

Análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste

Analysis of the efficiency of regional hospitals in a Northeastern Brazilian state

João Paulo Teixeira Silva¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912006

RESUMO O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. O hospital, sendo uma instituição de elevada complexidade, surge como um dos mais importantes componentes desse sistema, principalmente por nele estar empregado grande investimento, assim, o SUS precisa enfatizar o seu controle de custos. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficiência de hospitais regionais das principais regiões do estado do Rio Grande do Norte, à luz de indicadores hospitalares. Trata-se de um estudo avaliativo de metodologia quantitativa, no qual foram selecionadas seis unidades hospitalares integrantes da rede estadual do estado brasileiro, sendo duas de cada porte, no ano de 2014. Todos os dados são secundários provenientes dos sistemas oficiais de informação e das secretarias de saúde. Os melhores desempenhos, diagnosticados a partir dos indicadores, foram encontrados nas unidades de grande porte, enquanto os de pequeno apresentaram baixa resolubilidade e eficiência. Considerando-se o papel das unidades de referência regionais, o qual é ofertar assistência médica de maior complexidade à população, observa-se que o excesso de hospitais regionais de pequeno porte, com baixa resolubilidade e eficiência, mais onera o estado do que propicia melhoria da qualidade de vida da população.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais gerais. Indicadores de serviços. Eficiência. Custos hospitalares. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The Unified Health System (SUS) was created with the purpose of changing the situation of inequality in the health care of the population. The hospital, being a highly complex institution, emerges as one of the most important components of such system, mainly because there is a large investment employed in it, thus, it needs to emphasize its control of costs. The objective of this study is to evaluate the efficiency of regional hospitals in the main regions of the state of Rio Grande do Norte, in the light of hospital indicators. This is an evaluative study of quantitative methodology, in which six hospital units were selected from the state network of the referred Brazilian state, two of each in the year 2014. All data are secondary from the official information systems and the health secretariats. The best performances, diagnosed from the indicators, were found in the large units, while the small ones presented low solubility and efficiency. Considering the role of regional reference units, which is to offer more complex medical care to the population, it is observed that the excess of small regional hospitals, with low resoluteness and efficiency, generate more expenses to the state than improvement on the quality of life of the population.*

KEYWORDS *Hospitals, general. Indicators of health services. Efficiency. Hospital costs. Health evaluation.*

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil
joao-pauloteixeira@hotmail.com

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal (CF) de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Baseado nos princípios de universalidade de atendimento, integralidade de ações e equidade, o SUS disponibiliza acesso a todos independentemente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou poder aquisitivo; compreendendo as peculiaridades e a subjetividade de cada indivíduo, possibilitando um tratamento conforme as reais necessidades de cada sujeito¹⁻³.

Desde a criação do SUS, muito se avançou em termos de descentralização, de pactuações de objetivos entre os representantes das três esferas de governo e da adoção de componentes de planejamento, entre outros aspectos. Nesse sentido, a regionalização surge como estratégia de descentralização da oferta de assistência à população e possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível da residência das pessoas, conferindo comodidade e facilitando o acesso à população. Ela se mostra, ainda, como uma diretriz organizativa capaz de melhorar a qualidade e a racionalidade da assistência de uma determinada região, unindo recursos econômicos, humanos, tecnológicos em um serviço regional a fim de que uma população de determinado território tenha suas necessidades de saúde supridas^{4,5}.

Nas regiões de saúde, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. Para tanto, deve ser garantido o desenvolvimento da atenção básica na assistência e parte da média complexidade, do mesmo modo com as ações de vigilância em saúde⁶. Além disso, deve-se ressaltar o papel fundamental do hospital, uma vez que, por mais que se construa um sistema forte de atenção

domiciliar e ambulatorial, sempre existirão as condições que exigem atenção hospitalar, aqui destacando a realidade dos estados brasileiros, sobretudo da região Nordeste.

De acordo com Almeida⁷ e Abbas⁸, o hospital, no contexto assistencial, é uma instituição voltada ao diagnóstico e tratamento de pessoas, clientela com perfil interno e externo ao estabelecimento, que serve, ao mesmo tempo, para promover a saúde, assim como a manutenção e/ou restabelecimento da saúde do paciente. Evidencia-se sua caracterização como uma organização extremamente complexa, e com características técnico-assistenciais e administrativas próprias.

Antonio Nardi, presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, em entrevista à revista *Consensus*, afirmou que o hospital precisa ter papel capilarizado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com inserção matricial nos diferentes componentes do sistema.

O hospital, além de referência para os casos de maior complexidade e consequente garantia da continuidade do cuidado, precisa desenvolver o papel de indução de mecanismos de capacitação e o aumento da resolubilidade da atenção básica e especializada ambulatorial⁹.

Muito embora os hospitais sejam preferência da população e dos trabalhadores, por sua robusta estrutura e pela cultura 'hospitalocêntrica', na qual tudo pode ser resolvido nesse ambiente, a estrutura hospitalar representa custos elevados. Desse modo, enfatizar o controle de custos nas organizações públicas corrobora a necessidade de imprimir resultados no processo de atenção e assistência, bem como confere status de qualificação para o exercício das funções de gerência e/ou de gestão⁸.

Os resultados desse processo são uma maior produtividade, uma maior qualidade na assistência e um aumento na racionalização do uso de recursos. Destaque-se que, no Brasil, mediante busca em registros técnico-científicos, o achado mais significativo é que os hospitais não fazem uso de nenhum sistema de custos

que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos¹⁰.

Assim, ainda segundo Oliveira¹⁰, a análise dos custos pode ser considerada o aspecto mais importante para a tomada de decisão, sendo de grande necessidade a sua implantação nos serviços de saúde, uma vez que, para promover a subsistência da organização, seus gerentes necessitam de informações

precisas e adequadas sobre custos para tomar decisões estratégicas e para obter o aprimoramento operacional. Ademais, de acordo com Abbas⁸, ao conhecer os verdadeiros custos dos serviços prestados, as instituições tornam-se capazes de cortar desperdícios, melhorar seus serviços, avaliar incentivos de qualidade e impulsionar para o melhoramento contínuo por meio do gerenciamento baseado em atividade.

Quadro 1. Elementos de cálculo dos indicadores empregados no estudo da área hospitalar

Elemento de cálculo	Definição
Número de pacientes-dia	É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado durante um dia hospitalar. Será computado a partir da data de admissão do paciente, independentemente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída.
Número de leitos-dia	É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar. Os leitos-dia correspondem a leitos operacionais ou disponíveis, aí incluídos os leitos extras com pacientes internados acima de 24 horas, o que significa que o número de leitos-dia pode variar de um dia para outro de acordo com o bloqueio e desbloqueio de leitos e com a utilização de leitos extras.
Total de saídas	É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência externa, interna (entre clínicas) ou óbito.
Número de internações/ano	É o número de medida que representa a assistência prestada a um paciente internado. Será calculado levando em consideração a quantidade de internações registradas durante um ano.
Média de permanência	Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica.
Número de leitos existente/ano	É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um ano.

Fonte: Anvisa¹¹, ANS¹² e Programa CQH¹³.

A utilização de indicadores (*quadro 1*) que permitam aferição de produção e qualidade, como a Taxa de Ocupação Hospitalar (TxOH) e a Média de Permanência (MP), entre outros, associados às informações de orçamento e custos, como o Valor Médio da Internação (VMI), são ferramentas importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores.

Esses indicadores descrevem a realidade, ajudando a identificar problemas, mudanças e tendências, além de possibilitar comparar realidades, do passado ou de outras instituições, avaliar a execução do planejamento e verificar o alcance das metas parametrizadas^{14,15}. Pelo

olhar de Bonacim¹⁶, esses instrumentos de gestão são notoriamente valiosos para a superação dos desafios impostos pela atualidade e para a busca da eficiência gerencial.

Nessa perspectiva, a utilização dos indicadores de saúde permite conhecer o status quo baseando-se em parâmetros de instituições reguladoras, além de identificar fatores de risco, evidenciar tendências, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados. Assim sendo, são ferramentas que permitem identificar a eficiência, que, à óptica de Minayo¹⁷, consiste em obter o máximo benefício possível ao menor custo. Já para os Descritores

em Ciências da Saúde (DeCS), a eficiência pode ser definida como uma relação favorável entre os resultados obtidos e o custo dos recursos empregados, ou seja, é conseguir um resultado desejado a um custo mínimo¹⁸. Para Donabedian¹⁹, eficiência é a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo.

Nessa perspectiva, tem-se um questionamento primordial que norteia este estudo, estando assentado na indagação: à luz dos principais indicadores, como TxOH, MP e VMI, é possível avaliar a eficiência dos hospitais regionais presentes no estado do Rio Grande do Norte, a partir de um grupo de estabelecimentos selecionados de acordo com o seu porte assistencial? Essa questão tem por base verificar, por meio da avaliação normativa, o grau e/ou impacto dos objetivos e do custo-eficiência da unidade, comparando o perfil e o custo assistencial com fundamento na potencialidade de informações que os indicadores oferecerem, além de atrelar essa gama de elementos, permitindo analisar a sua eficiência relativa.

Metodologia

Trata-se de um estudo avaliativo de metodologia quantitativa, que incorpora uma análise estatística descritiva, e que promove uma pesquisa avaliativa, buscando estudar os componentes do objeto em relação às normas e critérios, bem como examinar as relações que existem entre os diferentes objetos da pesquisa.

O período em análise foi o ano de 2016, os dados sobre produção hospitalar e ambulatorial foram coletados nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde (MS)²⁰, como o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), além do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), nos quais constam os dados sobre leitos operantes de cada unidade; com base no documento 'Conceitos e definições em saúde'²¹, o qual define que um hospital de

pequeno porte possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.

Em um hospital de médio porte, a sua capacidade é de 50 a 150 leitos, já em uma unidade hospitalar de grande porte, a capacidade deve ser superior a 150 leitos.

Para este estudo avaliativo, foram selecionadas seis unidades hospitalares integrantes da rede estadual do Rio Grande do Norte, Brasil, sendo duas de cada porte (pequeno, médio e grande). A escolha de duas unidades para cada classificação de porte é justificada pela possibilidade de comparação de desempenho entre unidades de mesma classificação, aferindo os indicadores e buscando possibilidades de nexos explicativos.

Os critérios de inclusão foram: ser um hospital geral, ser de gerência estadual, número de leitos operantes de acordo com as categorias e ter expressividade dentro da região na qual está instalado. Os critérios de exclusão foram: existência de outra unidade sob gerência estadual mais expressiva dentro da região e estar instalada em uma região que não esteja entre as seis mais populosas do estado.

A coleta dos dados ocorreu no dia primeiro de agosto de 2017, em que os arquivos ambulatoriais e hospitalares em formato compactado (.dbc) foram baixados do Departamento de Informática do SUS (Datusus) na plataforma virtual do MS. A tabulação dos dados foi realizada no *software* Tabwin 3.6, também do MS.

Para os hospitais avaliados, na base de dados de informações hospitalares, relativas às internações, foram realizadas análises gerais e específicas por especialidade: (1) a quantidade de internações; (2) o seu respectivo valor total; (3) os valores dos serviços hospitalares; (4) os valores dos serviços profissionais; (5) os óbitos; (6) o tempo de permanência; (7) as diárias hospitalares; (8) as diárias de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); (9) as diárias de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI); (10) o caráter de atendimento e (11) o motivo de saída.

Enquanto na base de dados de informações ambulatoriais, referente aos procedimentos ambulatoriais, foram analisadas: (1)

a quantidade de atendimentos aprovados e (2) o seu respectivo valor. Na base de dados do CNES, cada hospital foi analisado de acordo com a quantidade de leitos operantes e disponíveis ao SUS em cada especialidade de atendimento. São as especialidades encontradas: (1) clínica cirúrgica; (2) clínica médica; (3) leitos complementares (UTI, UCI); (4) clínica obstétrica; (5) clínica pediátrica e (6) clínica psiquiátrica.

A análise e tratamento dos dados já tabulados se deu no Microsoft Office Excel® 2010 por meio de uma leitura exploratória,

que consiste na leitura do material visando destacar os pontos mais importantes com a finalidade de explorá-los. Nesse *software*, foram calculados os indicadores (*quadro 2*), considerando os parâmetros e as fórmulas das agências reguladoras e do MS.

Com relação aos aspectos éticos pertinentes, a obtenção dos dados se deu mediante a consulta em caráter secundário, com omissão do nome dos referidos hospitais, de acordo com a Resolução nº 466²², de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Quadro 2. Caracterização e fórmula de cálculo dos principais indicadores da área hospitalar utilizados neste estudo

Indicador	Objetivo	Definição	Cálculo	Unidade
Taxa de Ocupação Hospitalar (TxOH)	Medir o grau de ocupação do hospital	Relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período.	$\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Número de leitos-dia}} \times 100$	Porcentagem
Média de Permanência (MP)	Acompanhar o tempo de internação de pacientes por clínica/serviço	Relação entre o número de pacientes/dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica.	$\frac{\text{Número de pacientes/dia}}{\text{Total de saídas}}$	Dias de Permanência
Valor Médio da Internação (VMI)	Acompanhar a média de valor de uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH)	Calculado pela divisão do valor total pago pelas AIH consideradas, pelo número total de internações consideradas.	$\frac{\text{Valor total pago pelas AIH}}{\text{Número total de internações}}$	Reais

Fonte: Anvisa¹¹, ANS¹² e Programa CQH¹³.

Resultados e discussão

Entre os indicadores utilizados na análise, a TxOH busca avaliar a utilização dos leitos na unidade por meio de uma relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. A MP é usada como critério para aferir a quantidade de dias que um leito é ocupado. Já o VMI consiste no valor monetário médio para uma determinada internação.

Taxa de Ocupação Hospitalar

A *tabela 1* mostra que os indicadores de VMI, MP e TxOH tiveram seus maiores índices nos

hospitais de grande porte, cujas médias foram, respectivamente, R\$ 1.453,94, 7,5 e 71%; enquanto os de médio porte obtiveram R\$ 409,10, 4,0 e 41,4%. De acordo com o indicador da TxOH, os hospitais que apresentaram maior ocupação foram os de grande porte, sendo a sua média superior a 70%; seguidos das unidades de médio porte, com média próxima a 40% de ocupação, e dos estabelecimentos de pequeno porte, com média de ocupação na faixa de 35%. Faz-se necessário destacar que o maior valor do indicador foi encontrado em um hospital de grande porte (74,67%); e o menor, em um de pequeno (22,99%). Comportamento idêntico quando analisadas as especialidades separadamente.

Nesse sentido, a afirmação de que quanto menor o porte do hospital, menores são as suas taxas de ocupação vem à tona, havendo registros que chegaram ao patamar de 22% em hospitais com menos de 50 leitos⁹. Isso significa baixa resolubilidade e má relação baixo custo-efetividade; e, via de regra, essas unidades não se caracterizam como um ponto de atenção em rede, ou seja, não possuem um papel claro de sua missão na rede em que estão inseridas.

Considerando a portaria nº 1.631/2015²³ do MS, a TxOH média ideal para uma unidade hospitalar está entre 80% e 85%; e o TMI médio ideal é 5,5 (sendo para a clínica médica uma média de 8,0). Desse modo, é possível notar que os hospitais de grande porte são os que mais se aproximam dos padrões estabelecidos. Os hospitais de pequeno porte apresentam índices bem abaixo do considerado ideal; e por realizarem mais procedimentos de média complexidade o retorno financeiro é menor, resultando em maior custo a sua manutenção pelo estado.

Média de Permanência

A média de permanência dos nosocômios seguiu o mesmo padrão, tendo seus maiores valores nas unidades maiores, com média de aproximadamente 9 dias, e registrando o menor valor nos de pequeno porte, 3,5 dias em média. Os estabelecimentos de médio porte tiveram média de internação próxima a 4 dias. O maior valor de permanência, 11 dias, foi encontrado em um estabelecimento de grande porte e de alta densidade tecnológica, o qual atende a casos de alta complexidade.

Seguindo a mesma lógica, no detalhamento das clínicas, em razão das distintas complexidades de atendimento, a clínica cirúrgica teve média de 7,5 dias, de 3 dias e de quase 2 dias, respectivamente, nos hospitais de grande, médio e pequeno porte. Já a clínica médica apresentou um resultado um pouco diferente, a maior média

de permanência continuou sendo do maior porte (10,5 dias), seguido dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) (7 dias) e dos de médio porte com média de 5 dias. Os hospitais de médio porte analisados não possuíam clínica pediátrica, entretanto a média de permanência foi de 6,5 dias nas unidades de grande porte e de 4,5 nas de pequeno porte. Os hospitais de grande e um de médio porte não possuíam leitos obstétricos, os hospitais de pequeno porte analisado obtiveram média de 2,5 dias; e o de médio, 1,5 dia.

Com base na Portaria nº 1.631/2015²³, tem-se que a média da variação recomendada para o tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais é de: 4,5 dias para a clínica cirúrgica, considerando 4 dias (variando de 3,6 a 4,4) de 15 a 59 anos e 5,5 dias (de 4,6 a 6,5) nas internações de pacientes a partir de 60 anos. Para a clínica médica, 7,9 dias, considerando 7,5 (6,5 – 8,5) de 15 a 59 anos e 8,5 dias (7,4 – 9,7) para os pacientes a partir de 60 anos. O valor médio na variação para a clínica obstétrica é de 2,7 dias, considerando a variação de 2,4 a 3,1 dias. Já na clínica pediátrica, o valor médio é de 4,1 dias, considerando 5,15 (4,6 – 5,7) para os casos clínicos e 3,15 (2,4 – 3,9) nas internações em leitos cirúrgicos.

Desse modo, na clínica cirúrgica, cujo valor médio é 4,5, os hospitais de grande porte ficaram acima dos parâmetros com índices de 10,3 e 5,1 dias. Os de médio porte ficaram abaixo dos valores tidos como ideais, com índices de 2,7 e 3,6 dias. Já os de pequeno porte apresentaram os menores índices de tempo de permanência com médias de 1,2 e 2,3 dias.

Na clínica médica, cujo índice médio é de 7,9 dias, a mesma lógica foi seguida; os hospitais de maior porte também obtiveram valores acima dos parâmetros, sendo a média permanência de um 11,8 e do outro 9,1 dias. Os de porte intermediário e pequeno apresentaram valores abaixo dos considerados ideais, entretanto, os de médio obtiveram os índices 4,0 e 6,3 dias, enquanto os menores apresentaram 7,7 e 6,6 dias.

Tabela 1. Indicadores hospitalares por clínicas em porcentagem, considerando seus portes, no ano de 2014

Indicadores	Grande porte			Médio porte			Pequeno porte		
	A	B	Média	C	D	Média	E	F	Média
Taxa de Ocupação Hospitalar (%)									
Clínica Cirúrgica	75,33	64,18	69,75	16,81	34,24	25,52	32,06	16,94	24,50
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	26,85	-	42,42	15,21	28,82
Clínica Médica	94,46	123,5	108,98	65,38	63,47	64,43	78,13	36,00	57,06
Clínica Pediátrica	25,05	38,32	31,68	-	-	-	41,81	6,83	24,32
Média Hospitalar	67,50	74,67	71,09	37,94	42,91	40,42	48,51	22,99	35,75
Média de Permanência									
Clínica Cirúrgica	10,3	5,1	7,7	2,7	3,6	3,1	1,2	2,3	1,7
Clínica Obstétrica	-	-	-	-	1,6	-	1,9	2,2	2,0
Clínica Médica	11,8	9,1	10,5	4,0	6,3	5,1	7,7	6,6	7,1
Clínica Pediátrica	7,2	5,9	6,6	-	-	-	5,2	3,9	4,5
Média Hospitalar	11,1	6,8	8,9	3,6	4,1	3,9	2,7	4,2	3,5
Valor Médio de Internação (R\$)									
Clínica Cirúrgica	15.883,70	10.254,07	13.068,88	3.841,17	7.459,26	5.650,21	3.942,70	6.499,46	5.221,08
Clínica Obstétrica	0,00	0,00	0,00	0,00	11.893,23	5.946,61	5.923,57	6.189,35	6.056,46
Clínica Médica	10.723,87	7.387,89	9.055,88	3.758,62	8.927,45	6.343,04	3.670,90	5.681,72	4.676,31
Clínica Pediátrica	17.314,13	3.738,97	10.526,55	0,00	0,00	0,00	3.873,99	5.133,56	4.503,77
Média Hospitalar	12.805,20	8.589,61	10.697,41	3.780,99	9.526,85	6.653,92	4.689,11	5.993,77	5.341,44

Fonte: Ministério da Saúde²⁰ - SIA, SIH e CNES.

Valor Médio dos Procedimentos Hospitalares e Ambulatoriais

O VMI, levando em consideração as despesas para execução e manutenção da unidade, demonstrou seguir a mesma lógica que a TxOH, tendo seus maiores valores nas unidades de maior porte, cuja média foi de R\$ 10.697,41, seguidos pelos de porte intermediário, com média de R\$ 6.653,92, e pelos de menor porte, com média de R\$ 5.341,44. O hospital que registrou o maior valor médio foi um de grande porte, com valor de R\$ 12.805,20, enquanto o que apresentou o menor valor médio foi um de médio porte, com valor de R\$ 3.780,99, quase quatro vezes menos que o maior.

É de esperar que as unidades de maior complexidade tenham valores médios mais altos, uma vez que internações de alta complexidade exigem insumos e equipamentos caros, a exemplo da nutrição enteral, órteses e material cirúrgico de alto custo. Da mesma forma que se espera que internações simples tenham valores médios mais baixos. Entretanto, os resultados demonstram que esses valores não seguem essa lógica, sendo o valor médio dos HPP apenas metade da média dos grandes hospitais. É importante evidenciar que os HPP atendem a casos de complexidade inferior.

Isso só reafirma o que Solla e Chioro²⁴ defendem, que o custo médio de cada serviço/produto tende a ser menor com o aumento da

produção dos serviços. Bittar²⁵ também acredita que, por serem os custos do trabalho na maioria das instituições hospitalares o maior componente dos custos operacionais, uma alternativa para reduzi-los é investindo na elevação da produtividade.

Ao detalharem-se as quatro especialidades atendidas pelos hospitais, nota-se que a clínica cirúrgica apresenta os maiores valores médio, sendo nas unidades de grande porte a média de R\$ 13.068,88, nas de médio porte, de R\$ 5.650,21 e nas de pequeno, de R\$ 5.221,08. Comportamento semelhante encontrado na clínica médica, cujas médias foram, respectivamente, R\$ 9.055,88, R\$ 6.343,04 e R\$ 4.676,31. A clínica obstétrica, por só ter leitos nos HPP e em um de médio porte analisado, teve valor médio de R\$ 11.893,23 na unidade de médio porte e média de R\$ 6.056,46 nas de pequeno. Já a clínica pediátrica teve valor médio de R\$ 10.697,41 nos estabelecimentos de grande porte e de R\$ 5.341,44 nos de pequeno.

Solla e Chioro²⁴ citam como um dos principais fatores para o crescimento de custos em saúde a constante atualização e incorporação tecnológica e o lançamento de drogas cada vez mais avançadas e caras. Trata-se do resultado dos inúmeros estudos que objetivam a melhoria da qualidade na assistência e a efetividade no diagnóstico, entretanto, diferentemente de outros setores nos quais novas tecnologias substituem as já existentes e geram redução do número de postos de trabalho, na área da saúde, essas tecnologias passam a ser agregadas ao sistema, tornando-se mais uma alternativa entre as existentes.

Os valores médios das internações realizadas pelos hospitais tiveram mais coerência com a

complexidade dos atendimentos das unidades. As unidades de grande porte apresentaram valores médios de R\$ 10.697,41, enquanto as de médio obtiveram média de R\$ 6.653,92 e as de pequeno porte, de R\$ 5.341,44. O maior valor médio de internação foi da maior unidade hospitalar, a qual atende aos casos de maior complexidade do estado, enquanto o menor valor médio foi de uma unidade de médio porte.

Ao analisar o valor médio dos procedimentos ambulatoriais, realizados de acordo com o porte das unidades objeto do estudo, é possível observar que os valores médios mais baixos são das unidades de grande porte (com média de R\$ 56,88), seguidos das unidades de pequeno porte (com média de R\$ 92,63). Já os estabelecimentos de médio porte apresentaram o maior valor, R\$ 169,80, correspondente ao triplo do valor médio das unidades de maior porte. O menor valor médio de procedimento ambulatorial foi registrado em uma unidade de grande porte, enquanto o seu maior valor foi encontrado em uma unidade de médio porte.

Relação da produção ambulatorial versus a produção hospitalar

Nas análises das *tabelas 2 e 3*, foram considerados o valor total da despesa hospitalar no ano de 2016, isto é, o levantamento dos gastos da unidade durante o ano feito pela Coordenadoria Hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde, bem como as produções ambulatorial e hospitalar, do mesmo ano, apreciando a quantidade e o valor dos procedimentos realizados. Em cima disso, foram traçados o perfil da produção das unidades e o respectivo custo de cada categoria e procedimento.

Tabela 2. Valores médios de procedimentos por unidade hospitalar no ano de 2014

Porte	Estabelecimento	Valor médio ambulatorial	Valor médio internação
Grande	Hospital a	R\$ 52,89	R\$ 12.805,20
	Hospital b	R\$ 60,88	R\$ 8.589,61
Médio	Hospital c	R\$ 117,28	R\$ 3.780,99
	Hospital d	R\$ 222,32	R\$ 9.526,85
Pequeno	Hospital e	R\$ 73,48	R\$ 4.689,11
	Hospital f	R\$ 111,78	R\$ 5.993,77

Fonte: Ministério da Saúde²⁰ (Datusus – SIH e SIA).

Tabela 3. Participação da estrutura ambulatorial e hospitalar na produção das unidades hospitalares no ano de 2014.

Porte	Estabelecimento	Participação Ambulatorial	Participação Hospitalar
Grande	Hospital a	18,23%	81,77%
	Hospital b	32,16%	67,84%
Médio	Hospital c	43,25%	56,75%
	Hospital d	37,49%	62,51%
Pequeno	Hospital e	41,86%	58,14%
	Hospital f	64,12%	35,88%

Fonte: Ministério da Saúde²⁰ (Datusus – SIH e SIA) e Secretaria de Saúde.

É imprescindível ressaltar que os atendimentos ambulatoriais não devem ser o foco das unidades hospitalares, principalmente das sob gerência estadual. Nessas unidades, o atendimento ambulatorial deve, sim, existir, para os casos de urgência e emergência, entretanto, a principal responsabilidade sobre a porta aberta do hospital é do município. Este, por sua vez, deve atender a casos ambulatoriais em unidades básicas, mistas e de pronto atendimento, referenciando para as unidades de complexidade mais elevada apenas os casos com perfil para tais estabelecimentos.

Ao analisar a participação dos setores ambulatorial e hospitalar nas seis unidades e identificar os seus portes, observa-se que, nos hospitais de grande porte, a média de participação ambulatorial é de 25%, enquanto

os procedimentos que geram internação têm 75% de participação. As unidades de médio porte apresentam uma realidade diferente, onde 40% da produção da unidade diz respeito ao ambulatório; e 60%, às internações. Já os estabelecimentos de pequeno porte têm como característica o predomínio da produção ambulatorial, 53%, sobre a produção de procedimentos hospitalares como internações, que representam 47%. Quanto à participação do ambulatório na produção geral do hospital, observa-se que uma unidade de grande porte teve uma participação menor que 20%, enquanto em uma unidade de pequeno porte, ela foi de quase 65%.

Como mostra a *tabela 3*, entretanto, alguns hospitais regionais possuem expressiva participação nos atendimentos ambulatoriais, o

que remete ao mau funcionamento da rede e à falta de compromisso dos municípios em solucionar grande parte desses casos em suas unidades da rede própria.

Entraves na rede assistencial

De acordo com Solla e Chioro²⁴, para que a atenção especializada seja, de fato, um território estratégico de intervenção, deve-se ter uma rede básica em pleno funcionamento e extremamente capilarizada, com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham; visto que a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, de modo a permitir a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. No entanto, o grande número de procedimentos ambulatoriais em estabelecimentos hospitalares aponta para uma falha nessa rede.

Para Mendes⁴, a busca de escala é uma condição imprescindível para um sistema de atenção à saúde eficiente. Um exame da literatura universal identificou, aproximadamente, cem estudos que mostraram evidências de economias de escala em hospitais. Além disso, eles revelaram que as economias de escala são encontradas em hospitais de mais de 100 leitos, ou seja, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 100 e 450 leitos e que as 'deseconomias' de escala se tornarão importantes em hospitais de mais de 650 leitos.

De acordo com estudos de Mendes²⁶, o parque hospitalar público do SUS mostra uma situação de ineficiência sistêmica devido ao fato de que 79,9% das unidades em funcionamento têm menos de 100 leitos, o que significa que operam com significativas 'deseconomias' de escala. O mesmo fato é observado no cenário estudado, com grande número de unidades hospitalares de pequeno porte, muitas com caráter regional, em detrimento de uma rede de atenção primária frágil e ineficiente – sobrecarregando os grandes hospitais.

O planejamento como ferramenta para suprir as necessidades da rede regional

Em geral, de acordo com a World Health Organization (WHO)²⁷, os serviços de menor densidade tecnológica como os da atenção primária devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, tendem a ser concentrados.

A (re)organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

O padrão focado no grande número de unidades de médio e pequeno porte espalhadas por diversas localidades tem sido trocado pelo novo modelo em que uma unidade de alta resolatividade, extremamente qualificada, é colocada como um nó na rede de atenção. Faz-se necessária, assim, uma melhor distribuição da oferta de hospitais no País. No entanto, importante se faz um desenho de necessidade de leitos, fundamentado no perfil epidemiológico regional, definindo com clareza a missão de todos os estabelecimentos hospitalares na rede em que está inserido. Esse foco deve preceder as decisões de construção de hospitais.

Dito de outra forma, Bittar²⁵ coloca que, para ser um sistema eficiente, um hospital tem que ser planejado para prover unidades de tamanho certo, em locais certos, para admitir somente aqueles pacientes que necessitem ser admitidos e dispensados, tão logo não necessitem de cuidados em hospital. Desse modo, é possível manter as taxas de ocupação, produtividade, média de permanência e rotatividade de leitos dentro dos parâmetros idealizados, permitindo a racionalização dos recursos e a melhora da assistência.

Para Mendes⁴, quando os hospitais estão

integrados na RAS, eles têm como papel assistir, principalmente, às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para esse fim, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade. Entretanto, as suas funções são diferenciadas quando estão em sistemas fragmentados de atenção à saúde, isso porque as RAS caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com ‘hospitalocentrismo’ que marca os sistemas fragmentados.

Para Davanzo e Fonseca²⁸, a configuração de uma rede regionalizada e hierarquizada é essencial para a garantia da atenção especializada. Torna-se imprescindível a identificação de recortes espaciais definindo um conjunto de municípios, com hierarquia estabelecida de acordo com a capacidade de ofertar determinadas ações e serviços especializados, tornando mais racional a atenção especializada e garantindo que todos os usuários possam ter acesso aos procedimentos necessários, seja no município onde residem ou fora dele, por meio de referências intermunicipais, ou até mesmo interestaduais.

O acesso aos serviços, conforme o conceito sugerido pela WHO²⁷, está baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente. Assim, deve ser, juntamente com a análise dos dispositivos de saúde instalados no território e o perfil epidemiológico da região, um dos critérios utilizados pela gestão para a alocação de recursos de modo a suprir as necessidades de saúde daquele território.

Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital, na RAS, deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio.

Conclusões

O estudo evidenciou que, em suma, as unidades de pequeno porte apresentam sérias restrições no que concerne a integrar parte do rol de estabelecimentos sob gerência estadual, por não apresentarem perfil de unidades regionais, com resolutividade para as demandas dos municípios circunvizinhos.

Assim, a redefinição do perfil e a adoção de modelo da gerência/gestão dessas unidades com base em uma modelagem de governança locorregional, integrando solidariamente os entes federativos e definindo claramente o exercício do controle colegiado local, também possibilitam o aumento da eficiência e a redução de custos; e, sobretudo, o impacto no quadro de morbimortalidade, uma vez que sai de uma caracterização inapropriada para a correta.

O princípio e a estratégia da regionalização trazem consigo um potencial ainda a ser descoberto no plano da materialidade, uma vez que a celebração de acordos e pactuações se desenvolve ainda de modo tímido, entretanto, considere-se a dimensão continental do País, sua proposição de sistema universalista com base federativa, além do exíguo financiamento e controle social a ser efetivamente cristalizado.

Cabem contribuições e renovadas reflexões, mais arrazoadas e com fundamentação assentada em uma crítica plural e multidimensional sobre a necessidade de contribuições para avanços do sistema, em caráter global, sem desconsiderar a ação micro localizada para a efetividade da prestação de serviços.

Não se deve, todavia, esquecer da população que, de certo modo, alheia às discussões políticas ou técnicas de gestão, só desejam um SUS resolutivo, que funcione próximo a sua casa, que seja universal e que cumpra com seu papel legal de promover a saúde e tratar a doença. Para ela, quanto maior o número de unidades, melhor, não compreendendo que quantidade não é sinônimo de qualidade e resolutividade. É para essas pessoas que o SUS deve ser planejado e gerido, a fim de melhorar a qualidade.

Nesse sentido, é interessante considerar a

tendência internacional de que os hospitais de grande porte apresentam maior eficiência no sentido da utilização de sua capacidade potencial instalada e disponibilidade de recursos de natureza diversa, como cognitivos, tecnológicos, materiais, financeiros, entre outros. Em consequência, há uma redução dos custos quando em comparação às unidades de menor porte, nas quais há, para a manutenção do hospital, um investimento financeiro superior ao valor retornado por sua produção.

Assim, para que sejam obedecidos os princípios do sistema nacional de saúde e para que os casos não precisem chegar à atenção hospitalar, faz-se necessário o fortalecimento

da Atenção Primária à Saúde, de modo a promover e a proteger a saúde da população, reduzindo ainda os custos ao sistema. Nestes 30 anos de SUS, que o marco seja a avaliação de quais pontos precisam ser melhorados e de como obter a melhor eficiência possível. Somente assim as ameaças presentes serão vencidas; e o futuro de uma saúde para todos e de qualidade, resguardado.

Colaboradores

Silva JPT (0000-0001-5889-2361)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
3. Brasil. Lei nº 8.142/90 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. 28 Dez 1990.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
5. Silva EC, Gomes MHA. Regionalização da saúde na região do Grande ABC: os interesses em disputa. Rev. Saúde Soc. São Paulo. 2014; 23(4):1383-1396.
6. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 Jun 2011.
7. Almeida TRRR. Perspectivas de sobrevivência do hospital. *Rev. Paul. Hosp.* 1983; 5(6):104-113.
 8. Abbas K. *Gestão de Custos em Organizações Hospitalares* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O papel do Hospital na rede de atenção à saúde. *Rev. Consensus.* 2014; 11(1):13-22, p. 17.
 10. Oliveira WT, Rodrigues AVD, Haddad MCL, et al. Concepções de enfermeiros de um hospital universitário público sobre o relatório gerencial de custos. *Rev. Esc enferm USP* [internet]. 2012 abr [acesso em 2016 jan 2]; 46(5):1184-1191. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/21.pdf>.
 11. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Caderno de Indicadores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária*. Brasília, DF. 2012 [acesso em 2019 fev 12]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/indicadores-estrategicos>.
 12. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Indicadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro. 2012 [acesso em 2019 fev 12]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>.
 13. Programa CQH. 3º Caderno de Indicadores CQH. *Programa CQH Compromisso com a Qualidade Hospitalar*. São Paulo. 2019 [acesso em 2019 fev 12]. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/inicial.php>.
 14. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, et al. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Rev. Ren. Fortaleza.* 2011 mar; 12(1):189-97.
 15. Chaves LDP, Takana OY. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. *Re. Esc. Enferm. USP.* São Paulo. 2012; 46(5):1274-278.
 16. Bonacim CAG, Araújo AMP. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Rev. Ciênc. saúde colet.* 2011; 16(1):1055-1069.
 17. Minayo MCS. Violência: Impactos sobre a saúde e respostas do sistema. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 922-945.
 18. *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS* [internet]. 2017. São Paulo (SP): Bireme, Opas, OMS. 2017 [atualizado 2017 maio]; [acesso em 2017 jun 13]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.
 19. Donabedian A. *A gestão da qualidade total na perspectiva dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Sistemas de Informações em Saúde*. [acesso em 2017 ago 1]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
 21. Brasil. Ministério da Saúde. *Conceitos e definições em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1977.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União. 12 Dez 2013.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1 de outubro de 2015. *Define os critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Diário Oficial da União. 1 Out 2015.
 24. Solla J, Chioro A. *Atenção ambulatorial especializada*. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 547-576.
 25. Bittar OJNV. *Produtividade em hospitais de acordo*

com alguns indicadores hospitalares. Rev. Saúde Pública. 1996; 30(1):53-60.

26. Mendes EV. A atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

27. World Health Organization. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

28. Davanzo AMQ, Fonseca RB. Estudo para o regionalismo do SUS. In: O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 24-46.

Recebido em 26/03/2018

Aprovado em 04/12/2018

Conflito de interesses: não houve

Suporte financeiro: inexistente