

**A PARCERIA UNIVERSIDADE-ESTADO NA GESTÃO HOSPITALAR:
A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES NO PERÍODO
2006-2007**

Marco Aurélio Fagundes Ângelo
Hospital Risoleta Tolentino Neves – UFMG/SES-MG

Maria Leonor de Barros Ribeiro –
Hospital Risoleta Tolentino Neves – UFMG/SES-MG

Allan Claudius Queiroz Barbosa
Observatório de Recursos Humanos em Saúde – FACE/UFMG

Resumo

O desenho de parceria *público-público* criada a partir do convênio entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e a UFMG através da FUNDEP para o gerenciamento do Hospital Risoleta Tolentino Neves, em Belo Horizonte, Minas Gerais, sinaliza a tentativa de criação de um novo *modus operandi* capaz de articular interesses públicos em diferentes perspectivas no âmbito da saúde. É neste sentido que o presente artigo descreve esta experiência no âmbito da saúde, que procura articular as prerrogativas constitucionais da saúde em sua garantia a todo cidadão e uma lógica de resultados, que também se voltem à sociedade.

Palavras-Chave: Saúde, Gestão Hospitalar, Minas Gerais

Sessão Temática: Demografia e políticas públicas D4 - População e saúde em Minas Gerais

1. Apresentação

A sociedade contemporânea tem presenciado profundas transformações em suas relações sociais e em seu arranjo produtivo. Longe do questionamento sobre a prevalência ou não de um modelo de natureza taylorista, o fato é que a busca desenfreada por padrões de produtividade superiores e a valorização excessiva de critérios de eficiência e eficácia gerencial trouxeram novas inquietações e preocupações para os diversos atores envolvidos.

De um lado, o Estado, pressionado por um profundo questionamento sobre sua natureza e papel. O modelo de inspiração “Thatcheriano” de fins dos anos setenta do século passado trouxe consigo um formidável esforço de redimensionamento e reaparelhamento do aparato público. Sob a égide de uma prestação de serviços com ênfase no *cliente/cidadão*, questionou-se a pretensa ineficiência, o superdimensionamento e o desenvolvimento de esforços e investimentos em áreas antes tidas como de interesse exclusivamente privado.

O slogan “*Estado Mínimo*” ganhou densidade e veio acompanhado de um discurso sobre as disfunções existentes e a urgente necessidade de sua eliminação. Em meio a uma *avalanche* de privatizações de empresas públicas e a um desenvolvimento tecnológico sem precedentes, o Estado também passou a discutir suas atribuições no âmbito da regulamentação e monitoramento das relações de produção. Aqui se insere uma situação com forte defasagem entre o atendimento e oferta de serviços, a adoção de mecanismos otimizadores de procedimentos acabou por colocar em dúvida a real efetividade destas ações. Isto, em um contexto marcado pela escassez de recursos e a entrada maciça de *players* no processo e atendimento à saúde. Estes novos jogadores trazem uma lógica empresarial, com a terceirização e downsizing gerencial, melhoria na qualidade e produtividade, ênfase em processos que privilegiam o cliente e valorização do indivíduo e de sua capacidade através de mecanismos remuneratórios específico, dentre outras ações e medidas adotadas.

Tendo em vista este mapa contextual e conceitual, este debate acaba por atingir de forma decisiva serviços e atribuições historicamente entendidas como de responsabilidade pública, como a saúde, que se equilibra entre respostas garantidas constitucionalmente e a busca incessante por padrões de desempenho compatíveis a uma universalização dos serviços prestados com novos atores em cena e papéis redimensionados. O que leva a arranjos institucionais que visem assegurar os preceitos que norteiam a saúde.

É dentro desta perspectiva que este artigo procura discutir a construção de uma parceria entre duas instituições públicas visando o provimento de serviços de saúde. O artigo em tela apresenta a experiência em curso na cidade de Belo Horizonte voltada ao atendimento do cidadão através de uma estrutura hospitalar gerenciada pela universidade e avaliada pelo poder público estadual através de sua secretaria de saúde.

2. Aspectos Preliminares: O SUS e a Lógica Hospitalar

A consagração do Sistema Único de Saúde (SUS) no interior da carta constitucional brasileira em 1988 acabou por definir um novo arcabouço jurídico-institucional com as ações e serviços de saúde considerados de relevância pública, sendo prerrogativa do poder público sua regulamentação, fiscalização e controle (COSTA, 2004).

Sua regulamentação aconteceu através da Lei 8.080, com a definição de objetivos e atribuições do sistema e de seus princípios e forma de organizações. Os princípios incluem fundamentalmente a universalidade de atendimento, com a garantia de atenção a saúde por parte do sistema a qualquer cidadão; a equidade (todos são iguais perante o SUS e serão atendidos conforme suas necessidades até o limite que o sistema puder oferecer a todos); e a integralidade de atendimento, isto é, as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade formam um todo indivisível através de um sistema capaz de prestar assistência integral.

A definição da competência de cada uma das esferas de governo (o poder federal cabe a formulação, a definição e a coordenação de normas e políticas e do planejamento das ações do SUS; aos estados o papel de coordenar e acompanhar as ações de saúde, além de participar da formulação de políticas e promover a descentralização dos serviços e ações de saúde; e aos municípios a gestão e a execução dos serviços públicos de saúde), associados aos princípios organizativos do SUS também definidos por Lei (organização dos serviços em áreas geográficas delimitadas e com definição da população a ser atendida; a hierarquização, com o acesso à rede através dos serviços de nível primário de atenção; a resolutividade, que deve assegurar capacidade de resolvê-lo até o nível de sua competência; e a descentralização, cabendo ao município a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde (BRASIL, 1990), tornam este modelo detentor de condições únicas para o atendimento e promoção da saúde.

Entretanto, é reconhecida uma crise dos serviços de atenção médica, visível na desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, nas filas comuns em postos de atendimento, nas mortes desnecessárias, dentre outros, não necessariamente criados em decorrência do SUS, mas que exigem sua solução em seu interior, conforme apregoa Mendes (2006).

Este mesmo autor afirma que abordagens racionalizadoras, mesmo que importantes para aumentar a eficiência do sistema de saúde, não são suficientes, uma vez que as causas são de natureza estrutural. É neste quadro que se insere a prática hospitalar como uma das partes constitutivas do sistema de saúde. No âmbito hospitalar, a assistência evidencia algumas das dificuldades maiores do sistema. A grande prevalência na utilização desse dispendioso recurso bem como a priorização desse tipo de assistência na evolução da assistência à saúde no Brasil acabou onerando sobremaneira a oferta de serviços de assistência.

Sistema este que possui em sua totalidade com mais de 63 mil ambulatórios, 6,8 mil hospitais, com mais de 440 mil leitos; gera 12 milhões de internações por ano, 1,4 bilhões de procedimentos da chamada atenção básica à saúde; 625 milhões de

consultas médicas; 2,5 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e aproximadamente 12 mil dos cerca de 16 mil transplantes realizados anualmente no Brasil. Em 2004 os gastos do MS com saúde representaram 1,8% do PIB e em valores: R\$ 36538 milhões em despesas / R\$ 1769202 milhões de PIB; taxa esta que se mantém estável com pequenas variações desde 1995.¹

Em função disso, a experiência em curso na cidade de Belo Horizonte permite o entendimento desta lógica considerando os aspectos norteadores e definidores do sistema integrado de saúde.

3. A Experiência do Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN) – Histórico da Parceria

Em maio de 2006 foi celebrado Convênio entre a Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tendo com interveniente a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) para gestão do HRTN. Nesta relação, o Estado de um lado constatou que sua capacidade em operar de forma eficiente e eficaz o sistema vis a vis à entrada de novos *players* no sistema estava comprometida pelas dificuldades do aparato público no que tange ao modelo de contratação de pessoal, sistema de compras, tramites burocráticos, dentre outros aspectos, tornando sua funcionalidade mais lenta e incapaz de responder ao tempo exigido as necessidades da população. Em contrapartida, a Universidade visou, como pontos basilares da relação, a ampliação das atividades assistenciais e implantação do processo de ensino-aprendizagem para alunos de graduação das Unidades Acadêmicas e médicos residentes da UFMG.

Na celebração do convênio o Estado de Minas Gerais passou a ser o agente financiador e regulador através da fixação de metas e parâmetros de acompanhamento da atividade gerencial. Isso reforçou a caracterização do serviço eminentemente público, ligado à titularidade do Estado. Quando esse cede parte ou na integralidade a execução dessa atividade a um parceiro, cabe-lhe atuar de forma a garantir a não interrupção do serviço, sua universalidade e equidade de acesso ao serviço e a redução da carência social do mesmo.(AGUILLAR; 1999: 101,109 e110)

A UFMG/FUNDEP, por sua vez, ao assumir a gestão do HRTN garantiu neste processo autonomia relativa à: contratação de pessoal, escolha do modelo de gestão, negociação com a rede, garantia de integração ao SUS, ampliação de parcerias com a rede (Rede básica, PSF, SAMU, etc.) e o cumprimento do cronograma de ativação plena do hospital.

É importante situar que o HRTN está localizado em uma região de Belo Horizonte que abrange está localizado na região norte de Belo Horizonte, distante aproximadamente 17 quilômetros da região hospitalar. Possui população de referência em torno de 1.100.000 pessoas, incluindo residentes dos Distritos Sanitários Pampulha, Norte e Venda Nova e dos municípios vizinhos de Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa

Luzia. Toda essa área caracteriza-se por altos índices de risco social direta ou indiretamente ligados à violência urbana e suas conseqüências.

O modelo de atenção adotado pelo HRTN foi definido considerando as necessidades tanto da região onde estava localizado quanto da sua lógica de pronto atendimento, constituindo-se, em última instância, como pronto socorro para atendimento de trauma e referenciado para urgências clínicas.

O modelo implantado apóia-se em duas dimensões: as chamadas linhas de cuidado clínico e linha do cuidado cirúrgico e a assistência às especialidades. Essa configuração, associada ao rearranjo das atividades e a formação de estruturas decisórias colegiadas, pode ser visualizada na figura 1 a seguir

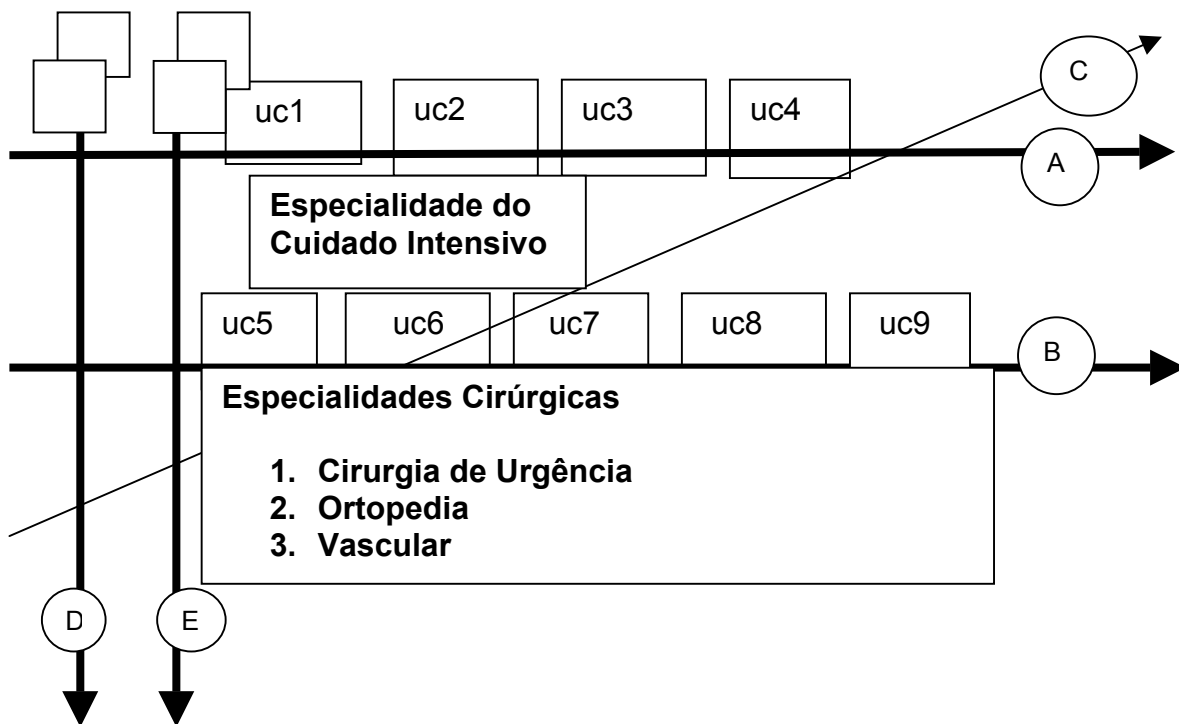


Figura 1 – Modelo de Assistência do HRTN
Fonte: Costa (2007) a partir de Cecílio & Merhy (2003)

A Linha de Cuidado Clínico (A) é composta pelas unidades de cuidado UC Pronto Socorro, diferenciando-se a Emergência Clínica, Observações Masculina e Feminina e a Sala de Paciente Crítico; UC Centro de Tratamento Intensivo; UC Enfermarias das alas 4º A, 4º B, 5º A e 5º B e UC Ambulatório de Egresso

A Linha de Cuidado Cirúrgico (B) segue um modelo misto constituído por unidades de cuidado e especialidades, incluindo adultos e crianças. Diferenciam-se: Linha de Cuidado de Cirurgia de Urgência: Urgência Traumatológica e Urgência Cirúrgica Não Traumatológica, Linha de Cuidado Ortopédico, Linha de Cuidado Vascular.

A Linha de Ensino e Pesquisa (C) perpassa as diferentes linhas e tem a função primordial de garantir a lógica acadêmica em consonância ao desenho de saúde. A Linha de Apoio Diagnóstico (D) atua na “retaguarda” com a parte laboratorial, radiológica, ultrassonografia, tomografia e exames inerentes. Por fim, a Linha de Apoio Técnico-Administrativo (E) trata dos aspectos gerenciais *stricto sensu*, voltados ao funcionamento efetivo do HRTN

Os princípios gerais adotados influenciam o funcionamento global da instituição estando relacionados à missão do HRTN e sua vinculação a Universidade Federal de Minas Gerais, destacando-se a inserção no Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento das atividades de ensino e de pesquisa de forma sistemática, incluindo alunos e médicos residentes como parte do cotidiano organizacional.

Segundo Documento do HRTN (2007), outros princípios mais específicos, associados ao modelo de assistência, buscam maior resolutividade do trabalho no ambiente hospitalar. Os princípios sejam ordenadores da dinâmica assistencial são:

- Assistência por médico horizontal nas observações e sala de paciente crítico do Pronto Socorro, CTI, enfermarias clínicas e cirúrgicas, constituindo-se como médico assistente encarregado da gestão do cuidado dos pacientes sob sua responsabilidade técnica, promovendo discussão do caso (incluindo a discussão e programação na equipe da alta hospitalar e referenciamento para a rede) e solicitação de interconsulta a outros profissionais de acordo com as necessidades dos usuários;
- Implantação de prontuário único por paciente com anotação e registro das informações de forma legível, sistemática e completa por parte de todos os profissionais da equipe além de afixação dos resultados de exames realizados;
- Realização de reuniões clínicas semanais com a presença dos diversos profissionais da equipe, alunos e médicos residentes para a discussão teórica de temas selecionados previamente a partir de casos clínicos destacados;
- Elaboração de protocolos assistenciais multiprofissionais e interdisciplinares que considerem a excelência técnica e a viabilidade institucional;
- Implantação de indicadores de avaliação da assistência desenvolvida, priorizando aspectos do processo e resultados, dentre eles, a definição e acompanhamento de eventos adversos e condições sentinelas;

- Articulação com os diversos serviços de saúde da rede de cuidados do município de origem dos pacientes com encaminhamento formal e institucionalização da referência (HRTN, 2007)

4. Principais Resultados Encontrados após a Constituição da Parceria

Os resultados obtidos ao longo deste período evidenciam a conjugação de interesses convergentes à lógica do objeto, isto é, a tentativa de garantir que o HRTN atenda exclusivamente usuários do SUS, de modo gratuito, universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços. Nesta perspectiva as dimensões relacionadas ao número disponível de leitos, a reorganização do pronto socorro e do apoio diagnóstico e os diversos indicadores de desempenho auferidos no período são balizadores do cumprimento (ou não) do que se propôs esta articulação.

A ativação de leitos teve um atraso no cronograma inicial proposto em função do atraso na realização de obras de melhoria e pela ausência de equipamentos necessários ao bloco cirúrgico. Isso inclusive gerou o aluguel temporário de alguns itens, fazendo com que a abertura das salas e enfermarias cirúrgicas ocorresse no dia 26 de dezembro de 2006 com ativação completa dos leitos em janeiro de 2007. Em fevereiro de 2007 houve também a ampliação de mais 5 leitos do CTI Adulto, perfazendo 25 leitos nessa Unidade.

É importante destacar que a abertura dos leitos foi precedida de um processo de seleção e contratação de médicos, pessoal de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas e área administrativa além de uma reestruturação gerencial envolvendo a programação, compra, dispensação e controle de material médico-hospitalar, medicamentos e equipamentos. No caso do CTI, houve treinamento específico para os técnicos de enfermagem contratados.

A Tabela 1 apresenta um comparativo da configuração inicial e atual dos leitos do Hospital Risoleta Tolentino. Vale salientar que o processo de reorganização do Pronto Socorro gerou a ampliação do número de leitos das observações masculina, feminina e pediátrica com assistência para adultos através de médicos horizontais com discussão de casos e inserção de alunos e médicos residentes à semelhança do processo de trabalho desenvolvido nas unidades de internação.

Tabela 1- Configuração inicial e atual de leitos, HRTN, 2006 e 2007

Especialidade	Número Inicial	Ativação	Número Atual
Clínica Médica	24	Julho/Agosto 2006	96
CTI Adulto	10	Out/2006 e Fev/2007	25
Clínicas Cirúrgicas	0	Dez/2006 e Jan/2007	48
Pronto Socorro	30 (8 masc, 8 fem, 8 semi-intensivo, 6 ped)	Jun e Jul/2006	53 (17 masc, 17 fem, 8 semi-intensivo, 11 ped)
Total	64		222
Salas Cirúrgicas	0	Dez/2006	6

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Em paralelo à ativação dos leitos foi reorganizado o Pronto Socorro considerando os problemas existentes, a saber: inadequação da área física e do fluxo de pacientes, falta de organização do trabalho médico, falta de definição da responsabilidade dos profissionais quanto ao local e tipo de atividades e escala incompleta na Clínica Médica, falta de rotina e regularidade na realização de interconsultas nas especialidades de Neurologia, Nefrologia e Cirurgia Torácica, deficiência na qualificação profissional da equipe de enfermagem, deficiência no apoio diagnóstico especialmente na área de Imagem, falta de fluxos estabelecidos com as unidades de internação para encaminhamento dos pacientes e falta de controle da dispensação de materiais e medicamentos.

Este quadro gerou uma estruturação da assistência através da revisão dos processos de trabalho, fluxos e rotinas existentes. Definiu-se um Coordenador Geral da equipe médica para cada plantão de 12 horas, além de uma Coordenação de Enfermagem exclusiva para o Pronto Socorro. Foi feita a fixação dos plantonistas nas áreas de atendimento do Pronto Socorro, reorganizando-se as observações masculina e feminina com ampliação de leitos e introdução de assistência diurna através de médicos horizontais. A sala de pacientes críticos foi vinculada ao CTI com revisão do processo de trabalho, recomposição de equipe médica e de enfermagem. Foi implantada a Farmácia Satélite do Pronto Socorro com melhora significativa do controle de materiais e de medicamentos. Ampliou-se a carga horária dos especialistas, reorganizando as interconsultas de Neurologia, Nefrologia, Cirurgia Torácica além da Cirurgia Vasculár. Investiu-se também numa maior articulação com as UPA Venda Nova, Pampulha e Norte, Vespasiano, SAMU e Central de Internação da Secretaria Municipal de Saúde de BH, redefinindo-se fluxos para encaminhamentos de pacientes para assistência referenciada.

O apoio diagnóstico foi reestruturada, com a formação nos setores de imagem da equipe de médicos radiologistas para atendimento ininterrupto, recomposição do quadro de técnicos em radiologia, técnicos de enfermagem e de apoio administrativo. O tomógrafo foi ativado em 1º de julho de 2006 e os exames de Duplex Scan foram

iniciados em agosto de 2006. Foram adquiridos 2 arcos cirúrgicos além de 1 equipamento de ultra-som. Foi restaurado 1 equipamento de Rx com instalação no setor de Ortopedia. Foram reativados os equipamentos de Endoscopia, de Colonoscopia de Ecografia com aumento da carga horária presencial dos profissionais. A partir de janeiro de 2007, a realização dos exames laboratoriais foi assumida por um laboratório privado com ampliação dos exames e aperfeiçoamento do processo de controle de qualidade.

Essa mudança gerou aumento considerável em número e complexidade do apoio diagnóstico disponível para os pacientes atendidos no Pronto Socorro e unidades de internação, conforme tabela 2 a seguir.

Tabela 2- Evolução do Apoio Diagnóstico por Tipo de Exame – HRTN, 2006 e 2007

Exames	Jan a Mai 06	Jun 06	Jul 06	Ago 06	Set 06	Out 06	Nov 06	Dez 06	Jan 07	Fev 07	Mar 07
Análise Clínica	13.235	13.895	16.120	16.747	19.822	32.918	24.647	28.397	29.131	28.791	34.201
Raio-X	10.503	9.851	11.770	11.891	11.169	14.217	11.306	11.701	16.098	14.121	8.064
ECG	383	635	648	691	721	628	627	706	669	657	703
Ecocardiograma	27	60	66	108	112	144	117	109	111	132	112
Ultra-som	25	35	44	96	101	123	121	156	218	280	245
Tomografia			85	132	177	215	304	403	474	525	467
Duplex Scan					13	24	32	39	44	61	128
Endoscopia	27	11	18	56	65	54	49	48	72	50	77

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007

Os indicadores de desempenho avaliados no período de junho de 2006 a março de 2007 demonstraram aumento e qualificação das atividades assistenciais desenvolvidas, com ampliação do acesso ao Pronto Socorro e unidades de internação, maior oferta de apoio diagnóstico e terapêutico, com atuação generalizada de equipes multiprofissionais. Verificou-se também a consolidação do Hospital Risoleta Tolentino Neves como unidade de referência para o trauma no eixo norte de Belo Horizonte e Região Metropolitana, especialmente no cuidado ortopédico com possibilidade de ampliação dos atendimentos na Cirurgia Vascular.

Os indicadores inicialmente estabelecidos no Convênio número 221/2006 SES/UFMG/FUNDEP definiam taxa de ocupação, média de permanência e número de saídas no CTI Adulto e nas enfermarias de Clínica Médica e de Cirurgia Geral, número de cirurgias e número de consultas de urgência.

Na seqüência será feita uma análise comparativa do previsto e do realizado acrescentando-se ainda alguns outros indicadores considerados importantes para se avaliar o desempenho do HRTN no campo assistencial e de ensino. No caso do Pronto Socorro, propôs-se um total de 8.400 consultas de urgência/mês. Observou-se de forma importante um crescimento progressivo dos atendimentos médicos realizados a partir de julho de 2006, superando desde agosto de 2006 a meta proposta, perfazendo a partir de outubro de 2006 uma média diária superior a 300 consultas , conforme tabela 3 a seguir.

Tabela 3- Evolução dos Atendimentos Médicos do Pronto Socorro – HRTN, 2006 e 2007

Atendimentos	Jan a Mai 2006	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Jun 2006 Mar 2007
Mês	7320	7187	7891	9131	8772	9189	9169	9412	10160	8816	11614	9134
Média/dia	244	240	263	304	290	306	305	314	338	294	365	305

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007

Verificou-se uma ampliação do acesso em todas as especialidades médicas, exceto Pediatria e Cirurgia Plástica. No caso da Clínica Médica e da Neurologia os maiores incrementos a partir de junho e outubro de 2006, respectivamente, estão relacionados à ampliação da equipe com implantação de médico horizontal e recomposição de plantonistas. Os neurologistas atualmente constituem-se como referência na avaliação de pacientes das UPA Venda Nova, Norte e Pampulha realizando interconsultas e acompanhamento de portadores de patologias clínicas e de neuro-trauma leve. Da mesma maneira, as especialidades cirúrgicas aumentaram progressivamente os atendimentos realizados em virtude da reorganização inicial dos processos de trabalho e seguida das contratações de novos profissionais a partir de dezembro de 2006 para abertura do Centro Cirúrgico. Vale destacar também o grande número de suturas realizadas, passando de uma média diária de 50 para 65 procedimentos descrito na tabela 4 a seguir.

Tabela 4- Evolução dos Atendimentos do Pronto Socorro por Tipo, HRTN, 2006 e 2007

Atendimentos	Jan-Mai 2006	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Jun 2006-Mar 2007
Clínica Médica	1427	1763	1999	2174	2245	2323	1958	2072	2488	2376	2483	2188
Pediatria	269	380	253	213	233	277	267	292	225	242	235	262
Ortopedia	3252	2987	3191	3922	3529	3725	3735	3753	4388	4217	5346	3879
Cirurgia Geral	1417	1376	1559	1825	1840	1840	2112	2074	2047	2201	2440	1931
Neurologia	5	8	11	10	16	46	70	109	110	142	208	73
Plástica	950	673	878	987	909	978	1027	1112	848	766	902	908
Sutura	1497	1289	1643	1919	1940	2029	2211	2235	2047	2049	1935	1930

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP , 2007

NT- não totalizado

A ampliação do acesso ao atendimento hospitalar ocorreu a partir da ampliação do número de leitos com conseqüente incremento das internações em Clínica Médica, CTI Adulto e Clínicas Cirúrgicas. No período de julho a novembro de 2006 observou-se uma menor relação entre o número de internações e número de leitos existentes possivelmente relacionada às elevadas médias de permanência dos pacientes clínicos e de cuidado intensivo. A partir de dezembro verificou-se uma maior rotatividade dos leitos ocasionada pela agilização das altas nas enfermarias de Clínica Médica e CTI e pela abertura dos leitos cirúrgicos caracterizados por curtas médias de permanência, conforme tabela 5 a seguir.

Tabela 5- Evolução do Número de Internações, HRTN, 2006 e 2007

Especificação	Jan-Mai 2006	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Internações	143	172	219	246	292	425	458	566	788	790	836
Leitos	34	34	58	106	106	116	116	116	164	169	169

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Entre junho a dezembro de 2006 o HRTN caracterizou-se majoritariamente por um perfil de pacientes internados das especialidades clínicas, portadores principalmente de patologias crônico-degenerativas de maior complexidade e de faixa etária avançada cuja alta dependia de investigações propedêuticas, estabilização do quadro clínico, identificação de cuidador domiciliar e de encaminhamento para serviço de acompanhamento ambulatorial. As metas das taxas de ocupação estabelecidas no Convênio SES/UFMG/FUNDEP de 90% para as enfermarias de Clínica Médica e do CTI Adulto foram cumpridas integralmente em todos os meses exceto no mês de junho quando foi iniciada a abertura dos leitos clínicos.

Tabela 6- Evolução das Taxas de Ocupação por Especialidade, HRTN, 2006 e 2007

Unidade	Jan-Mai 06	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Jun 06 Mar 07
Clínica Médica	76	87	90	94	90	97	99	97	99	98	98	95
Clínicas Cirúrgicas									70	83	83	79
CTI Adulto	96	99	100	100	98	93	95	98	99	99	95	98
Geral HRTN	86	93	95	97	94	95	97	98	84	93	92	94

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Da mesma forma, este perfil de maior gravidade dos pacientes das especialidades clínicas resultou em permanências mais prolongadas durante o ano de 2006 com uma média de 14 dias nas enfermarias de Clínica Médica e de 9 dias no cuidado intensivo, não possibilitando o cumprimento das metas propostas no Convênio SES/UFMG/FUNDEP de 10 e de 5 dias para Clínica Médica e CTI Adulto, respectivamente.

Entretanto, observou-se uma melhora progressiva com maior agilização das altas relacionada ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho e de melhora das relações entre as diversas unidades de internação e setores de apoio diagnóstico e terapêutico além de uma maior articulação com os Distritos Sanitários de BH e municípios vizinhos. Nesse sentido, houve um monitoramento dos fatores dificultadores para a alta, reestruturando os fluxos e as rotinas de encaminhamento interno e externo dos pacientes (**Tabela 7**).

Tabela 7- Evolução das Médias de Permanência por Especialidade, HRTN, 2006 e 2007

Unidade	Jan-Mai 06	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Jun 06 Mar 07
Clínica Médica	11	12	13	15	13	14	15	13	13	11	10	13
Clínicas Cirúrgicas									3	4	4	4
CTI Adulto	8	8	9	12	10	8	6	9	8	7	7	8
Geral HRTN	10	10	11	14	12	11	11	11	8	8	7	10

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

No caso das enfermarias cirúrgicas, verificou-se uma taxa de ocupação mais baixa (70%) no primeiro mês completo de funcionamento em janeiro de 2007 seguida de uma elevação que superou a meta estabelecida no Convênio SES/UFMG/FUNDEP de 80%. Vale destacar que as médias de permanência do perfil do paciente cirúrgico majoritariamente proveniente do trauma ortopédico ficaram muito abaixo da meta de 7 dias estabelecida no Convênio SES/UFMG/FUNDEP, perfazendo uma média no primeiro trimestre de 2007 de 4 dias. O perfil do paciente cirúrgico influenciou de forma importante a queda da média de permanência geral do HRTN observada no ano de 2007. Entretanto, no caso do CTI, sua influência foi discreta uma vez o perfil cirúrgico

que necessitou de cuidado intensivo foi de um não traumatológico complexo, geralmente portador de infecções graves, ou de um politraumatizado além de predominar ainda os perfis clínicos de alta complexidade nesta unidade de internação.

Estes aspectos sobre a utilização dos leitos do Hospital Risoleta Tolentino Neves influenciaram o resultado do número de saídas em cada enfermaria e no CTI Adulto, possibilitando o cumprimento i do que foi previsto para as unidades das especialidades cirúrgicas no Convênio SES/UFMG/FUNDEP. Contudo, no caso das enfermarias clínicas e de cuidado intensivo, as médias de permanências prolongadas em função do perfil dos pacientes impediram o alcance das metas estabelecidas. Vale destacar, entretanto, que os resultados das reformulações dos processos de trabalho internos e na relação com a rede de Belo Horizonte e municípios vizinhos desenvolvidos de forma mais sistemática a partir de 2007 permitiram o cumprimento das metas de saídas previsto para o mês de março para a Clínica Médica e CTI Adulto (**Tabela 8**).

Tabela 8- Comparativo entre o Número de Saídas Previsto e Realizado nas Unidades de Internação, HRTN, 2006 e 2007

Especialidade	nov/06		dez/06		jan/07		fev/07		mar/07	
	Previsto	Real	Previsto	Real	Previsto	Real	Previsto	Real	Previsto	Real
Clínica Médica	260	193	260	232	260	227	260	237	260	299
Cirurgia Geral	120		200		200	243	200	285	200	319
CTI Adulto	92	91	92	71	92	80	92	77	92	103

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Em dezembro de 2006 foram abertas as salas do Centro Cirúrgico e ativados os leitos de retaguarda aos pacientes da Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular e Cirurgia Plástica com aumento no primeiro trimestre de 2007 de 31% nos atendimentos de Ortopedia e de 25% de Cirurgia Geral no Pronto Socorro. Dentre as cirurgias realizadas, predominaram em todos os meses as ortopédicas de perfis variados de complexidade. Progressivamente, o HRTN tornou-se referência no atendimento para trauma no eixo norte de Belo Horizonte e municípios vizinhos aumentando o número de procedimentos cirúrgicos em todas as especialidades recebendo pacientes de média e alta complexidade e executando uma média em torno de 17 cirurgias/dia no mês de abril (**Tabela 9**).

Tabela 9 – Evolução do Número de Cirurgias por Especialidade, HRTN, 2006 e 2007

Especialidade	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Total	%
Ortopedia	25	220	290	255	303	1093	62,9
Cirurgia Geral	16	74	63	77	98	328	18,9
Cirurgia Plástica	4	46	41	52	58	201	11,6
Cirurgia Vascular	1	18	18	27	50	114	6,6
Cirurgia Torácica	0	1	1	1	0	3	0,2
Total	46	359	413	412	509	1739	100,0

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Registrou-se na maior inserção dos diversos profissionais na equipe que realiza o

cuidado aos pacientes atendidos nas observações e sala de paciente crítico do Pronto Socorro e internados nas enfermarias e CTI Adulto. Observou-se ainda um aumento na participação de profissionais de diversas categorias profissionais (**Tabela 10**).

Tabela 10- Evolução do Número de Atendimentos por Categoria Profissional, HRTN, 2006 e 2007

Atendimentos	Jan-Mai 2006	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Jun 2006-Mar 2007
Psicologia	245	397	554	597	565	606	522	419	616	458	695	543
Serviço Social	2458	2925	3537	3554	3791	4459	4358	3222	2644	7661	8972	4512
Fisioterapia	1070	1259	1516	1320	1463	2001	2206	2910	2284	2934	3032	2093
Fonoaudiologia	188	209	324	453	373	448	397	311	342	221	241	332
Nutrição	7041	8383	10661	14967	19478	25377	23406	25605	32158	29949	33187	22317

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

A procedência dos pacientes atendidos no HRTN apresentou pequenas variações percentuais entre os anos de 2006 e 2007. Mais de 65% dos pacientes residem em Belo Horizonte, sendo também numericamente significativos os usuários de Ribeirão das Neves, Vespasiano e Santa Luzia (**Tabela 11**).

Tabela 11- Percentual dos Pacientes por Procedência, HRTN, 2006 e 2007

Município	2006	2007
Belo Horizonte	66,9	65,3
Ribeirão das Neves	16,0	16,3
Santa Luzia	6,2	6,6
São José da Lapa	0,7	0,8
Vespasiano	7,7	7,3
Outros Municípios	2,5	3,7
Total	100,0	100,0

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

Após a implantação do atendimento cirúrgico ao trauma, observou-se um crescimento progressivo dos pacientes de faixa etária mais jovem, concentrando 52,4% até 49 anos de idade. Por outro lado, o ano de 2006 foi marcado pelo elevado percentual de 64,5% dos pacientes com idade maior ou igual a 50 anos, conforme tabela 12 a seguir.

Tabela 12- Distribuição Percentual (%) dos Pacientes Atendidos por Faixa Etária, HRTN, 2006 e 2007

Faixa Etária (anos)	Janeiro-Dezembro 2006	Janeiro-Março 2007
0 a 11	1,8	4,8
12 a 19	2,9	6,7
20 a 49	30,9	40,9
50 a 69	36,5	27,1
70 e Mais	27,9	20,5
Total	100	100

Fonte: HRTN/UFMG/FUNDEP, 2007.

De forma geral , os resultados auferidos no primeiro ano do convênio evidenciaram que:

- Houve um aumento de 3,45 vezes no número total de leitos, sendo o aumento maior na clínica cirúrgica (antes inexistentes) 4,8 vezes, seguido por clínica médica / 4, CTI / 2,5 e PS / 1,8.
- O crescimento da propedêutica hospitalar foi de (número de vezes):
 - Análises Clínicas / 2,58
 - Raio X simples / 1,34
 - Eletrocardiografia / 1,83
 - Ecocardiografia / 4,15
 - Ultrassonografia / 9,8
 - Tomografia: não era realizada, média de 700 exames/mês
 - Duplex-scan: não era realizado, média de 150 exames/mês
 - Endoscopia / 2,85
- O impacto no número de atendimentos por clínicas, considerando-se o investimento em compor todas as escalas de especialidades e do pronto socorro, ampla reorganização desses ambientes (definição de responsabilidades, organização do referenciamento e contra-referenciamento, horizontalização do atendimento médico), correspondeu a (numero de vezes):
 - Média total do PS: > 1,25
 - Clínica Médica: > 1,21
 - Pediatria : < 0,39
 - Ortopedia: > 1,78
 - Cirurgia Geral: > 1,77
 - Neurologia Clínica: > 26
 - Plástica: > 1,34

- Suturas: > 1,30
- Desde a ativação do bloco cirúrgico houve um crescimento do número de cirurgias até a sua estabilização. O movimento cirúrgico por clínicas é ortopedia 62,9%, cirurgia geral 18,9%, plástica 11,6%, cirurgia vascular 6,6% e a cirurgia torácica 0,2%, sendo que o aumento do número de procedimentos foi de 43,72; 20,5; 50,25; 114 e 3 vezes, respectivamente.
- Houve um crescimento do número de atendimentos por especialidades não médicas, psicologia /1,75; serviço social / 3,06; fisioterapia / 2,4; fonoaudiologia / 1,15; nutrição / 3,95.
- Houve uma sensível redução da faixa etária média da população em decorrência do perfil dos pacientes vítimas de trauma.
- A relação Internações/Leitos teve uma redução de 0,03% uma vez que o crescimento do número de leitos foi proporcionalmente maior do que o número de internações no mesmo período.
- As taxas médias de ocupação mantiveram-se sempre acima das metas propostas: - Clínica Médica 95%, Clínica Cirúrgica 79% (> ativação de leitos), CTI 98%, Geral 94%; enquanto as médias de permanência para Clínica Médica e CTI superaram as metas (13/10 e 8/5, respectivamente) a Clínica Cirúrgica (4 / 7) permitiu que o desempenho geral do hospital atingisse a meta (10/10). A partir desse resultado implementou-se uma ferramenta de gerenciamento da média de permanência na clínica médica e CTI.
- Não houve alteração do perfil de procedência dos pacientes sendo 65% da capital, 31% de municípios vizinhos e 4% de outras regiões. Devido ao elevado percentual de pacientes provenientes de municípios da redondeza iniciou-se negociação com as SMS desses para melhor articulação do referenciamento e contra-referenciamento.

Cabe também salientar que houve a constituição e efetivação de todas as comissões técnicas previstas às quais se somaram ainda o Núcleo de Gestão da Qualidade, o Núcleo de Gestão da Informação, Comissão de Obras e Infra-estrutura e o Grupo de Trabalho de Humanização. O SESMT foi totalmente reformulado, contratada toda uma equipe e em seu plano de trabalho iniciou-se o mapeamento de fatores de risco na execução do trabalho de cada setor do hospital, dando-se início a ações preventivas e corretivas bem como foi assumido o controle das avaliações admissionais e demissionais.

No âmbito das atividades de ensino e pesquisa, foram implementadas ações voltadas ao papel do HRTN como Hospital de Ensino da UFMG. O modelo proposto está diretamente vinculado ao modelo assistencial e à inserção dos docentes no processo

de produção do cuidado. No ano de 2006, houve uma média diária de 25 alunos da área de saúde das unidades acadêmicas da UFMG e em 2007 este número dobrou para 50 alunos/dia sendo 150 estudantes de graduação em estágios curriculares e 7 médicos residentes, prevendo-se ampliações desse quantitativo no segundo semestre.

5. Considerações Finais – Um Balanço Preliminar

Em que pese a relevância dos resultados obtidos, os indicadores neste período demonstram ainda uma relativa dificuldade em atingir as metas esperadas. Alguns pontos merecem destaque, como a dificuldade em cumprir o cronograma de ativação do Bloco e das alas cirúrgicas e a aquisição de material médico cirúrgico por parte da SES-MG.

Outro aspecto que denota as dificuldades encontradas está relacionado à Incorporação da equipe médica do CTI aos cuidados da unidade de cuidados intermediários localizada dentro do pronto socorro. Após um ano de gestão, esse processo só foi possível após negociação com as equipes, para que as mesmas aderissem ao modelo de "horizontalização" da assistência.

Nesse modelo o acompanhamento diário dos pacientes é feito pelo mesmo médico contrapondo-se à lógica dos plantões, onde o acompanhamento é feito por um profissional diferente a cada dia. Houve queda da mortalidade na unidade e melhora no prognóstico dos pacientes dela encaminhados ao CTI em virtude do aumento da agilidade nas transferências.

Outro aspecto que perpassou o período foi a negociação com a rede tendo como principal demandante a Secretaria Municipal de Saúde, para atender à carência da região norte onde se localiza o HRTN. Isso fez com que fosse incorporada uma maternidade em duas alas ainda não ativadas do HRTN em caráter temporário, com permanência prevista até dezembro de 2008.

No âmbito gerencial, a implantação do sistema de informação, apesar de cumprir o cronograma previsto teve como imprevisto o atraso na implantação do módulo de *Business Intelligence (BI)*, diminuindo a eficiência na obtenção de informações que poderiam balizar decisões importantes na área gerencial.

De forma geral, o convênio estabelecido entre duas esferas públicas trouxe significativas alterações no desenho de saúde do HRTN, tanto para quem assumiu sua gestão e funcionamento, no caso a UFMG, quanto na definição de metas e resultados acordados pelo Estado à luz do orçamento disponibilizado. Esta articulação, se ainda encontra-se em fase de amadurecimento, traz consigo uma série de aspectos positivos quanto ao usuário do sistema de saúde, que ganhou uma nova porta de entrada em uma região tradicionalmente deficitária de serviços desta natureza.

6. Referências Bibliográficas

AGUILLAR, Fernando Herren. Controle social de serviços públicos. São Paulo: Max Limonad, 1999.

CARVALHO, Carlos Eduardo Vieira de. Regulação de serviços públicos na perspectiva da constituição econômica brasileira. Belo Horizonte : Del Rey, 2007.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira ; MERHY, Emerson Elias . A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.. 1 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003, v. 1, p. 197-210

COSTA, J. M. S. *A assistência humanizada e estrutura organizativa – a necessária interface: a experiência do grupo de trabalho de humanização em um hospital de Belo Horizonte*. Dissertação (Mestrado em Administração , UFMG, Belo Horizonte, 2004.

COSTA, Monica *O planejamento como tecnologia de gestão qualificando o cuidado e o ensino em saúde*. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria (dissertação de mestrado), 2007.

HRTN, *Relatório de Gestão Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves. Junho/2006 a Março/2007*. Belo Horizonte: UFMG/FUNDEP, 2007

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p. (Ed. 2006).

PINTO e SILVA, Cristiana Maria Fortini. Contratos Administrativos. Belo Horizonte: Del Rey, 2007.

RICARDO, Vagner. Vícios e virtudes públicas, In: Saúde I / Conjuntura Econômica/FGV; Abril/2006, v. 60, n. 04, p.18-23

WOLFFENBÜTTEL, Andréia. O valor da vida, In: Desafios do desenvolvimento/IPEA; Abril/2005, ano 2, v. 9, p. 38-44

¹ Vagner Ricardo, In: Saúde I / 2006 ,18-23