

Disciplina: Modelo Assistencial e Atenção Básica à Saúde
Material Complementar - Aula 1 – Professora Dra. Maria Vaudelice Mota

O Hospital

Horácio Pereira Faria
Ivan Batista Coelho
Marcos Azeredo F. Werneck
Max André Santos

Ao longo de toda a Idade Média, esses estabelecimentos foram se multiplicando, diferenciando e assumindo finalidades distintas, entre as quais merece destaque os nosocomia, que eram hospitais ou enfermarias que prestavam assistência aos doentes ou enfermos. Porém, essa assistência não tinha como objetivo, mesmo se tratando de doentes, a cura de seus males, mas, principalmente, a salvação de suas almas. Pode-se dizer que o hospital da Idade Média foi menos um estabelecimento sanitário do que um locus religioso, e sua missão, uma pia causa, a de assistir aos pobres, estivessem eles enfermos ou não, com pouca ou nenhuma presença de médicos, e, ainda não se constituíam em uma preocupação importante do Estado. O espaço do hospital era ocupado basicamente com os profissionais de enfermagem, que se ocupavam do cuidado – inclusive da alma – das pessoas. Essa atuação marca a profissão até hoje em suas características de abnegação e preocupação com o próximo.

Entre o século XVIII e a primeira metade do XIX, segundo Foucault (1980), os hospitais, além de progressivamente saírem da gestão da Igreja passando para a gestão do Estado, vão se tornar progressivamente local de doentes e dos médicos, para lá atraídos, pela possibilidade de estudar e melhorar sua prática clínica. O fato é que o hospital tornou-se uma via paralela de ensino cada vez mais importante e legitimada, e também um local de trabalho insubstituível para os médicos. À medida que a clínica foi se desenvolvendo, a atribuição de diplomas médicos passa a depender não apenas da presença efetiva dos estudantes nas salas de anatomia das academias, mas também da prática clínica nas enfermarias à cabeceira do doente internado. Seja em função do ensino, seja em função do trabalho, o médico passou a ligar-se mais ao hospital. Essa articulação recém-iniciada entre médicos e hospital vai mudar profundamente a vida dos dois. No hospital, a saúde do corpo vai substituir progressivamente a salvação da alma como objetivo, enquanto para os médicos, a clínica, mudando seu enfoque da doença como essência abstrata, passa a ver o indivíduo no hospital como corpo doente a demandar uma intervenção que dê conta de sua singularidade, que Foucault tão bem descreve em Nascimento da clínica.

No início da segunda metade do século XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch jogou por terra a teoria miasmática como explicação para o adoecimento, operando uma brutal mudança de paradigma. As doenças não mais tinham como explicações os vapores,

humores, emanções, mas sim bactérias ou agentes infecciosos. Os médicos, e, conseqüentemente, os demais profissionais de saúde dispunham, então, de uma nova forma de abordagem da doença. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e as práticas dos profissionais. Contágio, período de incubação, mecanismos de transmissão, hospedeiro, agente infeccioso, reservatório etc., passaram a fazer parte do novo vocabulário. Para dar suporte à prática médica faz-se necessário um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria, e, progressivamente, aferir outros problemas, o laboratório. O médico já não depende apenas de seu conhecimento clínico e de seu estetoscópio. O laboratório passa a fazer parte de sua vida e é instalado predominantemente nos hospitais. O hospital incorpora um novo parceiro que vem para ficar, o laboratório.

Se essa associação entre médicos e hospitais, com seu novo paradigma científico e o uso de métodos assépticos e anti-sépticos, permitiu reduzir drasticamente as mortes por infecções, suas inconveniências não tardaram a se manifestar. Na fase miasmática, já se fazia uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Na teoria de Pasteur, são as bactérias ou agentes infecciosos as causas dessas doenças. É no microscópio, e não na forma de organização da sociedade, que se procura suas causas. A história natural da doença é dominada pelos fenômenos biológicos e sua história social é praticamente abolida. O tratamento e a prevenção das doenças deixam de ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos. O combate à pobreza dá lugar à procura de estratégias que aborem a transmissão, o contágio, a infecção etc. Muitos anos vão ser necessários até que se volte novamente a associar doença à pobreza ou a formas de organização da sociedade. Nas anamneses de médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde, esse fenômeno mostra sua face até hoje. Basta observar o diminuto tamanho da história social dos usuários, quando registradas!

Florence Nightingale, fundadora da enfermagem moderna, durante a guerra da Criméia (1854-1856) integrou o corpo de enfermagem britânico como enfermeira-chefe do Exército, em Scutari, Turquia. Embora não conhecesse o conceito de contato por microorganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, constatou que a falta de higiene e as doenças matavam grande número de soldados hospitalizados por ferimentos. Assim, desenvolveu um trabalho de assistência aos enfermos e de organização da infra-estrutura hospitalar que a tornou conhecida em toda a frente de batalha, consagrando a assistência aos enfermos em hospitais de campanha. Suas reformas reduziram a taxa de mortalidade em seu hospital militar de 42,7% para 2,2% e voltou famosa da guerra e logo passou a batalhar, com considerável sucesso, pela reforma do sistema militar de saúde. Depois da guerra publicou *Notes on Matters Affecting the Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army* (1858) e fundou uma escola de enfermagem no Hospital de St. Thomas, em Londres.

Do final do século XIX à primeira metade do XX, o hospital vai progressivamente se tornando uma organização complexa. Já havia incorporado o laboratório de bacteriologia, o bloco cirúrgico, as técnicas de assepsia e anti-sepsia e, na passagem do século XIX para o século XX, incorporou os Raios X e a patologia clínica. Esses e vários outros setores foram, paralela- mente aos avanços da ciência, sofisticando-se. Assim, o hospital, que anteriormente se constituiu como lugar onde os pobres aguardavam a morte ao abrigo da caridade pública,

passou a ser considerado lugar onde se procura a cura para as doenças. Em seu interior, o trabalho para a salvação da alma deu lugar a uma prática clínica para o restabelecimento da saúde do corpo. Uma das mais importantes conseqüências é que, pela primeira vez em toda a história do hospital, seus serviços deixaram de ser procurados apenas pelos pobres. Para ele, acorriam também os ricos a procurar tratamentos para os seus males. Passou a ser o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados de saúde.

Esse período da evolução dos hospitais coincide também, segundo Steudler (1974) e Friedson (1984), com o reconhecimento de direito e de fato da medicina como profissão. Isto equivale a dizer que a medicina tornou-se uma prática dotada de autonomia técnica, de poder jurisdicional e de auto-regulamentação. E essa associação entre hospital, medicina e uma determinada visão científica – no caso em questão a biologia – vão se constituir no pensamento hegemônico da segunda metade do século XIX e da primeira metade do XX. Quando países, associações e organizações vão enfrentar problemas sanitários ou construir sistemas de saúde, a alternativa que se apresenta é esta associação entre médicos, hospitais e medicina científica. Com certeza, não era a única, mas a que prevaleceu com maior freqüência. Provavelmente, a essa altura as expressões como “hospitalocêntrico”, “medicocêntrico” e “visão biológica e reducionista” já fazem mais sentido.

Embora uma certa visão de ciência, que dava maior ênfase aos fenômenos biológicos para orientar as práticas nos sistemas de saúde, fosse comum a praticamente todos os países do Ocidente, inclusive em países socialistas, as formas de organizar esses serviços e ofertá-los à população variou amplamente desde o início do século XX. Enquanto nos países socialistas e também na maioria dos países europeus organizaram-se os Sistemas Nacionais Públicos de Saúde, nos Estados Unidos e em outros países desenvolveu-se o que é chamado por alguns autores de Modelo Liberal Privatista. Embora essa tipologia seja muito genérica e abarque grandes diferenças entre países ou sistemas, um conjunto de características predominantes em cada uma pode nos orientar na análise comparativa dos sistemas de saúde.

Em linhas gerais, poderíamos dizer que o que caracteriza os sistemas nacionais públicos de saúde é seu caráter de acesso universal, fortemente regulado e financiado pelo Estado, com serviços ofertados ao conjunto da população diretamente pelo setor público ou através da compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. No Modelo Liberal Privatista, a população compra os serviços de saúde diretamente dos prestadores, por meio de diferentes tipos de associações que vão desde o mutualismo até empresas que intermedeiam a relação entre usuários e os serviços, que, em geral, se colocam como prestadores privados de assistência à saúde.

Segundo Graça (2000), no pós-guerra, a extensão da proteção social e, conseqüentemente da saúde a toda a população, que ocorreu em diferentes graus de intensidade, na maioria dos países se deu tendo como objetivo principal disponibilizar médicos e hospitais para a população. Isso fez com que houvesse um grande aumento da procura a serviços hospitalares. Em decorrência desse fato, ocorreu, até a década de 1960, um grande aumento do número de hospitais, de leitos hospitalares, de profissionais ligados

aos hospitais e do número de serviços prestados, em praticamente todos os países da Europa e também da América do Norte. Em quase todos os países do Ocidente, em períodos que se diferenciaram em alguns anos, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente, a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços, e com grande aumento do acesso a médicos e à hospitalização.

Nos anos 1970 e 1980, a associação entre o aumento da clientela e a ampliação do acesso aos serviços, operada pela implementação do direito à saúde como política da maioria dos países ocidentais, e o aumento dos custos decorrentes de uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente resultaram no expressivo aumento do gasto com assistência médica ao longo dos anos, o que, de alguma forma, repercute até o presente.

No entanto, essa ampliação nos gastos não se fez acompanhar pela melhoria dos indicadores de saúde. Um extenso número de pesquisas e estudos começou a mostrar a ausência de correlação direta entre níveis e indicadores de saúde em cada país e o gasto em saúde, seja em termos de gasto per capita ou de percentuais do PIB, o que também continua prevalecendo até nossos dias.

Nesse contexto, a importância e a legitimidade do hospital, com sua espiral tecnológica e científica e o processo de especialização médica, começaram a ser questionados em sua capacidade de melhorar a qualidade de vida ou os indicadores de saúde. A permanente incorporação de novas tecnologias no interior do hospital bem como a especialização e as práticas de saúde dependentes de equipamentos tornaram-se uma indústria em si mesmas, sem que se notassem igualmente seus efeitos práticos. Ao mesmo tempo, os efeitos colaterais perversos desse processo de intensificação do uso de tecnologia começaram a mostrar de forma mais dramática sua face. O uso abusivo de antibióticos e de psico-fármacos, o excesso de exames complementares, alguns dos quais de natureza invasiva, passíveis de levar a complicações e até mesmo à morte, levou autores como Illich (1975) a denunciar a iatrogênese e questionar a eficácia dessa medicina tecnicista e hospitalocêntrica.

Devers (1976) produziu, a partir de vários estudos, um modelo para a análise de políticas de saúde que tinha como suporte a epidemiologia. Questionável sob vários aspectos, esse modelo tornou-se emblemático, pois permitia mensurar, em países industrializados, os impactos de várias modalidades de intervenção em saúde e sua potência relativa em termos de aumento da sobrevida da população. A pequena importância relativa do sistema de saúde, até então centrado no hospital e na prática médica convencional, e sua potencial contribuição para a redução da mortalidade nos Estados Unidos apontavam no sentido de um questionamento radical da forma como os serviços de saúde estavam organizados. Os estudos mostravam que de quatro grandes grupos de fatores – estilos de vida, biologia e genética, meio ambiente e sistema de saúde – o que tinha menor contribuição em termos de aumentar os anos potenciais de vida era o sistema de saúde, sugerindo que maiores investimentos fossem feitos em outros campos. Os pesos relativos

de cada um desses fatores em relação aos Estados Unidos se encontram estampados em números que representam percentuais na figura seguinte.

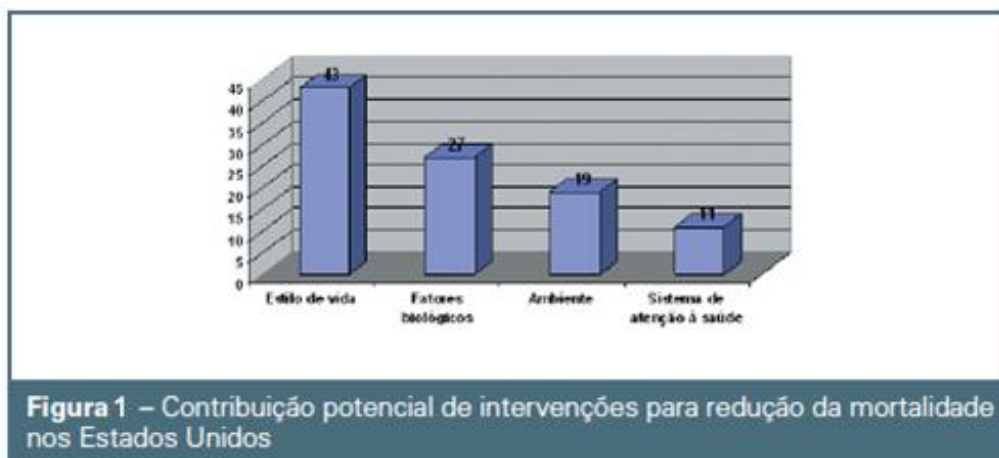


Figura 1 – Contribuição potencial de intervenções para redução da mortalidade nos Estados Unidos

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão), a Organização Mundial de Saúde – OMS lança o seu programa Saúde para Todos no ano 2000, baseado num conceito que não era novo, o de cuidados primários em saúde, abordado por americanos e ingleses no começo do século XX. Essa proposta implicava uma outra filosofia e toda uma reorientação da organização dos serviços de saúde que procurava dar ênfase na prevenção das doenças e na promoção da saúde. Pressupunha, também, a participação comunitária, a intersectorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares, incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na Atenção Básica.

Seja em decorrência do processo de contenção de custos, seja em decorrência da crise de legitimidade, o fato é que praticamente todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde das últimas três décadas no Ocidente vêm procurando reorientar os modelos de organização dos serviços bem como suas práticas assistenciais. Alterar o peso relativo e a forma de inserção do segmento hospitalar no setor saúde foi medida adotada em praticamente todos os processos de reforma sanitária ocorridos nessas últimas décadas. A redução ou racionalização dos gastos com serviços hospitalares e a proposta de melhoria dos serviços de saúde por meio da atenção básica estiveram presentes em quase todas as discussões sobre os sistemas de saúde nas últimas três décadas.

Obviamente, essas não são as únicas razões para as reformas e mudanças nos modelos de organização de serviços que vêm se dando nas últimas décadas. É necessário acrescentar a estas considerações o fato de ter se iniciado, nessas mesmas décadas, uma redução, ou estancamento dos gastos com a proteção social em vários países, limitando a expansão dos gastos com a saúde. Esse movimento, caracterizado pelos autores mencionados como uma ofensiva neoliberal, além da contenção de gastos sociais pela esfera estatal, implicava investimentos em uma reestruturação produtiva, abrangendo a

maioria dos setores econômicos, o que afetou de forma substantiva o funcionamento do Welfare State, e, conseqüentemente, dos sistemas de saúde.

i

ⁱ FARIA, Horácio Pereira, COELHO, Ivan Batista; WERNECK, Marcos Azeredo Furquim & SANTOS, Max André. Módulo 2. Modelo assistencial e atenção básica à saúde. In: FARIA, Horácio Pereira et al. **Unidade Didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008. Pag. 14-20.