

O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte

The effect of municipalization in the Brazilian hospital system: the small-sized hospitals

Luciana Reis Carpanez (<https://orcid.org/0000-0002-5107-2595>)¹

Ana Maria Malik (<https://orcid.org/0000-0002-0813-8886>)¹

Abstract Hospital care accounts for part of increased health care costs. Countries have adapted their public policies to the hospital sector, focusing on larger centers, after studies of the 1990s have shown that hospitals with less than 200 beds have reduced efficiency. A total of 6,787 hospitals in Brazil were recorded in 2017, 62.3% of which had less than 50 beds. This study evaluated the National Policy for Small-sized Hospitals (PNHPP) published in 2004, and its impact on the Brazilian hospital sector. Twelve of the 27 states adhered to the PNHPP. In the absence of policies to induce the establishment of a networked hospital system, favoring comprehensive actions, the municipalization pulverized hospital care. Municipal managers believed that this was the best path to meet health needs. The number of municipal hospital units increased and their size was reduced, reaching a mean capacity of 50 beds per hospital. The reversal of this scenario involves policies that induce the qualification of hospital care until the understanding that the almost 5,000 small-sized hospital units in the country are a broad set to be studied, subdividing it into smaller groups, with different specialties.

Key words Hospitals, Hospital legislation, Hospital size, National health policies

Resumo A atenção hospitalar tem sido responsável por parte do aumento de custos em saúde. Países adequaram suas políticas para o setor hospitalar, concentrando a atenção em centros de maior porte, após estudos dos anos 1990 demonstrarem que hospitais menores de 200 leitos apresentaram redução da eficiência. Em 2017 existiam no Brasil 6.787 hospitais, sendo 62,3% deles com menos de 50 leitos. O presente estudo avaliou a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), publicada em 2004, e seu impacto no setor hospitalar brasileiro. A adesão à PNHPP ocorreu em 12 dos 27 estados brasileiros. Na ausência de diretrizes que privilegiassem a integralidade das ações, com hospitais inseridos em uma rede, a municipalização gerou a pulverização da atenção hospitalar. Este foi o modo encontrado pelos gestores municipais para o atendimento às necessidades de saúde. Houve aumento dos hospitais municipais, com redução de porte, chegando à média de 50 leitos/hospital. A reversão desse cenário envolve ações que passam por políticas indutoras de qualificação da atenção hospitalar até o entendimento de que as quase 5.000 unidades hospitalares de pequeno porte existentes no país configuram um amplo conjunto a ser estudado em profundidade, subdividindo-o em grupos menores, com vocações distintas.

Palavras-chave Hospitais, Legislação hospitalar, Tamanho dos hospitais, Políticas públicas de saúde

¹ Centro de Estudos em Planejamento e Gestão em Saúde (FGVsaude), FGV-EAESP. Av. 9 de Julho 2029/11º, Bela Vista. 01313-902 São Paulo Brasil. lucianacarpanez@gmail.com

Introdução

Os gastos com saúde têm aumentado a ponto de países com acesso universal realizarem reformas em seus sistemas, com objetivo, dentre outros, de redução dos mesmos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹, a porcentagem mundial média de gastos do Produto Interno Bruto (PIB) em saúde se encontrava ao redor de 10% em 2014, tendo crescido 10% entre 2003 e 2013. Países do continente africano apresentam a menor média de gastos (ao redor de 3 a 5%) e foram os únicos a apresentar tendência decrescente. Os Estados Unidos são o país com maior média de gastos com saúde, com 15% do PIB em 2003 e 17% em 2013. O Brasil utilizou 7% de seu PIB para ações de saúde em 2003 e 10% em 2013, com gasto de R\$ 147 bilhões em 2004 (6,9% do PIB). A porcentagem de gastos individuais em saúde chega a 11% da renda média² e até 5% dos pacientes podem ser levados à pobreza pela utilização de serviços de saúde. Dentre os gastos em saúde, a atenção hospitalar é a responsável pelo maior aumento dos custos. Estudos³ evidenciam que, do total de aumentos, ao redor de 18% se deu por conta do aumento dos custos hospitalares. Cerca de 126 bilhões de dólares poderiam ser economizados caso houvesse melhoria na eficiência dos serviços de saúde. A OMS, em 2010³, descreveu as dez principais causas de ineficiência em serviços de saúde, sendo duas delas as internações hospitalares desnecessárias e tempo de permanência acima do desejado e a baixa utilização das infraestruturas hospitalares/dimensão hospitalar inapropriada.

Nas duas últimas décadas (2000 a 2018), entre metade e dois terços de todos os gastos nacionais em saúde foram realizados por serviços hospitalares. Estudos canadenses⁴, suíços⁵ e alemães⁶ demonstram que os serviços hospitalares apresentam muitos custos devidos à ineficiência, quer seja pelos números excessivos de internações e de dias de permanência sem indicação precisa, quer seja pela subutilização da infraestrutura. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD), a expectativa de vida poderia ser aumentada em até dois anos se os serviços de saúde fossem mais eficientes⁷, por redução (1) da demora no tempo de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e (2) da duração da utilização dos serviços pelos cidadãos.

Apesar de diversos estudos evidenciarem que a melhoria na eficiência do parque hospitalar deva ser um objetivo dos governos, em todos os sistemas de saúde os hospitais se apresentam

como estruturas fundamentais, executando a maior parte das ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento imediato) e terciária (prevenção de incapacidades e reabilitação). Entender e estudar os sistemas hospitalares pode fornecer subsídios para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade nas ações de saúde, bem como aprimorar o planejamento nas ações dos sistemas de saúde.

No caso brasileiro, em dezembro de 2017 existiam 6.787 estabelecimentos de saúde hospitalares⁸, sendo que 62,3% destes possuíam menos de 50 leitos. Desde 2004 existe uma política nacional voltada exclusivamente para eles^{9,10}. A literatura evidencia que hospitais com menos de 200 leitos não alcançam economia de escala e têm dificuldade de manter sua sustentabilidade econômico-financeira¹¹⁻¹³. Este artigo objetiva analisar como se deu, historicamente, a conformação do subsistema hospitalar brasileiro, com especial atenção aos pequenos hospitais, bem como analisar a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) e os resultados alcançados por meio dela.

Os hospitais de pequeno porte brasileiros

Hospitais existem desde as primeiras civilizações, mas seus objetivos e sua conformação mudaram com o passar dos séculos. Até a Idade Média tratava-se de organizações ligadas a ordens religiosas, com funções de assistência social e de assistência à saúde. Após o século XVII, com o surgimento dos Estados Nacionais, as assistências médica e social se separam, restando aos hospitais somente a primeira função^{14,15}. Ao longo dos séculos seguintes ocorre um gradativo desenvolvimento do campo de conhecimento da atenção à saúde, com a criação e a elaboração de novas tecnologias, gerando especificidades e especialidades.

O modelo de atenção à saúde em que os hospitais se tornam o grande centro ordenador do sistema se dá no século XX, quando passaram a ser valorizados pelo quanto de tecnologia se encontrava neles¹⁶⁻¹⁸. Tal fato foi em muito impulsionado pela elaboração e divulgação do Relatório Flexner¹⁷. Segundo este, a melhor direção a ser tomada para aprimorar as condições do ensino médico seria a superespecialização e a categorização de serviços. Embora muito criticado (avaliou 155 escolas médicas em 180 dias, sem um instrumento padronizado de avaliação, com base somente na inspeção física das escolas por meio de visitas com duração entre meio e um dia), esse

documento moldou o sistema de ensino médico do século XX e, conseqüentemente, a organização dos sistemas de saúde. O relatório afirmava que o estudo da medicina deveria ser centrado na doença de forma concreta e não deveria levar em conta os aspectos sociais e coletivos do processo de adoecimento, adotando uma postura positivista e apontando como único conhecimento adequado aquele produzido por meio do método científico, de observação e experimentação¹⁷.

Essa evolução organizacional voltada à superespecialização, que ocorreu nas primeiras décadas do século XX em países como Estados Unidos e Grã-Bretanha, foi potencializada pela crescente complexidade tecnológica. Inicialmente a superespecialização e a incorporação tecnológica geraram importante aumento nos custos hospitalares, mas mais recentemente, a partir do início dos anos 2000, ambas possibilitaram reduções dos tempos de internação, das necessidades de intervenção e tendência à desospitalização^{19,20}. Os custos hospitalares continuam a crescer, mas alguns autores afirmam que isto ocorre a uma taxa menor²¹.

No Brasil, a superespecialização somente foi sentida a partir da década de 1970. Até então, os hospitais brasileiros se apresentavam basicamente como sede de trabalho de profissionais médicos e de enfermagem, que utilizavam mais a propedêutica clínica do que exames e equipamentos²². A partir dessa década os hospitais brasileiros começaram a importar tecnologias mais sofisticadas e se tornaram centros de especialidades. Os maiores hospitais nessa época eram os que apresentavam mais recursos diagnósticos e terapêuticos e se dividiam em hospitais pertencentes ao INAMPS, públicos de nível federal (em geral especializados em doenças específicas, como hanseníase e tuberculose) e os raros hospitais universitários. Os demais hospitais, menores, em pequenos centros urbanos, contavam em geral com uma a duas especialidades dentre as clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria) e atendiam bem a uma população ainda predominantemente rural^{22,23}.

Foi nessa década de 1970 que ocorreu a maior expansão hospitalar no Brasil (Gráfico 1), com o aumento de 79,9% no número total de hospitais. Nas décadas seguintes a expansão dos serviços hospitalares se manteve, mas em grau menor (19,1% na década de 1980, 7,22% na década de 1990, 0,9% entre os anos 2000 e 2010)²⁴.

O aumento expressivo do número de hospitais ocorrido na década de 1970 se deu às custas de hospitais privados, em geral de caráter filan-

trópico (aumento de 68% entre 1970 e 1980), conforme observado no Gráfico 2. São os hospitais das Santas Casas de Misericórdia, difundidos em todas as regiões do país, cujo modelo foi instituído no Brasil por meio da colonização portuguesa. A partir de 1980 o aumento no número de hospitais ocorreu às custas do aumento nos hospitais públicos. Em 1980 existiam 6.110 hospitais, sendo 19,9% públicos e 80,1% privados. Em 1990 os hospitais passaram a 7.280, sendo 30% públicos e 70% privados (aumento de 67% dos hospitais públicos)²⁴.

Os hospitais privados construídos na década de 1970 apresentavam média de 69,1 leitos e possuíam baixa densidade tecnológica (Gráfico 3). Para as características populacionais e epidemiológicas da época, em que a população era predominantemente rural e a maior parte das internações se dava por doenças infectocontagiosas, tais hospitais ainda atendiam as demandas de modo suficiente. Nas décadas seguintes este modelo hospitalar de poucas especialidades e baixa complexidade tecnológica foi mantido na maior parte do país, mas as condições populacionais e epidemiológicas não se mantiveram estáveis. No início da década de 1980 a população brasileira se tornou predominantemente urbana e a partir dos anos 1990 ocorreu o aumento dos diagnósticos relacionados à violência urbana e ao envelhecimento populacional. Agravando as iniquidades do sistema, os novos hospitais públicos inaugurados a partir de 1990, em sua maioria municipais, apresentavam em média 50 leitos e mantinham o padrão de baixa complexidade tecnológica dos hospitais privados da década de 1970²³. Ocorreu um movimento contrário ao de antes de 1970, com os hospitais públicos deixando de ser geridos pela instância federal em sua maioria e passando à gestão municipal, além de se tornarem os menores do país, em termos de número de leitos e densidade tecnológica.

Na década de 1990 estudos internacionais evidenciaram que hospitais pequenos não apresentam eficiência, por dificuldade de ganhos de escala e escopo^{11,12}. Os autores demonstraram que quanto maior o volume de atendimento, melhor a qualidade da atenção prestada. Para esses estudos, hospitais pequenos eram aqueles com menos de 200 leitos, enquanto que, no Brasil, o único modelo classificatório utilizado desde 2002 é o da Portaria nº 2.224 do Ministério da Saúde (MS), apesar de esta Portaria ter sido revogada em 2003²⁵. Esta, entre outras características, classificava os hospitais com menos de 50 leitos como Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Tais estudos prosseguiram

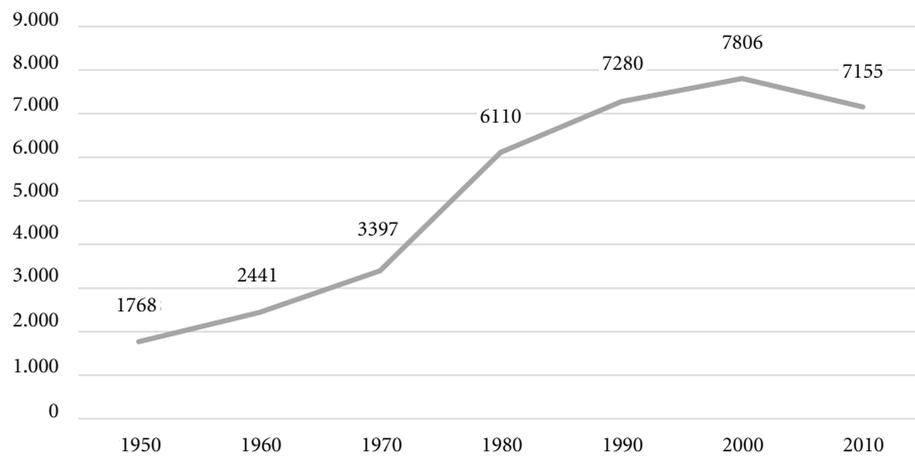


Gráfico 1. Número total de hospitais, Brasil, 1950 a 2010.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴.

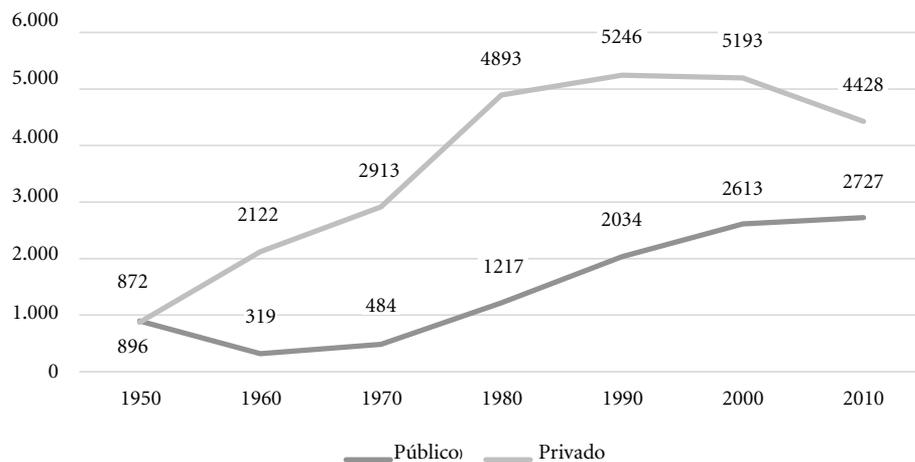


Gráfico 2. Número total de hospitais, por unidade mantenedora, Brasil, 1950 a 2010.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴.

na década de 2000, acrescentando que, se por um lado deve haver uma inibição da existência de hospitais pequenos, por outro, não se pode reduzir tanto o número de hospitais pois isso leva a uma redução do acesso da população a estes serviços. Ou seja, em termos de políticas públicas voltadas à área da saúde, a equalização entre eficiência e acesso deve ser fortemente contemplada¹⁴.

Nos Estados Unidos, no Canadá e em países europeus tais estudos geraram uma onda de fusões, aquisições e fechamentos de hospitais na segunda metade da primeira década dos anos 2000, objetivando o melhor balanceamento entre aumento da eficiência e manutenção do acesso^{26,27}. No Brasil tais fatos não puderam ser observados. Nesse período, ao redor de 60% dos

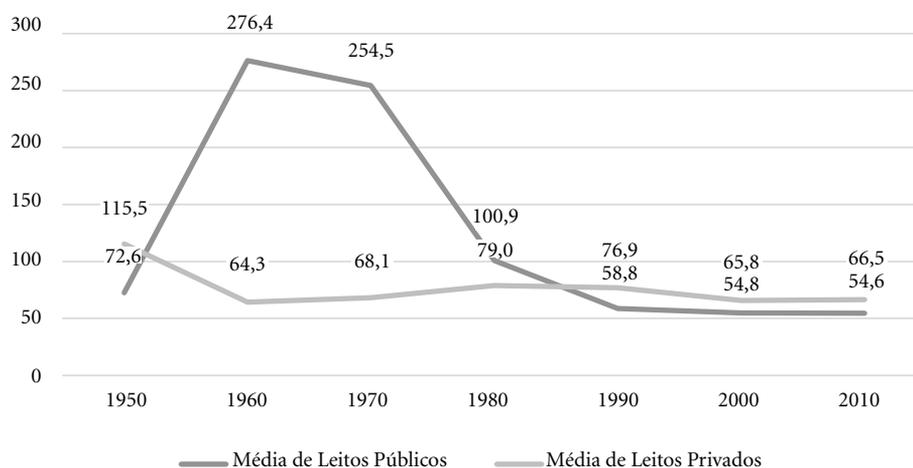


Gráfico 3. Número médio de leitos hospitalares, por unidade mantenedora, Brasil, 1950 a 2010.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴.

hospitais nacionais possuíam menos de 50 leitos, mas correspondiam a somente 18% do total de leitos do sistema. Ademais, mostravam-se ineficientes nos indicadores de taxa de ocupação, média de permanência e valor médio de AIH. Identificado o problema, o MS lançou, em 2004, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), que somente ganhou vulto em 2006, quando ocorreu a maior parte das adesões estaduais à política. Estudos mais recentes, da década de 2010, em nível nacional e subnacional, evidenciam que o cenário segue mantido, mesmo decorrida uma década²⁸⁻³⁰, em que os pequenos hospitais brasileiros apresentam baixas taxas de ocupação e internam, em sua maioria, afecções sensíveis à atenção básica. Trata-se, portanto, de internações que poderiam ser evitadas, com melhoria da eficiência e redução do custo, caso a atenção básica fosse, *per se*, mais resolutiva.

Metodologia

A pesquisa constou de duas fases, sendo a primeira de construção do arcabouço teórico e a segunda de análise da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.

Na primeira fase foram analisadas as principais legislações de organização do Sistema Único de Saúde (Constituição Federal, Leis, Decretos e Portarias), sua influência no setor hospitalar e suas relações com a atenção básica. Os sítios de

pesquisa foram do MS (Saúde Legis), do Senado Federal (SF) e do Diário Oficial da União (DOU). Os unitermos utilizados foram “Hospitais de Pequeno Porte”. A origem da norma não foi assinalada (foram analisadas normativas emitidas por quaisquer órgãos, secretarias ou unidades do MS). Inicialmente foram encontradas 1.580 normativas, entre os anos de 1988 e 2017. Nessa pesquisa, observou-se que os registros do Saúde Legis se encontram incompletos para as publicações entre os anos 2002 e 2007 (as normas estão descritas em seus títulos, mas não existe a possibilidade de abrir cada uma em seu texto completo). Assim, a pesquisa foi complementada nos sítios do SF e DOU, com a análise de mais 237 legislações que não constavam no sítio do MS. Destas 237 legislações, duas foram incluídas na análise. Ao final, foram analisadas 1.817 normativas, mas somente foram incluídas no estudo 21, entre elas as principais normativas de construção do SUS, como as Leis nº 8.080 e 8.142, as NOBS e as NOAS, as legislações do Pacto pela Saúde e o Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011. A maior parte das normativas não incluídas no estudo tratavam de liberação de recursos financeiros. As normativas foram avaliadas utilizando um olhar qualitativo, buscando entender como ocorreu a construção histórica do cenário atual e com o principal objetivo de enriquecer a discussão dos resultados encontrados na segunda fase de pesquisa. As variáveis de avaliação foram: categorização da normativa (lei, portaria, decreto,

instrução normativa, etc.), órgão emissor da norma, impacto sobre a atenção hospitalar, impacto sobre pequenos hospitais, estímulo à construção de redes de atenção, estímulo à integralidade dos cuidados, estímulo à municipalização, estímulo à participação das unidades federativas.

A segunda fase constou da análise da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e de suas normas e legislações. Foram estudadas todas as cinco portarias estruturantes da política e as vinte de adesão das unidades federativas, descritas nos resultados. As variáveis de análise das portarias de adesão das unidades federadas foram a data da emissão, o intervalo de tempo entre a publicação da portaria de adesão e a publicação das portarias estruturantes, as unidades federativas que aderiam à política e o número de hospitais de pequeno porte contemplados.

Resultados

A PNHPP foi publicada pela Portaria MS nº 1.044, de 2004. Seu objetivo, segundo o texto normativo, era o de adequar o modelo de organização e o financiamento para inserir os HPPs nas redes de atenção e melhorar a resolutividade e a qualidade das suas ações. A PNHPP pressupunha adesão voluntária dos estados e municípios, desde que possuíssem hospitais com 5 a 30 leitos, localizados em municípios de até 30.000 habitantes com mais de 70% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família. Para que o HPP pudesse ser cadastrado na Política, deveria adequar seu perfil assistencial, com atendimento de pediatria, obstetrícia e clínica médica e que pudesse ainda realizar pequenas cirurgias, atender saúde bucal e urgências e emergências. Pressupunha ainda a qualificação da gestão destes hospitais, bem como sua inserção nos mecanismos de regulação de leitos do SUS. Para o cálculo do número de leitos que cada HPP deveria ter, seriam consideradas as necessidades previstas de internações em 5% da população ao ano, bem como a manutenção de taxas de ocupação de 80% com média de permanência de 5 dias. A portaria definia a atribuição de todos os entes federados, bem como a pactuação nas instâncias intergovernamentais (Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite – CIB e CIT), a elaboração de um plano de trabalho a ser aprovado pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), elaboração de relatórios semestrais de avaliação dos planos de trabalho e dos resultados alcançados, bem como a capacitação

dos gestores locais municipais e hospitalares por membros dos Estados e do MS.

Além da organização dos processos de implementação e avaliação, a portaria alterou o modelo de financiamento. Para esses serviços, o financiamento não se daria mais por produção (emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH), mas sim por orçamento global e repasse fundo a fundo. O nível federal cobriria metade do valor, sendo a outra a contrapartida dos estados. O artigo final estabelece que “fica vedado, a partir da publicação dessa Portaria, o credenciamento pelo SUS de qualquer unidade hospitalar com menos de 30 leitos, bem como o investimento para a construção dos mesmos”.

Nesse mesmo ano de 2004 a Secretaria de Atenção à Saúde do MS (SAS) emitiu a Portaria nº 287, que definiu o valor de financiamento para cada leito cadastrado na PNHPP. Esse valor era de R\$ 1.473,00 ao mês, baseado no valor médio das AIHs emitidas pelos HPPs em 2003 (abaixo do valor médio das AIHs no país - R\$ 2.196,00 - e do valor médio das AIHs de doenças infecciosas e parasitárias - R\$ 1.876,99, valores da época). Tal portaria define ainda que um HPP não pode ter dotação orçamentária menor que R\$ 10.000,00/mês.

A primeira portaria (nº 1.044, de 2004) afirmava que os processos de trabalho seriam organizados por outra portaria, a ser emitida posteriormente pela SAS. Esta norma somente foi publicada oito meses após, em fevereiro de 2005 (Portaria nº 94 de 2005) e estabelecia os mecanismos para a implementação e a operacionalização da PNHPP. Definia que a adesão dos estados somente se daria por meio do Termo de Adesão e do Plano de Trabalho e que este último seria realizado de acordo com modelo definido pela SAS. O fluxo se dava do seguinte modo: as secretarias estaduais de saúde encaminhavam para a SAS o Termo de Adesão Estadual, a lista de municípios e hospitais que entrariam na PNHPP e o Plano de Trabalho. Após análise de tais documentos a SAS emitiria um parecer técnico. Sendo favorável, os estados deveriam reencaminhar para a SAS os mesmos planos de trabalho aprovados por três instâncias: Conselhos Municipal e Estadual de Saúde e CIB. Nesse momento ocorreria a contratualização entre o gestor local do SUS e o prestador. A homologação somente se daria com a publicação de Portaria específica para cada estado no DOU, após a aprovação de todos os documentos pela CIT. Dava-se oportunidade para que a adesão fosse total (para todos os hospitais elegíveis) ou parcial.

Por último, foi publicada pela SAS a Portaria nº 852, também em 2005, quatro meses após a Portaria nº 94. Tal normativa alterava os critérios de inclusão dos HPPs. Valia o que tinha sido definido pela Portaria nº 1.044, de 2004, mas, a critério dos gestores estaduais e municipais, poderiam ser incluídos hospitais não elegíveis inicialmente. O ponto mais importante dessa nova normativa, que interferia naquilo definido pela Portaria nº 1.044, foi a possibilidade de construção e cadastramento de hospitais com menos de 30 leitos, desde que considerados relevantes para o sistema pela Secretaria Estadual de Saúde. Se o ganho inicial maior da PNHPP tinha sido de suspender a inauguração de novas unidades tão pequenas, este foi parcialmente perdido com essa nova normativa.

Somente foi publicada mais uma portaria estruturante da PNHPP em 2006 (Portaria SAS nº 1.955), que tratava de HPPs específicos para a área da Amazônia Legal. As únicas alterações nos critérios de elegibilidade foram a necessidade de internação (para 6% da população ao ano, ao invés de 5%) e a possibilidade de cadastrar serviços hospitalares situados em municípios com menos de 70% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, desde que o gestor municipal se comprometesse a adequar este parâmetro em seus planos de trabalho.

Além das Portarias estruturantes da Política, muitas outras foram publicadas, em relação à adesão dos estados, elencadas no Quadro 1. Observa-se que a adesão dos estados foi decrescente na série histórica (6 estados aderiram à PNHPP em 2005, 3 em 2006, 2 em 2007 e 1 em 2009). Percebe-se ainda que nos últimos anos (de 2011 a 2013) somente ocorreram revisões das adesões anteriores, com inclusão de novos hospitais. Dos 12 estados que aderiram, seis são da Região Nordeste, dois da Região Norte, um da Região Centro-Oeste, um da Região Sudeste e dois da Região Sul. Para uma política que pretendia ser nacional, a adesão de somente 12 estados de 27 unidades federadas pode ser considerada pequena. Além disso, a maior parte das adesões se deu nos estados das regiões Norte e Nordeste.

A PNHPP foi emitida antes das normativas indutoras de regionalização, como o Pacto pela Saúde e o Decreto Presidencial nº 7.508, de 2011, e até mesmo antes da Política Nacional de Atenção Hospitalar, emitida ao final de 2013. Na data de 28 de setembro de 2017 a Portaria nº 1.044, de 2004, que estabeleceu a PNHPP, foi incorporada pela Portaria de Consolidação nº 02¹⁰. Ou seja, apesar de revogada em sua norma única (Porta-

ria nº 1.044 de 2004), a PNHPP ainda segue válida, neste outro “endereço” normativo consolidado, mesmo se baseando em paradigmas diversos das políticas seguintes e de não contemplar a regionalização.

Por fim, chama a atenção que, apesar das NOAS em 2001 e 2002 já evidenciarem a importância da regionalização na redução das ineficiências e da duplicação de serviços, a PNHPP não se atém a isso e entende que os HPPs são espaços de discussão somente de estados e municípios, sem a presença do nível mesoregional.

Discussão

Desde a criação do SUS, por meio da Constituição Federal de 1988, os arranjos institucionais, as relações intergovernamentais e os jogos de poder são fortemente influenciados e desbalanceados a cada edição de uma Portaria Ministerial, de um Decreto Presidencial ou de uma nova Lei voltada para a organização do setor³¹. Tais normativas apresentaram características incrementais, em todas as suas edições, no sentido de conduzir passo a passo a formação de um sistema de saúde nacional que respeitasse os princípios e as diretrizes constitucionais. Estes princípios e diretrizes foram dados a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, com forte viés descentralizador e de proteção social. O SUS hoje, em que pese ainda o muito que há para caminhar, encontra-se estruturado, com melhor definição dos papéis de cada ente federado, com instâncias intergovernamentais de articulação, garantindo os princípios e as diretrizes de universalidade do acesso, descentralização político-administrativa e municipalização.

Um dos problemas observados ao se analisar as normativas de construção do SUS entre as décadas de 1980 e 2000, é que o governo federal dispendeu muita energia na organização do sistema e da rede de Atenção Básica, ponto focal do novo modelo, reduzindo sua atenção quanto à organização do sistema como um todo. Nesse período não existem normativas robustas que induzam a organização das unidades hospitalares em um sistema integrado e coordenado. Uma vez que o governo federal reduziu sua atenção em relação ao subsistema hospitalar, os governos municipais que com a Constituição Federal ganharam novas atribuições no âmbito do sistema, entenderam que a construção de novos hospitais, por menores que fossem, era uma resposta adequada às expectativas que a população e o SUS tinham em relação a eles. Os gestores dos governos subnacionais

Quadro 1. Portarias emitidas pelo Ministério da Saúde para adesão dos Estados na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, 2005 a 2018.

Estado	Portaria GM/MS nº.	Data de Assinatura	Data de Publicação DOU
Ceará	853	07/06/2005	10/06/2005
Tocantins	1330	10/08/2005	12/08/2005
Sergipe	1539	05/09/2005	08/09/2005
Piauí	2149	08/11/2005	09/11/2005
Mato Grosso do Sul	2314	28/11/2005	29/11/2005
Paraná	2492	14/12/2005	15/12/2005
Pernambuco	6	06/01/2006	06/01/2006
Minas Gerais	539	16/03/2006	17/03/2006
Bahia	663	29/03/2006	30/03/2006
Rio Grande do Norte	2522	19/10/2006	20/10/2006
Pernambuco	87	10/01/2007	11/01/2007
Rondônia	88	10/01/2007	11/01/2007
Rio Grande do Sul	529	18/03/2009	20/03/2009
RS e Ceará	3319	29/12/2009	31/12/2009
Pernambuco, Ceará, Rondônia e Rio Grande do Sul	1998	19/08/2011	21/08/2011
Rondônia	1791	23/08/2012	24/08/2012
Pernambuco	3004	27/12/2012	28/12/2012
Pernambuco	3007	26/12/2012	28/12/2012
Pernambuco	1509	25/07/2013	26/07/2013
Pernambuco	1756	22/08/2013	23/08/2013

Fonte: SaúdeLegis/MS e Diário Oficial da União.

foram sendo induzidos à construção da atenção básica pelas normativas federais e pelo financiamento a partir delas gerados, mas ainda basearam muitas de suas decisões políticas em paradigmas de modelos anteriores, hospitalocêntricos, médico centrados e voltados para a atenção secundária, terciária e especializada. O grande ponto positivo dessa construção histórica foi a importante ampliação do acesso, tanto à atenção básica quanto à hospitalar. Talvez fosse possível definir as décadas de 1990 e 2000 como aquelas em que a prioridade foi o acesso a serviços de saúde, antes inalcançáveis. A partir da segunda metade da década de 2000, publicações começam a identificar a necessidade de qualificação deste acesso, em especial no caso da atenção hospitalar^{23,32}. Com base nessas necessidades o governo federal criou políticas, dentre elas a PNHPP, objeto deste estudo. As causas da pouca efetividade dessa política são muitas, entre elas as dimensões nacionais e as diferenças regionais, a dificuldade de articulação de múltiplos atores (três entes federados, hospitais de diferentes naturezas jurídicas e esferas administrativas), o sistema político multipartidário e com característica histórica de descontinuidade de políticas públicas a cada troca de governo.

Enquanto que na década de 2000 países desenvolvidos como Estados Unidos, Grã-Bretanha e algumas outras nações europeias concentravam a atenção hospitalar, com fechamento e fusão de hospitais pequenos em maiores, e pulverizavam as ações de atenção primária^{7,27}, o Brasil caminhava na contramão, pulverizando a sua atenção hospitalar até a periferia do sistema³³. O resultado é que o parque hospitalar brasileiro em 2018 estava ineficiente, pouco resolutivo e de baixa densidade tecnológica. Além disso, estes hospitais ainda são voltados para o modelo de atenção hospitalar da década de 1970, de população pouco urbanizada e destinados ao tratamento de casos agudos. Não se adequam às necessidades atuais, em que impera a tripla carga de doenças (doenças agudas e crônicas e traumas)³².

Outro ponto a ser considerado é a própria classificação de hospitais segundo número de leitos. Enquanto a literatura considera pequenos os hospitais de menos de 200 leitos¹⁵, o Brasil ainda segue uma portaria, já revogada, que define os de menos de 50 leitos como pequenos, os de 50 a 149 leitos como médios, os de 150 a 299 leitos como grandes e os acima de 300 leitos de porte especial. Por conta dos distintos modelos classifica-

tórios utilizados, as políticas públicas brasileiras elaboradas para o setor hospitalar correm o risco de dispendar mais recursos com menos retorno, como já amplamente discutido na literatura¹¹⁻¹³. Se por um lado é garantido algum tipo de acesso, por outro oferece uma atenção hospitalar pouco eficiente e resolutiva.

Por fim, independentemente de sua produção ou eficiência, a capacidade instalada existe e não é desprezível, visto existirem quase 5.000 hospitais com menos de 50 leitos no país. Além disso, boa parte desses serviços está localizada em municípios pequenos e desempenha um papel importante na economia local, como empregadores diretos e geradores de emprego indiretos, por movimentar as chamadas atividades para-hospitalares (serviços de apoio em geral). Em termos de trabalho em saúde, há um razoável contingente de profissionais com conhecimentos específicos e especializados. A reordenação do parque hospitalar brasileiro, objetivando a eficiência, a qualidade e a integralidade da atenção pode e deve se utilizar de tais recursos²⁸. Alguns outros países com sistemas universais, como Canadá e Austrália³⁴⁻³⁷, reorganizaram seus sistemas de saúde, melhorando sua eficiência e qualidade, por meio do uso de telemedicina, garantindo o acesso da população rural e de áreas remotas a serviços especializados e de alta incorporação tecnológica (como procedimentos neurocirúrgicos e hemodinâmicos). A garantia do acesso, da integralidade do cuidado e da qualidade da atenção, quer seja na atenção básica ou na hospitalar, deve ser o norteador de tais políticas.

Conclusão

Os hospitais brasileiros possuem, em sua maioria, menos de 50 leitos, o que gera, segundo a literatura, ineficiências de escala e redução da qua-

lidade, tanto em termos de gestão organizacional quanto de produção de saúde. Formam uma rede que não garante a integralidade da atenção à saúde, comunicam-se pouco com a atenção básica, apresentam dificuldade no encaminhamento de pacientes à atenção hospitalar terciária e/ou especializada e, em diversas regiões, executam ações duplicadas tanto com a atenção básica quanto com hospitais localizados em municípios contíguos. Esses serviços são muitos, pulverizados, consomem grande quantidade de recursos e poderiam garantir maior retorno ao sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Hospitalar iniciou a reorganização do sistema, mas discussões e ações mais profundas ainda são necessárias. O reordenamento dessa rede deve ter como linhas mestras a garantia do acesso, a integralidade do cuidado, a qualidade das ações e a eficiência do sistema.

A reorganização do parque hospitalar deve levar em conta dois fatores fundamentais: (1) o interesse dos múltiplos atores, inclusive os de nível governamental, em inserir este tema na agenda de políticas públicas, com o objetivo maior de melhoria da eficiência e da qualidade das ações prestadas pelo SUS e (2) o entendimento de que os quase 5.000 hospitais de pequeno porte existentes no país não constituem um grupo homogêneo. Em um país de dimensões continentais, com disparidades regionais tão marcadas e com a multiplicidade de atores presentes, essa compreensão possibilita que ações distintas sejam tomadas para os distintos grupos de pequenos hospitais, com o objetivo de mudança do cenário atual.

Por último, de modo consciente ou não, este é o cenário construído nas últimas décadas em relação à rede hospitalar brasileira. As perguntas seguintes são (1) “que modelo de assistência hospitalar desejamos ter no Brasil daqui em diante?” e (2) “o que fazer com a capacidade instalada existente?”.

Colaboradores

LR Carpanez e AM Malik trabalharam na concepção, na pesquisa, na metodologia e na redação final do artigo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: OMS; 2018.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Health systems financing: the path to universal coverage. World health report*. Geneva: OMS; 2018.
3. Pricewaterhousecoopers. *The factors fueling rising healthcare costs*. Washington: American Association of Health Plans; 2012.

4. Decoster C, Roos NP, Carriere KC, Peterson S. Inappropriate hospital use by patients receiving care for medical conditions: targeting utilization review. *Can Med Assoc J* 1997; 157(7):889-896.
5. Steinmann L, Zweifel P. On the (in)efficiency of Swiss hospitals. *Appl. Econ.* 2003; 35(3):361-370.
6. Herr A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter? *Health Econ.* 2008; 17(9):1057-1071.
7. Directorate General Economic and Financial Affairs (DG ECFIN). *Efficiency estimates of health care system*. Bruxelas: European Comission; 2015.
8. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Datasus: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* [acessado 2017 Mar 12]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>
9. Brasil. Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimula a inserção desses hospitais de pequeno porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. *Diário Oficial da União* 2004; 01 jun.
10. Brasil. Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 28 set.
11. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. *Economies of scale and scope. Concentration and choice in health care*. London: FT Financial Times Healthcare; 1997.
12. Posnett J. The hospital of the future: Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care. *BMJ* 1999; 319(7216):1063-1065.
13. Posnett J. Are Bigger Hospitals Better? In: Mckee M, Healy J, organizadores. *Hospitals in a Changing Europ*. Buckingham: Open University Press; 2002. p. 100-118.
14. Rosen G. *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.
15. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 27ª ed. São Paulo: Graal; 2013.
16. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
17. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(4):492-499.
18. Bravo MIS, Andreazzi MFS, Menezes JSB. Organizações Sociais na atenção à saúde: um debate necessário. In: *Anais da VI Jornada Internacional de Políticas Públicas*; 2013, São Luis. p. 86-91.
19. Trindade, E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):951-964.
20. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicina: challenges to dissemination in Brazil. *Cad Saude Publica* 2016; 32(2):S1-S12.
21. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9.
22. Ribeiro HP. *O hospital: história e crise*. São Paulo: Cortez Editora; 1993.
23. La Forgia GM, Couttolenc BF. *Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular; 2009.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas do século XX*. [acessado 2017 Maio 26]. Disponível em: <https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/saude>
25. Brasil. Portaria nº 2.205, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 05 dez.
26. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Econ* 2008; 17(10):1107-1128.
27. Chisholm D, Evans DB. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. *World health report: Background paper*. Geneva: World Health Organization; 2010.
28. Barbosa ACQ. Vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. *Rev Adm Empres* 2017; 57(2):178-195.
29. Barretto LD, Freire RC. Tendências da atenção hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. *Rev Baiana Saúde Pública* 2012; 35(2):334-349.
30. Ramos MDA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saude Publica* 2015; 49(43):1-10.
31. Goulart de Andrade FA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria... considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Cien Saude Colet* 2001; 6(2):292-298.
32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2297-2305.
33. 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 à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.
34. Owens B. Telemedicine on the rise but lagging in Canada. *CMAJ* 2018; 190(38):E1149-E1158.
35. Pichard-Jolicoeur A, Mbakop-Nguebou M, Dogba J, Labrie J, Toukara FK, Fleet R. Literature review of telemedicine for trauma patients in rural areas. *CJEM* 2016, 18(S1):S113-S119.
36. Abimbola S, Li C, Mitchell M, Everett M, Casburn K, Crooks P, Hammond R, Milling H, Ling L, Reilly A, Crawford A, Cane L, Hopp D, Stolp E, Davies S, Martini S. On the same page: Co-designing the logic model of a telehealth service for children in rural and remote Australia. *Digit Health* 2019; 5:2055207619826468.
37. Comín-Colet J, Enjuanes C, Verdú-Rotellar JM, Linas A, Ruiz-Rodríguez P, González-Robledo G, Farré N, Moliner-Borja P, Ruiz-Bustillo S, Bruguera J. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. *J Telemed Telecare* 2016; 22(5):282-295.

Artigo apresentado em 20/11/2018

Aprovado em 27/06/2019

Versão final apresentada em 29/06/2019

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva