



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

ESDRAS DOS SANTOS PINHEIRO PEREIRA

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES HOSPITALARES DE SAÚDE A LUZ DO
FINANCIAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PERÍODO DE 10 ANOS

Rio de Janeiro

2023

ESDRAS DOS SANTOS PINHEIRO PEREIRA

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES HOSPITALARES DE SAÚDE A LUZ DO
FINANCIAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PERÍODO DE 10 ANOS

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti

Rio de Janeiro

2023

FOLHA DE APROVAÇÃO

ESDRAS DOS SANTOS PINHEIRO PEREIRA

SÉRIE HISTÓRICA DE INDICADORES HOSPITALARES DE SAÚDE A LUZ DO
FINANCIAMENTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO PERÍODO DE 10 ANOS

Monografia apresentada ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 03 de março de 2023.

Prof. Dr. Paulo Eduardo Xavier de Mendonça (Orientador)
IESC/UFRJ

Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Artur Monte Cardoso
IESC/UFRJ

Prof. Dr. Antonio José Leal Costa
IESC/UFRJ

RESUMO

PEREIRA, Esdras dos Santos Pinheiro. **Série histórica de indicadores hospitalares de saúde a luz do financiamento em um hospital universitário no período de 10 anos.** Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

É de conhecimento partilhado que o principal motivo atribuído a um mal desempenho hospitalar é a falta de financiamento ou perda de verba. Nesse sentido, esse estudo buscou analisar os indicadores de saúde de um hospital universitário à luz do financiamento do mesmo em uma série histórica de 10 anos. Ao analisar os indicadores clássicos como Admissão, Alta e Mortalidade Geral Hospitalar, observou-se certa regularidade, o que evidencia pouca alteração na produção, mesmo com a enorme perda de espaço físico causado pela implosão de uma ala deteriorada. Atrelado a isso, o financiamento do hospital também se manteve regular, tendo, inclusive, aumentado no período em que a autarquia EBSEH— Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — estava negociando a administração dos hospitais da UFRJ. Assim, percebe-se que o mito do subfinanciamento hospitalar como responsável pela perda de capacidades assistenciais não é justificado, pois nem os indicadores, tampouco no financiamento, decrescem e sim, mantêm-se estáveis.

Palavras-chave: Financiamento hospitalar. Hospital universitário. Indicadores hospitalares em saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Leitos-dia.....	14
Gráfico 2 – Admissões.....	15
Gráfico 3 – Saídas.....	16
Gráfico 4 – Altas.....	17
Gráfico 5 – Óbitos	18
Gráfico 6 – Diárias.....	19
Gráfico 7 – Taxa de Ocupação Hospitalar	20
Gráfico 8 – Média de Permanência	21
Gráfico 9 – Intervalo de Substituição.....	22
Gráfico 10 – Índice de Renovação	23
Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar	24
Gráfico 12 – Taxa de Mortalidade Institucional	25
Gráfico 13 – Total de Custeio.....	26
Quadro 1 – Indicadores	12

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HU	Hospital Universitário
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensão Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FAU	Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
COPPE	Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS.....	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 METODOLOGIA	11
4 RESULTADOS.....	14
5 DISCUSSÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O contexto histórico que precedeu a reforma sanitária foi marcado pelo injusto e desigual acesso à saúde, pois este era restrito a grupos mais articulados, seja através de seus sindicatos, ou pelas Caixas de Aposentadoria e Pensão, posteriormente convertidas nos Institutos de Aposentadoria e Pensão — IAP de categorias específicas e finalmente unificadas no Instituto Nacional de Previdência Social — INPS, posteriormente desdobrados em Instituto Nacional do Serviço Social — INSS, no Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social — INAMPS— e do Instituto de Administração da Previdência Social — IAPAS.

De modo geral, uma parcela significativa da população recorria aos serviços municipais e estaduais dedicados à atenção básica, principalmente, atenção materno-infantil e imunizações e atenção à urgências e emergências, bem como às instituições tradicionais serviços de caridade por filantropia. Frente a estas situações e no contexto das lutas pela redemocratização do país, articularam-se movimentos sociais diversos envolvendo partidos com suas bancadas progressistas, sindicatos de trabalhadores e suas federações, movimentos de cientistas e trabalhadores da saúde, instituições de ensino e movimentos na sociedade civil, que começaram a idealizar um processo de Reforma Sanitária, com um sistema de saúde mais justo e inclusivo. Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde o SUS — Sistema Único de Saúde — foi proposto, e posteriormente na Constituinte de 88, foi enunciado o direito à saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos na Constituição Federal de 1988. Posteriormente este Sistema foi regulamentado por meio das leis 8.080/1990 (BRASIL, 1990a) e 8.142/1990 (BRASIL, 1990b).

É indubitável que a reforma sanitária foi imprescindível para a melhoria não só das propostas terapêuticas disponíveis, mas também no acesso, pois incutiu no SUS três fundamentais princípios de regulação, cujo impacto contribuiu para toda a sociedade civil nacional e qualquer outro que esteja dentro dos limites do território brasileiro. Nesse sentido, seu primeiro princípio — Universalidade — já garante que qualquer indivíduo, residente ou não no país, tenha acesso aos serviços (BRASIL, 1990a, p. 3, art. 7).

Além disso, o segundo princípio — Integralidade — prevê que o usuário seja tratado como um indivíduo completo, que não tem apenas uma queixa e um sintoma,

mas também permitiu formular um aparato de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para que possa haver um cuidado completo (BRASIL, 1990a, p.3, art. 7).

Ademais, o SUS foi criado também com o princípio da Igualdade, que enfrenta os reflexos e as consequências da desigualdade, ou seja, independente da renda, cor, raça, religião, gênero, classe econômica ou orientação sexual, todos terão o mesmo direito de acessar todos os serviços, com reconhecimento e priorização das diversas vulnerabilidades que também devem organizar o acesso (BRASIL, 1990a, p.3, art. 7). Embora, cada indivíduo seja diferente e tenha demandas diferentes, dessa forma é possível tratá-los de acordo com suas singularidades, investindo mais onde a carência é maior.

Por conta dessa enorme mudança na maneira com que o Brasil compreende e disponibiliza seus cuidados em saúde, foi necessário um alto investimento estrutural, nos processos de trabalho, na formação dos profissionais de saúde, entre outras questões, para dar conta de todos os direitos garantidos após a reforma. Em consequência ampliou-se o número de unidades de saúde, sobretudo hospitais, de modo que os indivíduos pudessem ser assistidos. Portanto, este estudo busca entender melhor um hospital específico, que é universitário (HU) e se situa no Rio de Janeiro, assim como analisar os indicadores de desempenho e de financiamento em uma série histórica.

Para isso, é importante salientar que o HU em questão é o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Do ponto de vista de sua formulação histórica, sua idealização ocorreu após o primeiro governo de Getúlio Vargas, sendo a construção efetiva se inicia em 31 de janeiro de 1951. Contudo, somente no dia 1º de março de 1978, durante o período da ditadura civil militar, o Hospital foi inaugurado. Os moldes desenvolvimentistas e o ideal de mega construções da época, culminaram na exorbitante área inicial do hospital de 220.000 m², a qual comportaria 1800 leitos. Todavia, apenas metade dessa área era utilizada, estando nas primeiras décadas os 4º andar (ocupado apenas pela Farmácia Hospitalar e um auditório) e os 6º, 7º e 8º andares totalmente desocupados, além da área Leste, que experimentou ocupação apenas pela Odontologia Social no 3º andar e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva — NESC, embrião do que viria a ser o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), evidenciando uma área gigantesca e nunca

utilizada, destinada aos diversos cursos da UFRJ, chamada de “perna seca” que posteriormente foi demolida no final de 2010.

Por se tratar de um hospital de ensino, a instituição presta assistência hospitalar semelhante a um hospital de base, contudo, o hospital universitário serve como centro de formação e pesquisa. Assim, com o intuito, também, de suprir essas demandas docentes, o hospital goza de

Autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados. (BRASIL, 1990a, p. 16, art. 45).

O primeiro Diretor do HU foi Clementino Fraga Filho (1978-1985) que lhe empresta o nome; e foi seguido por Antônio Jazbick (1986-1989), em sequência, José Ananias recebeu dois mandatos e foi Diretor do HUCFF de 1989 a 1997, posteriormente assumiu a direção Amâncio Paulino de Carvalho, também com dois mandatos, de 1998 a 2005, sendo seguido pelo seu vice Silvio Martins que esteve como diretor do Hospital Universitário (HU) por 6 meses apenas, de forma a concluir o mandato. Em seguida dirigiram os professores Alexandre Pinto Cardoso (2006 – 2009) e depois José Marcus Raso Eulálio (2009 - 2013). Já a gestão de Eduardo Jorge Bastos Cortês foi de 2014 a 2017 e, por fim, Leôncio Feitosa assumiu em 2017 e permaneceu na direção do HUCFF até 2019, sendo sucedido por Marcos Freire, que é o atual Diretor do HUCFF.

É importante salientar que manter esse aparato hospitalar é dispendioso, primeiramente, pelo volume de pacientes admitidos ao mês (cerca de 700) que necessitam dos mais diversos níveis de cuidado, variando de atendimentos ambulatoriais a complexos protocolos clínicos segundo dados de 2019. Para que se viabilize tal fluxo, necessita-se de insumos — energia, equipamentos, medicações, luvas, assim como de recursos humanos, que são os funcionários distribuídos nas mais diversas funções. Atrelado a isso, a instituição é um grande centro de formação de profissionais, desde a graduação à pós-graduação *lato e stricto sensu* e também ensino em nível técnico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação do desempenho do hospital, à luz dos indicadores clássicos hospitalares e o financiamento deflacionado de dezembro de 2018 em uma série histórica de 2009 a 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apurar os indicadores de gestão e desempenho do HUCFF entre 2009 e 2018;

Apurar o volume orçamentário deflacionado disponibilizados para o HUCFF entre 2009 e 2018 a partir de seus gastos.

3 METODOLOGIA

Este estudo se trata de uma análise descritiva a partir de séries de indicadores do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Neste sentido, foi realizada uma análise de série histórica dos indicadores Leitos-dia, Admissões, Saídas, Altas, Óbitos, Diárias, Taxa de Ocupação Hospitalar, Média de Permanência, Índice Intervalo de Substituição, Índice de Reposição, Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar, Taxa de Mortalidade Institucional e as informações financeiras de despesas realizadas no período de janeiro de 2009 a dezembro 2018.

Os termos e conceitos dos indicadores foram estabelecidos pelo manual de padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar (BRASIL, 2002) e outros instrumentos de qualificação conceitual, como por exemplo, as Diretrizes para Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2018).

Os dados a respeito dos indicadores hospitalares foram retirados da base de dados do próprio hospital chamada MedTrak®, enquanto os dados financeiros foram levantados no Portal de Transparência do Governo Federal (BRASIL, 2004). Na parte de despesas do portal, foi pesquisado o volume financeiro utilizado no HUCFF durante o período de 2009 a 2018. Os valores referentes aos anos analisados foram deflacionados para dezembro de 2018 a partir das informações do Banco Central do Brasil, de modo que se possa fazer uma análise comparativa sem o viés da inflação de cada ano. É importante salientar também que foram removidos das análises os dados referentes aos meses novembro de 2010 a fevereiro de 2011, pois, devido a implosão da ala sul do HUCFF, o hospital teve que ser esvaziado, alterando significativamente os indicadores de produção do hospital.

No período de dezembro de 2015 a janeiro de 2016 há uma variação que não coincide com a estabilidade dos indicadores. Isso porque, de acordo com reportagens da época, haviam leitos recém reformados, porém o quantitativo de profissionais não era suficiente. Na época, os gestores estimaram que precisariam de 180 contratações para o hospital funcionar normalmente naquele molde.

Abaixo há um quadro síntese dos indicadores sistematizando o que eles propõem e como calculá-los:

Quadro 1 – Indicadores

Indicador	O que ele expressa	Como calcular
Leitos-dia	Representam os leitos operacionais ou disponíveis, ou seja, a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.	Somatório dos leitos disponíveis a cada dia do hospital
Admissões	Processo pelo qual o paciente dá entrada na instituição; representam os Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas	Somatório dos pacientes admitidos no hospital
Saídas	Representa a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito	É o somatório dos óbitos com as altas e transferências externas
Altas	Representam a finalização do período de internação devido a melhora do estado do paciente, cura ou transferência externa. No caso do HUCFF os óbitos são contados separadamente	Somatório das altas de todos os dias do mês
Óbitos	Representam os óbitos ocorridos com os pacientes após terem dado entrada no hospital.	Somatório diário dos óbitos ocorridos com os pacientes do hospital
Diárias	Representam a ocupação de um leito de internação por qualquer período de tempo, no mínimo por 24 (vinte e quatro) horas.	Somatório dos dias de internação dos pacientes
Taxa de Ocupação Hospitalar	Representa a relação percentual entre pacientes internados e a capacidade do hospital	$(\text{N}^\circ \text{ de Pacientes-dia} / \text{N}^\circ \text{ de leitos-dia}) \cdot 100$
Média de Permanência	Representa o tempo médio em dias que os pacientes permanecem internados no hospital.	Somatório do número de pacientes-dia no período / número de saídas no período

Índice de Intervalo de substituição	Determina o tempo médio que um leito fica desocupado entre a alta de um paciente e a entrada de outro.	$100 - \text{Taxa Ocupação Hospitalar} \times \text{média de permanência em dias} / \text{Taxa de Ocupação Hospitalar}$
Índice de Renovação	Representam a relação entre o número de pacientes com alta em um intervalo de tempo e o número de leitos livres no mesmo período	$\text{N}^\circ \text{ de saídas em um período} / \text{N}^\circ \text{ de leitos no mesmo período}$
Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar	Representa a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internos durante um determinado período e o número de pacientes saídos no mesmo período	$\text{Quantidade de óbitos em determinado período} / \text{Quantidade de saídas no mesmo período} \times 100$
Taxa de Mortalidade Institucional	Representam a relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas pelo menos 24 horas da admissão hospitalar do paciente, em um mês, e o número de pacientes que saíram do hospital	$\text{n}^\circ \text{ de óbitos ocorridos após as primeiras 24h de internação no período} / \text{n}^\circ \text{ de saídas hospitalares no período} \times 100$

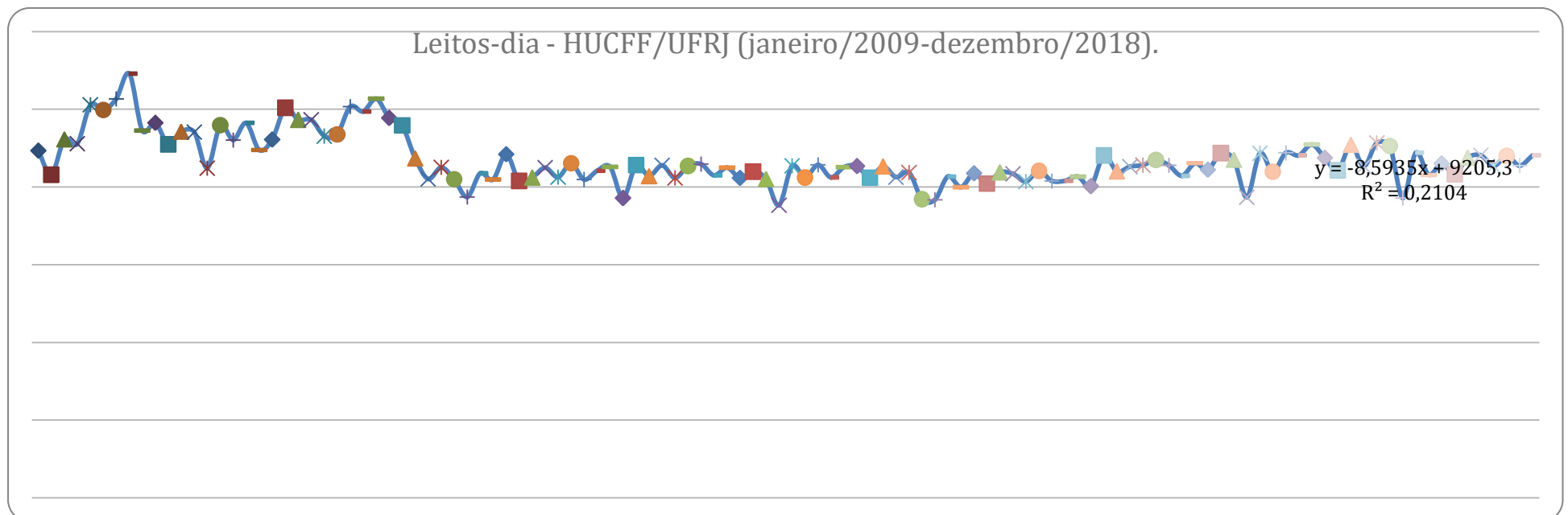
Fonte: Brasil (2002).

4 RESULTADOS

Apresenta-se a seguir o conjunto de indicadores clássicos de resultados da atividade hospitalar, com vistas a proceder uma breve análise deste desempenho em suas séries históricas, confrontando com as despesas realizadas que, em nosso caso, considerou-se reflexo do orçamento disponível.

O indicador **leitos-dia**, representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar. Seu cálculo se dá pela soma de leitos disponibilizados a cada dia no total de dias do período observado. Como a análise é feita mês a mês, utiliza-se o número de dias de cada mês. A esse respeito, o indicador teve média de 286, com mediana de 280,6 e desvio padrão de 630. A análise do gráfico mostra dois patamares, um até o final de 2011, seguido de uma ascensão dali.

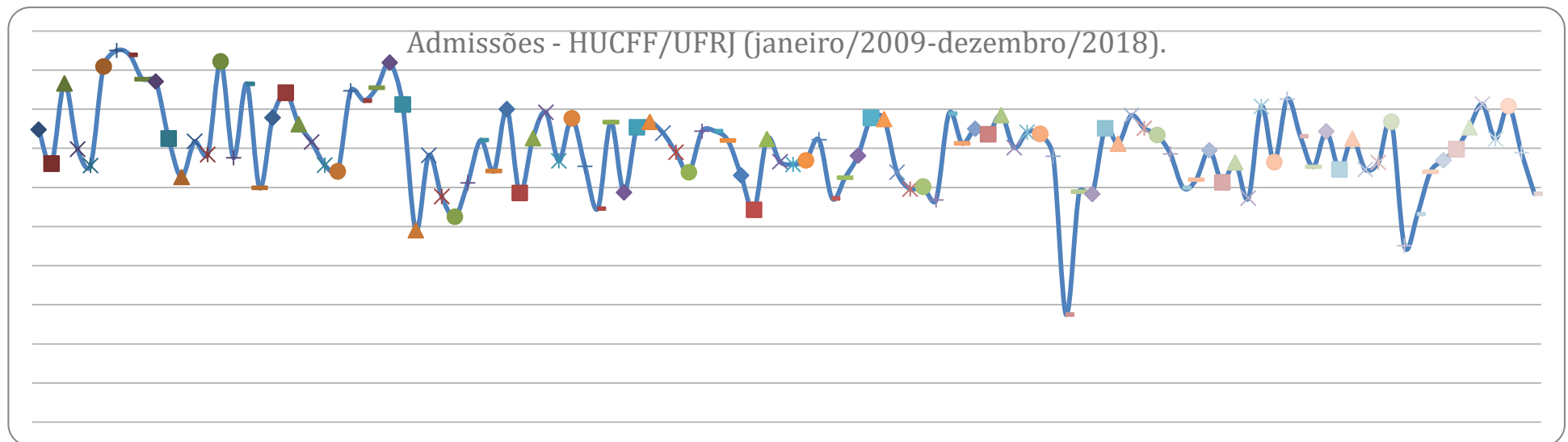
Gráfico 1 – Leitos-dia



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do HUCFF.

A respeito das **admissões**, indicador que representa o número de pacientes que deram entrada no hospital, as informações mostram uma média de 702 pessoas internadas por mês, com mediana de 707 e desvio padrão de 105. Observou-se certa estabilidade na variável.

Gráfico 2 – Admissões



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do HUCFF medtrack.

Sobre as **saídas**, indicador que representa a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento ou transferência externa, observa-se uma média de 695 saídas por mês, mediana de 695 e desvio padrão de 98. A variável se manteve estável.

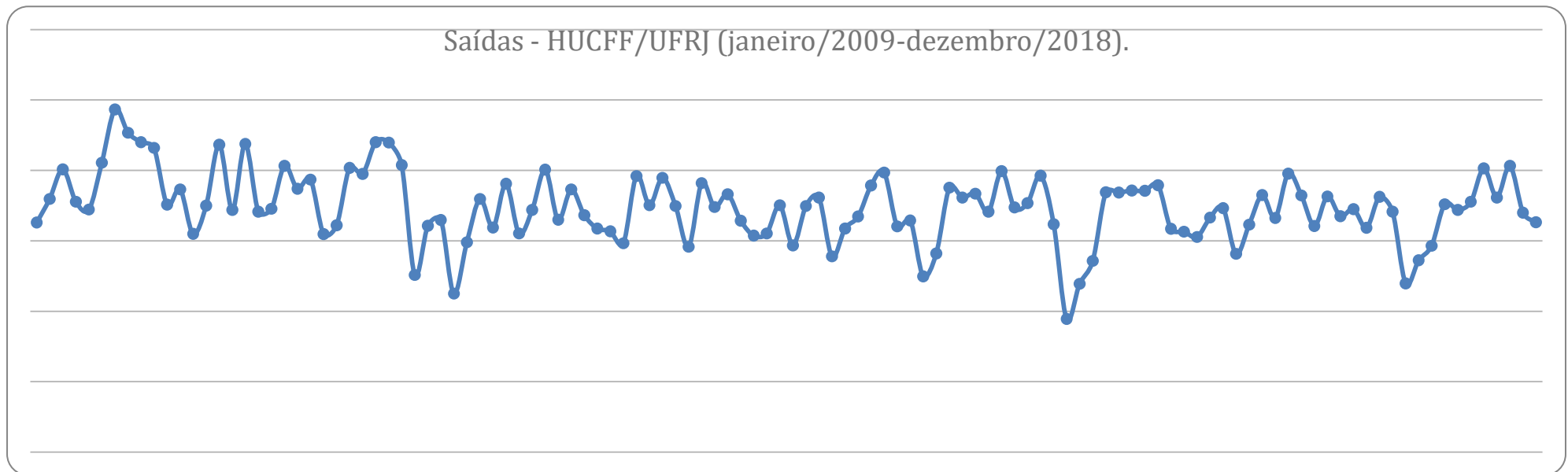
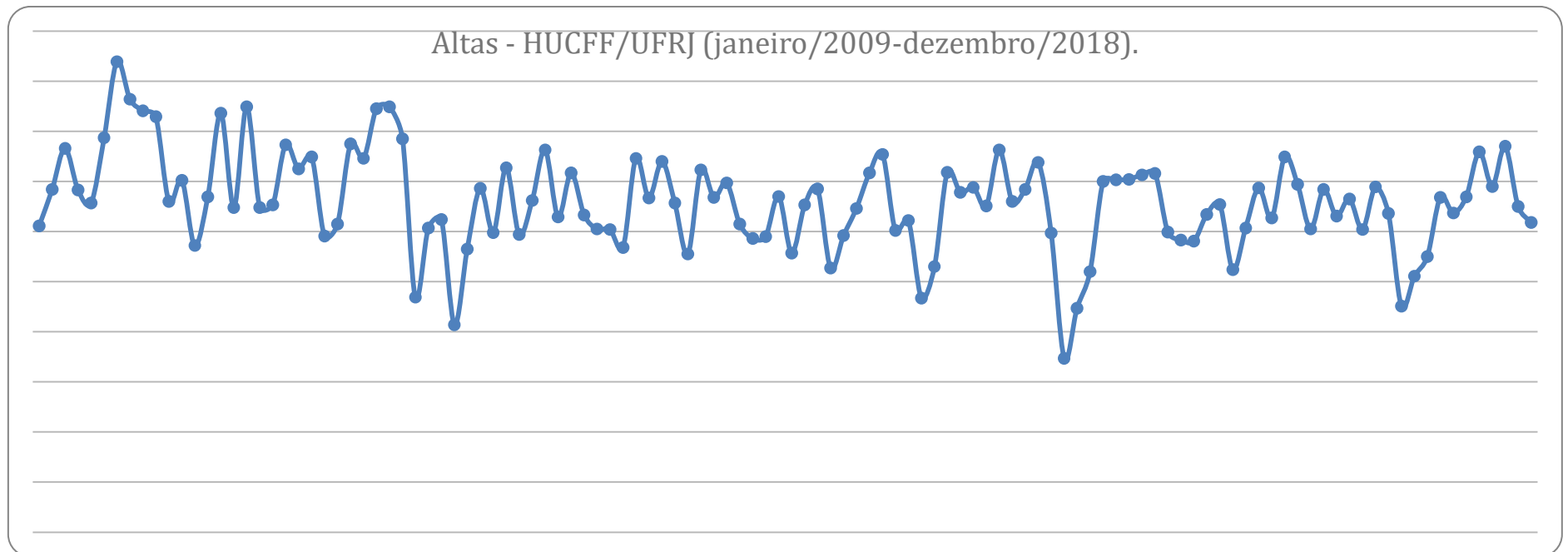


Gráfico 3 – Saídas

Fonte: Elaboração própria com base nos dados do HUCFF medtrack.

As **altas** representam o fim da assistência médica que estava sendo prestada, ou seja, é a finalização da internação hospitalar. A esse respeito, observa-se a média de 659, por mês com mediana 660 e desvio padrão de 97 e também se mantiveram estáveis.

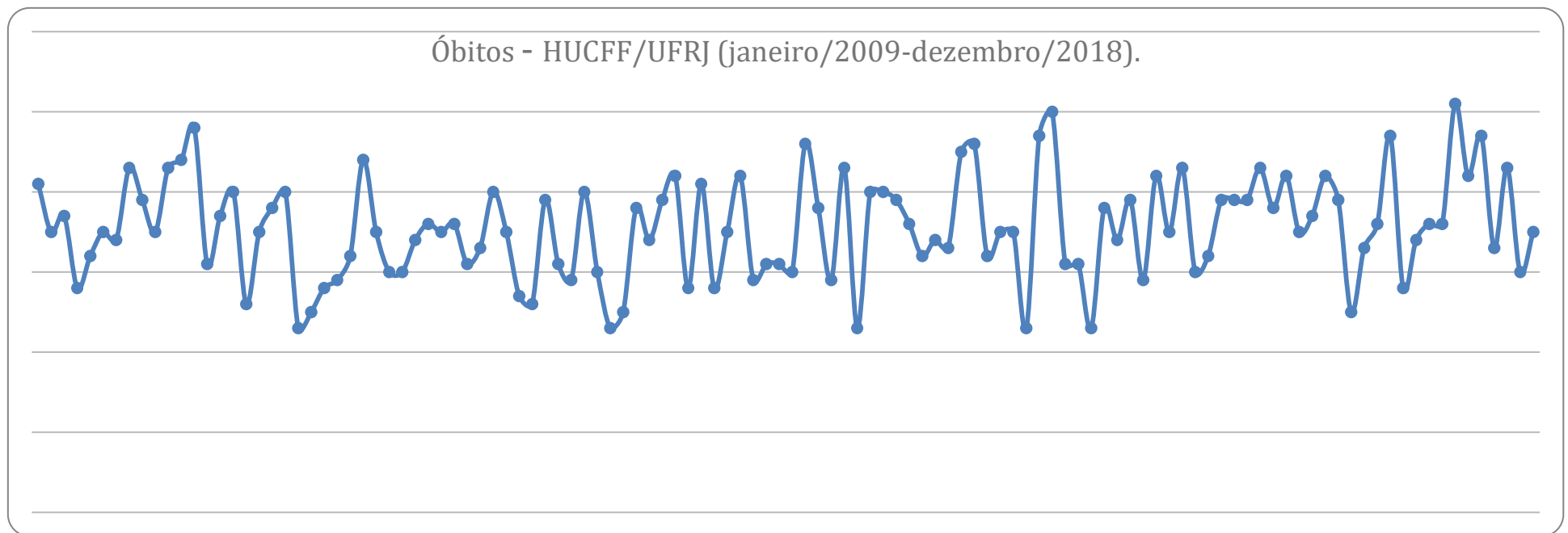
Gráfico 4 – Altas



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

Os **óbitos** são computados após a entrada do paciente no hospital, independente dos procedimentos administrativos relacionados a internação já terem sido realizados ou não. No período analisado o HUCFF obteve uma média de 35 óbitos por mês, com mediana também de 35 e desvio padrão de aproximadamente 6,3. Observou-se certa estabilidade na variável.

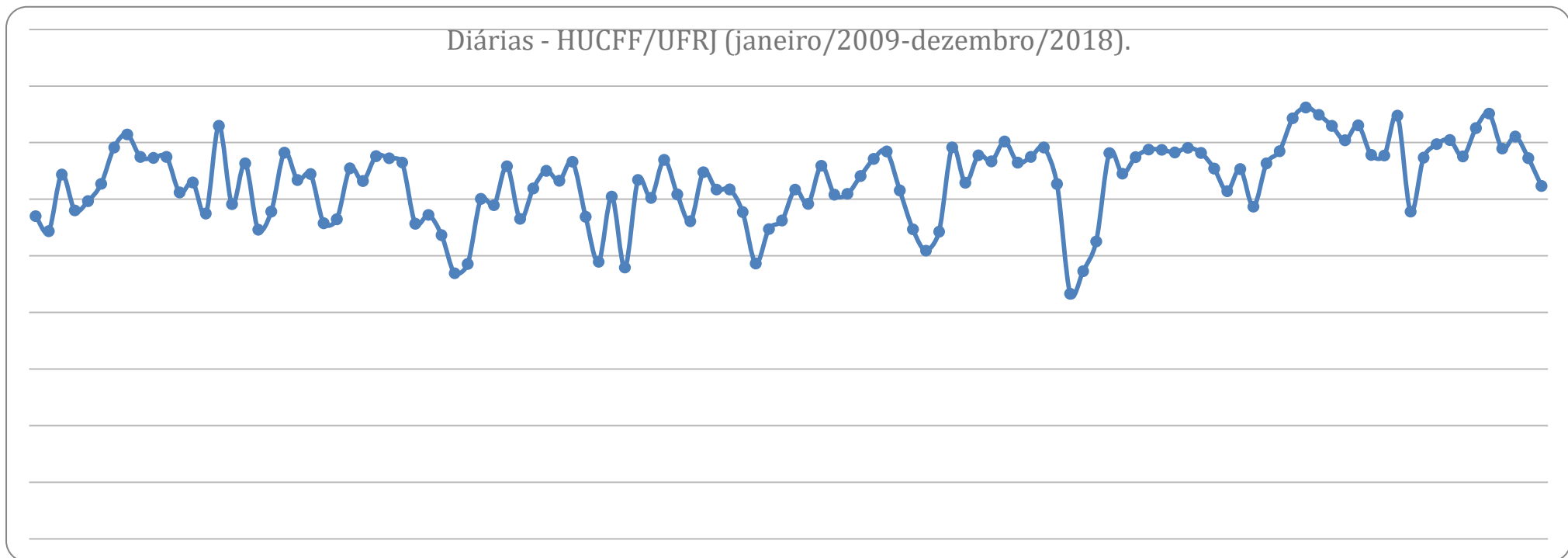
Gráfico 5 – Óbitos



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

As **diárias** representam a ocupação de um leito de internação no período mínimo de 24 horas. No período estudado, totalizou-se uma média de 6313 diárias de internação por mês, com mediana de 6440 e desvio padrão de 684. Observou-se certa estabilidade na variável.

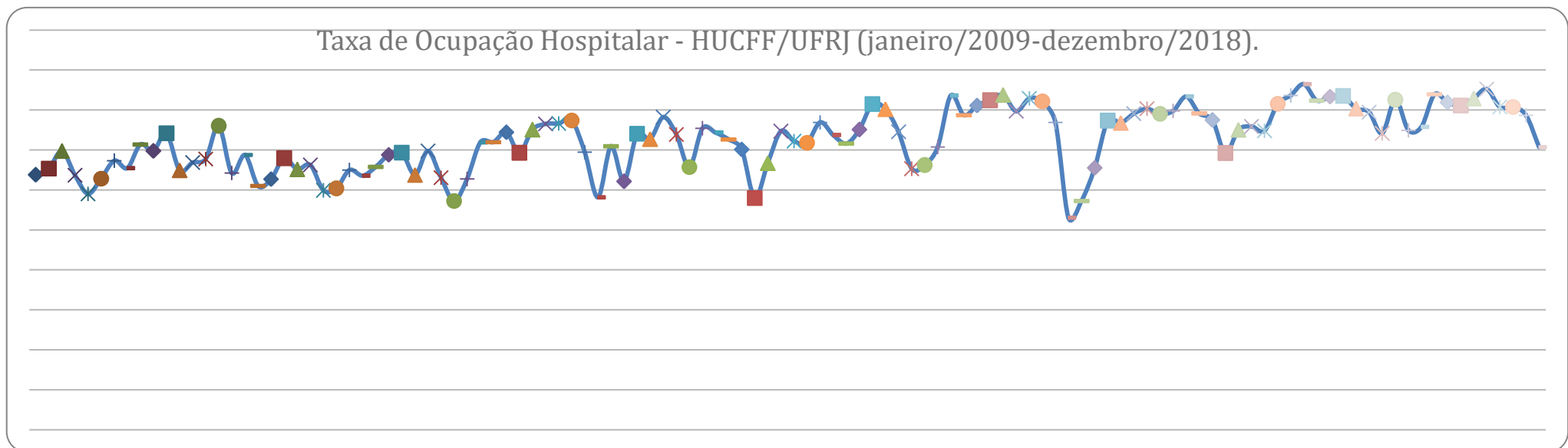
Gráfico 6 – Diárias



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

A **taxa de ocupação hospitalar** é a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia do mês e teve média aproximada de 72, com mediana de aproximadamente 74 e desvio padrão de aproximadamente 8. Observou-se certo aumento de 65% para 80%.

Gráfico 7 – Taxa de Ocupação Hospitalar

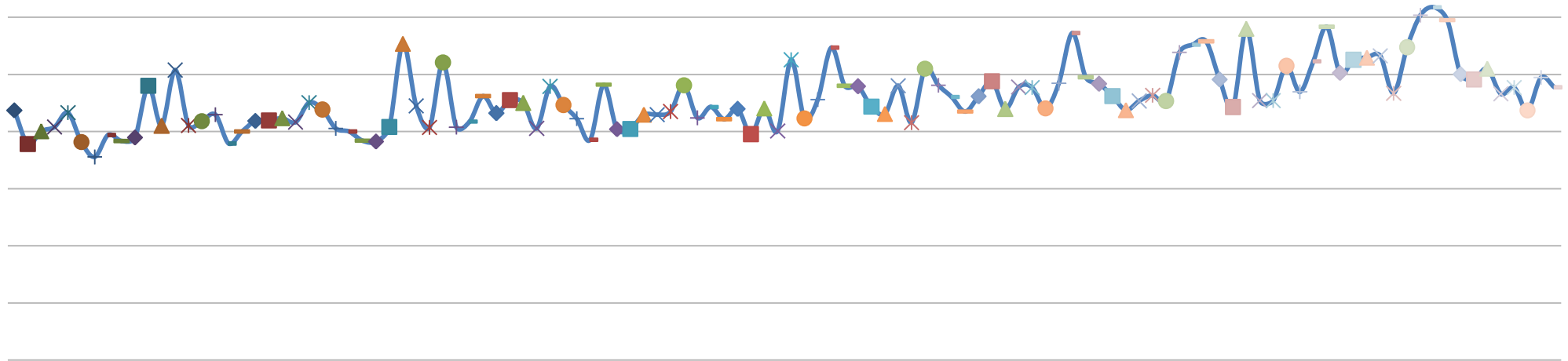


Fonte: Elaboração própria com base nos dados do HUCFF medtrack.

A **média de permanência**, que representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital, cujo cálculo é feito pela Relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital x100, obteve média de 9, com mediana também de 9 e desvio padrão de aproximadamente 1. Observou-se certo aumento na variável.

Gráfico 8 – Média de Permanência

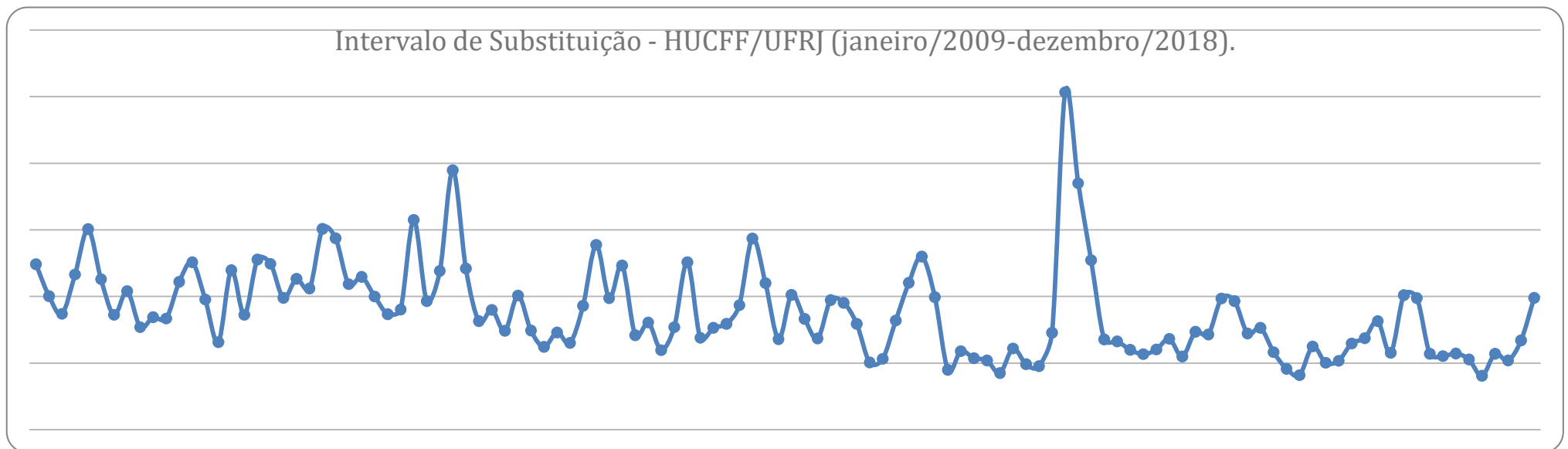
Média de Permanência - HUCFF/UFRJ (janeiro/2009-dezembro/2018).



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

O **Índice de intervalo de substituição** é o tempo médio que um leito permanece desocupado entre a saída de um paciente e a admissão de outro. É calculado pela porcentagem de desocupação x média de permanência/ porcentagem de ocupação e teve média de 3,5 dias, com mediana de 3 dias e desvio padrão de 1. Observou-se certa estabilidade na variável.

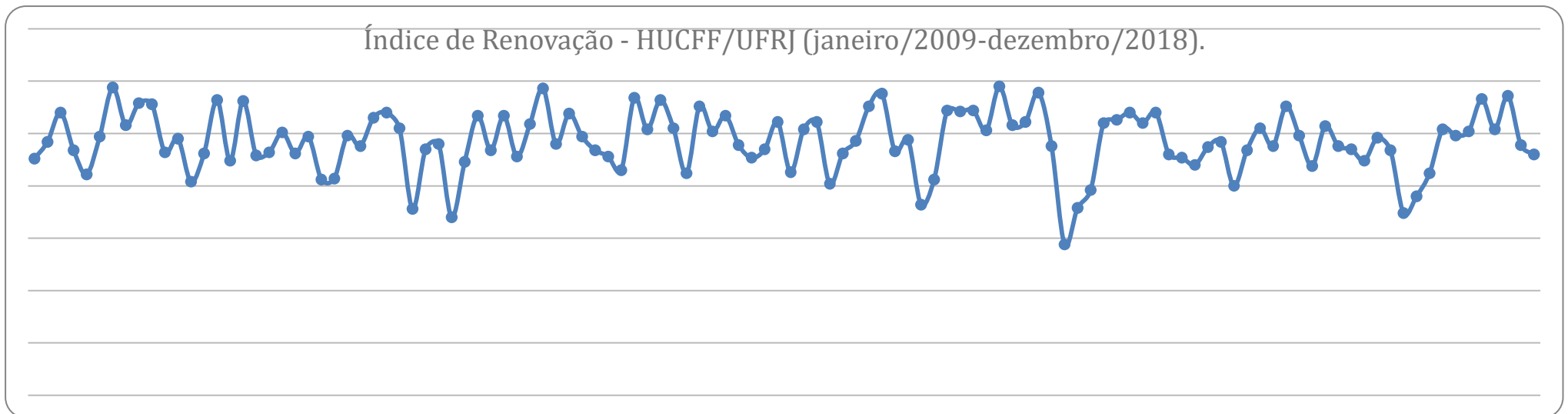
Gráfico 9 – Intervalo de Substituição



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

O **Índice de Renovação**, que representa a relação entre o número de pacientes com alta em um intervalo de tempo e o número de leitos livres no mesmo período, teve uma distribuição média de 2 dias, mediana também de 2 e desvio padrão de 0,3. Observou-se certa estabilidade na variável.

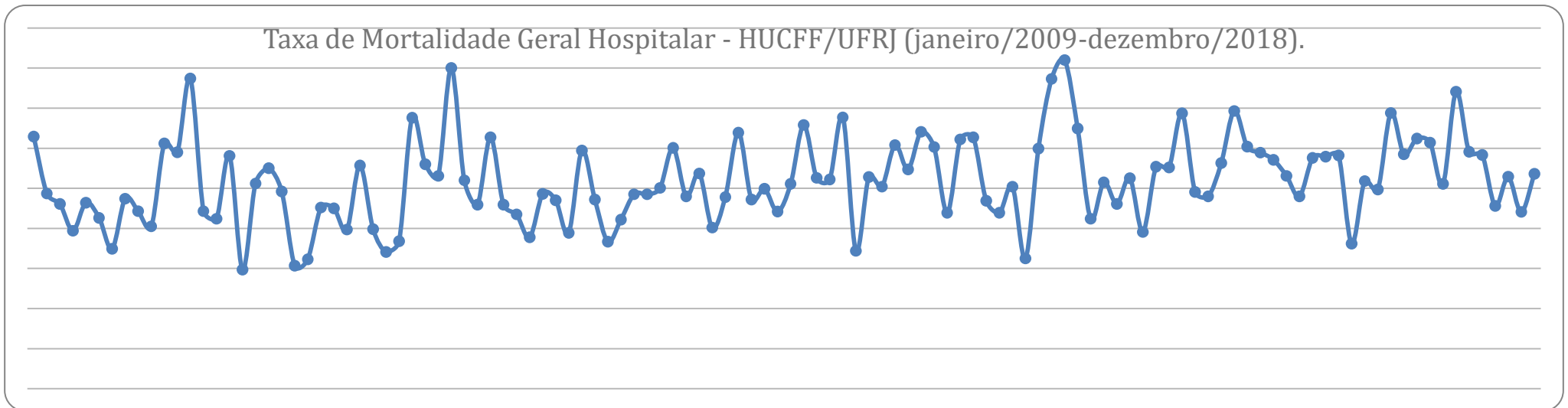
Gráfico 10 – Índice de Renovação



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do HUCFF medtrack.

A **taxa de mortalidade geral hospitalar** representa a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados durante um determinado período e o número de pacientes saídos. Tal indicador obteve média de 5, mediana também de 5 e desvio padrão de 1. Observou-se certa estabilidade na variável.

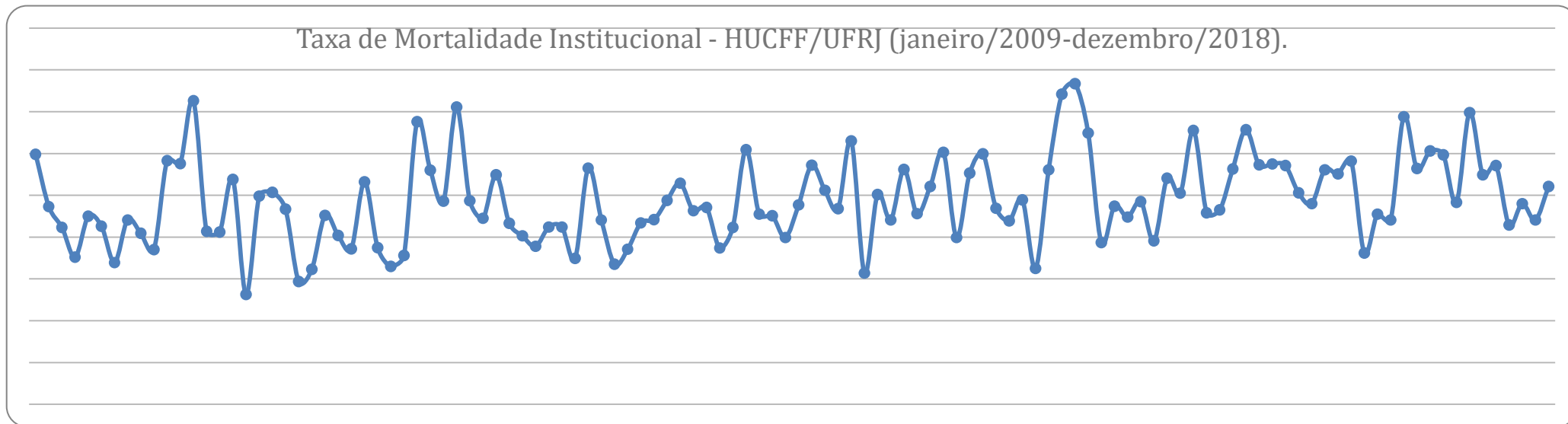
Gráfico 11 – Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

A **taxa de mortalidade geral institucional** refere-se aos óbitos ocorridos após 24 horas de admissão no hospital. Esta obteve média de aproximadamente 5, mediana de 5 e desvio padrão de 1. Observou-se certa estabilidade na variável.

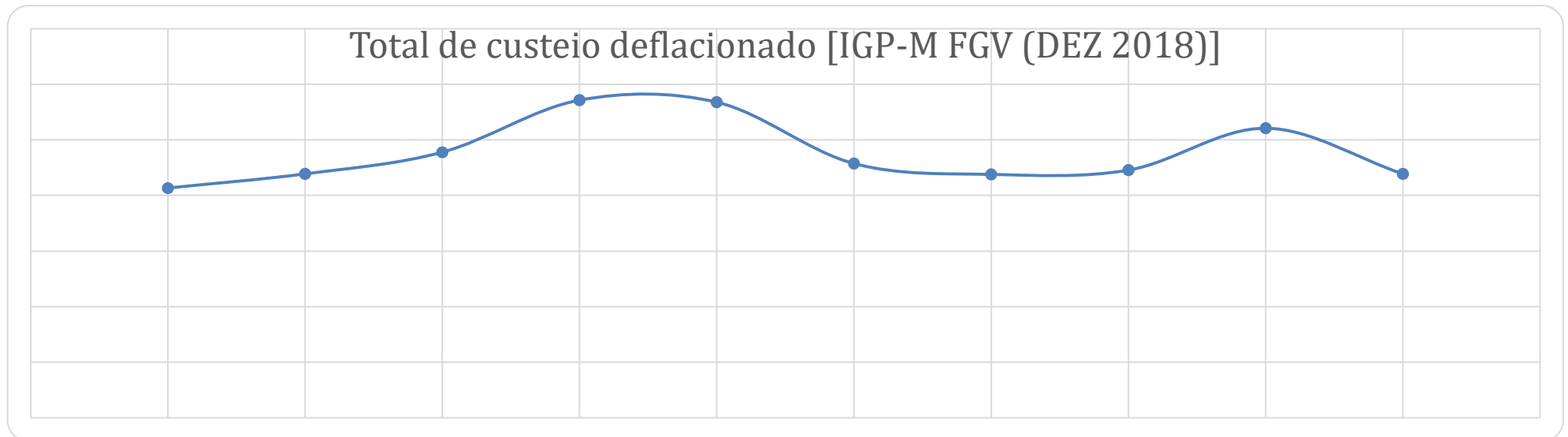
Gráfico 12 – Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: Elaboração própria com base nos em dados do HUCFF medtrack.

Em relação ao **Total de Custeio**, os dados do portal da transparência indicam certa estabilidade com média de aproximadamente 95 milhões por ano, havendo momentos de alta e queda, porém, voltando a estabilidade. É notório o aumento significativo no período de 2011 a 2013, período em que os Hospitais Universitários estavam passando por uma reforma e suas respectivas administrações estavam sendo designadas para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Gráfico 13 – Total de Custeio



Fonte: Portal da Transparência.

5 DISCUSSÃO

Primeiramente, é importante salientar que, de acordo com o observado nos resultados deste estudo, todos os indicadores apresentaram um declínio considerável no período de dezembro 2010, devido a decisão administrativa de fechar o hospital por conta das condições precárias da ala sul- parte estruturalmente mais vulnerável do hospital –, que, após um abalo em junho de 2010, foi interditada pela defesa civil.

“Perna seca” foi o nome atribuído pelos funcionários e usuários do hospital à ala sul do HUCFF, pois a enorme área construída e inacabada nunca fora completamente utilizada. Isso ocorreu devido a descontinuidade da construção do hospital, cujas obras foram paralisadas em 1955 por falta de verbas do governo federal. Em 1967 as obras retornaram sendo então inaugurado em 1977. Porém, a parte construída e que ficou quase totalmente abandonada por mais de 30 anos já mostrava sinais de deterioração, seja nas lajes, vigas e até mesmo nos pilares do prédio (HUCFF 2023).

Atrelado a isso, havia o constante roubo de componentes estruturantes do edifício, como esquadrias de alumínio, janelas e partes da cobertura, o que facilitava a entrada da chuva desde o 13º andar, que corroía e oxidava ainda mais as vigas, lajes e tubulações, abalando, assim, cada vez mais, o prédio. À época, foi considerada pela Faculdade de Arquitetura e Urbanismo — FAU/UFRJ — e pelo Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia — COPPE/UFRJ — a possibilidade de reestruturação. Todavia as estimativas giravam em torno de 90 milhões e, mesmo assim, não asseguravam que a estrutura ficasse estável e segura. Outro fator agravante era o uso desse local ocioso como residência por moradores de rua, além dos recorrentes assaltos que aconteciam na região, que por estar abandonada, era pouco fiscalizada (HUCFF 2022).

Como discutido anteriormente, no contexto em que o HU fora projetado e construído predominavam os ideais desenvolvimentistas com predomínio de construções faraônicas o que nos leva ao seguinte questionamento: Será que o tamanho inicial dele já não era um problema? Ou seja, com um tamanho menor teríamos uma melhor capacidade de gerir o espaço e ter o necessário para atender a população?

De todo modo, essa insistência em manter a estrutura degenerada em 1967 por medo da repercussão negativa da sociedade, culminou em grande desperdício de dinheiro público, tanto na construção dos 110.000 m² nunca utilizados quanto em sua implosão. Dessa forma, foram retirados da série os registros da pouca produção ocorrida entre novembro de 2010 e fevereiro de 2011. No dia 10 de janeiro de 2011 o hospital voltou a receber pacientes e foi estimado que até fevereiro do mesmo ano as atividades tivessem voltado ao normal.

Já em 2013, houve grande tensão na comunidade universitária e intensos debates entre estudantes, docentes e técnicos sobre a inserção ou não desse modelo de administração da EBSEH na universidade. Após muita resistência da comunidade acadêmica e a retirada do ponto de pauta do CONSUNI, o HUCFF não teve sua administração cedida à EBSEH, sendo hoje, junto com as demais unidades do Complexo Hospitalar da UFRJ, os únicos hospitais universitários federais que não são geridos pela empresa (CONEXÃO UFRJ, 2023).

Vale analisar também que, de acordo com as análises, os indicadores hospitalares e o financiamento do hospital deflacionado se mantêm estáveis, contrariando a suposição de que o hospital está em crise por falta de verba.

Sob essa ótica, Pereira Junior (2018) expõe que “A formulação teórica e prática da área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde é complexa e heterogênea”.

A esse respeito, crise é uma palavra comumente empregada no contexto hospitalar na intenção de justificar indicadores ruins de desempenho ou alguma situação administrativa difícil (LIMA, 2004).

Luci Praciano Lima (2004) afirma que há uma grande banalização do termo crise, pois este é usado inadequadamente em caráter emergencial com o intuito de resolver demandas importantes. Com efeito, ao afirmar que há uma crise, incute-se no ideário popular que ela é um problema maior que a capacidade de resolubilidade das instituições.

O Ministério da Saúde, ao planejar o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (BRASIL, 2003), aponta 6 aspectos fundamentais e concomitantes para constituição de uma crise, que são: social, político, gerencial, assistencial, acadêmico e financeiro.

Segundo Brito (2018), a partir da década de 90, há significativa ampliação da dita “crise dos hospitais universitários” a nível nacional, cuja duração perdura até a contemporaneidade, desencadeada pela falta de fomento econômico às instituições que os gerem. Todavia, o pilar dessa conjuntura desfavorável defendida por Brito não pode ser observado no hospital em foco durante o intervalo temporal analisado.

Para Lima (2004) existem déficits crônicos e, quando esses se intensificam, um colapso pode ser gerado, afetando a saúde da população. A fim de evitar essa mazela, os gestores pressionam o governo a liberar mais verba, o que geraria a mitigação da crise, contudo os motivos reais que culminaram nesse estado de “crise” não são solucionados.

Contudo, levando em conta que uma crise real abala seis eixos de sustentação de uma instituição ou sistema (BRASIL, 2003), cabe a reflexão sobre o ato de injetar dinheiro, isoladamente, é incapaz de resolver uma crise de fato, visto que essa tem várias faces além da monetária. Logo, discursos inflamados, que supostamente sugerem a ocorrência de uma crise, visando apoio para o enfrentamento das demandas da gestão, por si só, não caracterizariam uma crise, e tampouco propiciam meios para sua completa solução.

Pode-se entender que, de certa forma, a utilização errônea da palavra crise nesse contexto produz uma acomodação e desresponsabilização a respeito do cenário atual dos hospitais universitários. Isso se dá porque argumenta-se experimentar uma crise com um intuito específico, como liberação de recursos financeiros, por exemplo, porém após esse objetivo ser alcançado, nada é discutido sobre o que gerou esse problema e se a “solução” é efetiva mesmo (LIMA, 2004).

Em adição, Pereira Junior (2018) cita ainda a rede de hospitais universitários federais, a qual integra o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, como dotada de mais recursos financeiros e de profissionais mais qualificados quando comparados a outros hospitais públicos.

Por fim, Vagheti (2008) afirma que os hospitais públicos brasileiros em geral passam por um momento desarmônico relacionado à má gestão de recursos materiais e humanos e da própria cultura organizacional das instituições no sistema público de saúde, indo ao encontro de Lima (2004). Essa gestão ineficaz acarreta ao comprometimento da qualidade da assistência (VAGHETTI, 2008), confluindo com a multicausalidade apresentada pelo Programa de Reestruturação dos Hospitais de

Ensino (BRASIL, 2003) e afastando-se do padrão de culpabilização exclusiva do financiamento pela situação atual indicada por Brito (2018).

Assim, entende-se que o discurso da crise é uma ferramenta de dois gumes. Ao passo que serve para pressionar o governo em relação à alguma mudança emergencial necessária, também tem o efeito de manter as coisas como estão, a longo prazo. Nesse viés, o discurso da crise do HUCFF não é atual, pelo contrário, a cada grande perda, como do espaço físico ou dificuldade de reposição de pessoal, a temática da crise surge como um problema causador de todos os males — problema esse que não é discutido, dimensionado ou resolvido.

Em consonância, questiona-se: que tipo de crise não impactaria significativamente os indicadores hospitalares do HUCFF, como taxa de mortalidade hospitalar, admissões e média de permanência? Que tipo de crise, referida há anos, não colapsou ainda o funcionamento do hospital afinal? Encontra-se, pois, como única resposta, que a crise dos hospitais universitários, na forma como define o Ministério da Saúde (2003), não atingiu, dentro do período estudado, o hospital em questão, visto que não contempla todas as seis causas.

O intuito do trabalho não é puramente dar respostas para os nós críticos da atual gestão e sim propor uma discussão sobre o tema, sobretudo tirando o enfoque das crises como resposta, e não deixar os grandes entraves sem, no mínimo, uma reflexão.

Não se pode mais afirmar que, por falta de financiamento, o hospital funciona mal, pois o montante relativo à verba é estável durante os 10 anos estudados. Dentre as dificuldades que o HU se depara, pode-se abrir a discussão para outras áreas como a gestão, reposição de pessoal que se aposenta, demite-se ou afasta-se por doença ou morte, novas alternativas de gestão à proposta da EBSERH, já que esse debate não resultou em uma solução na época e uma outra série de fatores que podem constranger o hospital a ficar sempre do mesmo tamanho.

A EBSERH (Empresa Brasileira de serviços hospitalares) foi criada em 2011 pela lei 12.550 (BRASIL, 2011) e integra um conjunto de ações e proposições condizentes com a Reforma do Estado Brasileiro da década de 1990 (PEREIRA, 1998) e que instou o governo federal, a elaboração e implementação de propostas, cujo principal objetivo era recuperar os hospitais universitários vinculados às universidades federais do país. Atualmente a empresa gere 40 hospitais de 35

universidades em todo o Brasil. Dentre os seus objetivos também destacam-se melhorar as condições da atenção à saúde, dos hospitais universitários como cenário de práticas de ensino e pesquisa, assim como as capacidades do SUS em todo território nacional.

Na época que a Empresa, que é vinculada ao MEC, convidou a UFRJ para fazer parte do programa, houve grande discussão na universidade. As faculdades da saúde, do Centro de Ciências da Saúde, uma parte dos técnicos e a direção do HU eram a favor da contratualização com a EBSERH, porém outras unidades acadêmicas da universidade apresentavam um forte movimento de repúdio à ideia.

Após a decisão de se retirar da pauta do Conselho Universitário a adesão à EBSERH não mais se discutiu o que seria proposto como soluções alternativas ao que a empresa se propunha a resolver, como por exemplo, recontratar os profissionais aposentados e demitidos, ou seja, nenhuma outra política foi proposta para suprir o que a EBSERH supriria, assim como não ocorreu a manutenção do quadro de vagas, já que é a universidade quem decide alocação de novos trabalhadores nos diversos quadros da universidade. Portanto, rever a política de contratação é indispensável nesse momento, pois cerca de 30% dos profissionais do HUCFF já apresentam os requisitos para solicitar aposentadoria, e caso isso aconteça, esta lacuna de profissionais será muito prejudicial para o andamento do hospital.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, entende-se a relevância do trabalho para o campo da Saúde Coletiva, pois além de discutir a temática hospitalar em um recorte de 10 anos à luz dos indicadores e financiamento, o trabalho instiga a reflexão crítica desses resultados, por meio da pontuação de elementos da história do sistema de saúde que culmina no modelo hospitalar de assistência, da análise de elementos históricos do hospital, do questionamento sobre o conceito em si e da existência de uma possível crise, da análise conceitual e aplicações do termo crise e, principalmente uma discussão importante e interrompida na UFRJ, qual seja a implementação da EBSEH ou qualquer alternativa dentre as possíveis.

A implosão do HUCFF é uma demonstração de que a má gestão e a falta de planejamento podem refletir em perda de capacidade assistencial, espaço físico e altos custos. Então é alarmante toda essa dimensão perdida, assim como o fato de que, a cada vez que o HU encolhe, ele não recupera aquele espaço. Logo, questiona-se: o que do complexo hospitalar sobrar se não aprendermos com os erros do passado?

É importante ressaltar também que a produção científica em Saúde Coletiva é avessa ao senso comum. Dessa maneira, o termo crise não pode ser utilizado banalmente como uma causa estruturante de um problema mal debatido. Assim, salienta-se a importância dos referenciais teóricos e da metodologia para dimensionar um problema e propor soluções. Métodos e técnicas são fundamentais para o enfrentamento de senso comum e até notícias falsas.

Atrelado a isso, urge a necessidade de debater amplamente o caso da EBSEH na comunidade universitária, com a intenção de se posicionar quanto a adesão. O trabalho que a EBSEH pode exercer é fundamental para a manutenção do hospital, portanto é absolutamente prejudicial a não discussão dessa pauta.

Dessa forma, o trabalho não busca defender a adesão à empresa pela universidade, mas sim chamar a atenção para o fato de que se posicionar é mais importante que ignorar a temática e postergar uma decisão que afeta todo o corpo hospitalar. É uma situação problemática e perigosa para a gratuidade do serviço, pois o vácuo de propostas dá margem para atores sociais e corporações afirmarem que o serviço público é de baixa qualidade e desorganizado, o que tem aberto um

caminho para propostas indesejadas de privatização deste importante recurso público.

A manutenção da capacidade produtiva do HUCFF, na atenção à saúde, na produção de conhecimento e na formação de trabalhadores de saúde depende dos compromissos da universidade e dos poderes públicos e a submissão à estas ameaças pode entrar no escopo da privação de direitos, particularmente no direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 16 dez. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12550.htm. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 27 jan. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm. Acesso em: 30 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2011/lei-12550-15-dezembro-2011-612010-norma-12550-pl.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2021.

BRASIL. Controladoria-Geral da União (CGU). **Portal da Transparência**, Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/>. Acesso em: 11 mar. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Inserção (do componente assistencial) dos hospitais universitários e de ensino no SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O CNS e a construção do SUS**: referências estratégicas para melhora do modelo de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cnseaconsrucaodosus.pdf>. Acesso em: 22 de ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRITO, Mayara Santos. A crise dos hospitais universitários federais e seus reflexos no espaço ocupacional das assistentes sociais: um olhar sobre a experiência do HC/UFPE. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais eletrônicos** [...]. Vitória: UFES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/21979> . Acesso em: 24 de jun. 2022.

CARVALHO, Amâncio Paulino de. **A crise nos hospitais universitários das instituições federais de ensino superior na primeira década dos anos 2000**. 2019. 189 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/96/teses/883689.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

CONEXÃO UFRJ [Site institucional]. Disponível em: <https://conexao.ufrj.br/2013/05/consuni-adia-decisao-sobre-ebserh-mec/>. Acesso em: 13 março 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. **Diretrizes para Padronização de Nomenclatura e Indicadores do Monitoramento Assistencial dos Contratos de Gestão com Organizações Sociais de Saúde**. Vitória: Secretaria de Saúde, 2018. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/OSS/Diretrizes%20para%20Padroniza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Nomenclatura%20e%20Indicadores%20do%20Monitoramento%20Assistencial.pdf> . Acesso em: 20 abr. 2021.

HUCFF. [Site institucional]. Disponível em: <https://www.hucff.ufrj.br/historico/>. Acesso em: 13 março 2023.

LIMA, Luci Praciano. **O desafio gerencial da multistitucionalidade dos hospitais universitários**: o caso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. 2004. 294 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1597485>. Acesso em: 5 set. 2021.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-64451998000300004>.

PEREIRA JUNIOR, Nilton. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais**. 2018. 1545 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: <http://observatoriahospitalar.fiocruz.br/sites/default/files/biblioteca/Tese%20Doutorado%20Final.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

VAGHETTI, Helena Heidtmann. **As perspectivas de um retrato da cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros**: uma tradução, uma bricolagem. 2008. 241 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/91604/258703.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 29 jun. 2022.