Preto⁹⁻¹¹. Este entrosamento permitiu implantar a Regulação Médica com a Central de Agendamento de Consultas evitando as viagens diárias da população até o HC-FMRP apenas para agendar os futuros atendimentos. A mobilização e articulação dos cidadãos – não apenas pacientes, mas agentes da construção do sistema regional de saúde – possibilitou tudo isto e mais: o Hospital Estadual de Ribeirão Preto (2008), o Centro de Reabilitação Lucy Montoro, a Mater – Referência Hospital da Mulher e o Hospital Estadual de Américo Brasiliense (2010).

REFERÊNCIAS

- 1 – Foucault M. Microfísica do poder (3ed). Rio de Janeiro: Graal; 1982.
- 2 - Ferreira JR. O Papel do Hospital à Luz das Novas Tendências do Ensino Médico, In: Seminário sobre Hospitais de Ensino, Rio de Janeiro, 1975; Trabalhos apresentados.
- 3 - Rocha JSY. El Hospital de Enseñanza: Contribución al Debate. Educ. Med. y Salud, 1980;14(3):326-330.
- 4 – Rocha JSY. Educação Médica: Novos Rumos (Editorial). Medicina (Ribeirão Preto), 1986;19(2):3.
- 5 - Rocha JSY. Medicina e Sociedade (Editorial). Medicina (Ribeirão Preto), 1989; 22(3 e 4):3-4 e 93-94.
- 6 - Rodrigues LML, Dallora MELV, Lapregá, MR. Produção e Financiamento da Assistência Médica e sua relação com a Estruturação do Sistema de Saúde: a experiência de um Hospital de Ensino. VI Jornada de Economia da Saúde. Brasília, DF.2012
- 7 - Dallora MELV. Regulação do acesso dos usuários do SUS ao ambulatório de um hospital universitário. 2010. Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- 8 – Ibañez N, Albuquerque MV. O Sistema Único de Saúde – estrutura e organização – In: Yazlle Rocha JS. Manual de Saúde Pública & Saúde Coletiva no Brasil (2ed). Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.
- 9 - Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência Hospitalar como Indicador da Desigualdade Social. Revista de Saúde Pública, 1997; 31(5): 479-487.
- 10 - Rocha JSY, Simões BJG. Estudo da Assistência Hospitalar em Bases Populacionais, 1986-1996. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 1999; 33 (1):44-54.
- 11 - Rocha JSY. Departamento de Medicina Social - A reestruturação e os novos tempos. Medicina (Ribeirão Preto), 2002; 35(3):306-311.