ARMANDO ANTONIO DE NEGRI FILHO

**Bases para um debate sobre a
reforma hospitalar do SUS:
as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de
leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza D'Avila Viana

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 01 de novembro de 2011.
A versão original está disponível na Biblioteca da FMUSP).

**São Paulo
2016**

ARMANDO ANTONIO DE NEGRI FILHO

**Bases para um debate sobre a
reforma hospitalar do SUS:
as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de
leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Luiza D'Avila Viana

São Paulo

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

De Negri Filho, Armando Antonio

Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS : as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade / Armando Antonio De Negri Filho. -- São Paulo, 2016.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Luzia D'Avila Viana.

Descritores: 1.Política de saúde/tendências 2.Planejamento em saúde
3.Administração hospitalar/tendências 4. Administração hospitalar/estatística &
dados numéricos 5. Administração hospitalar/história 6. Administração
hospitalar/normas 7.Direito à saúde 8.Sistema único de saúde/tendências

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho

Aos meus Pais, Armando e Theresinha, pois afinal o amor ao conhecimento precisa de carinho e apoio desde sempre.

Ao Estado brasileiro e por consequência ao Povo brasileiro que me permitiu e permite estudar de forma gratuita em instituições públicas de alta qualidade, esperando que este trabalho ajude a conquistar com dignidade a resposta ainda pendente de uma atenção hospitalar suficiente em numero e alta qualidade para todas e todos, em todos os territórios da Nação.

Às minhas amadas filhas Amanda e Rafaela, pois condenadas a perder o tempo de convívio transformado em estudo e concentração, espero que possam encontrar inspiração na necessidade de construir um mundo melhor para todas e todos.

À aventura coletiva do conhecimento crítico e transformador como obra coletiva, que nos justifica e nos prepara para transformar o mundo e dar sentido as nossas existências na ambição republicana da solidariedade como cimento de sociedade.

À minha Companheira de Vida Nancy Molina, que com seu Amor e companheirismo não só entende, como apoia, participa e se funde no meu trabalho e na minha existência, pela redenção que me oferece e me anima a seguir lhe dedico o meu Amor profundo.

Em memória dos Professores Adib Jatene e Paulo Elias, pois fazem muita falta.

AGRADECIMENTOS

Aos companheiros e companheiras do LIGRESS / HCor por incentivar no âmbito do PROADI SUS e na construção coletiva de projetos sociais, o Projeto Plano Diretor de Hospitais que irá construir um grande legado para o Brasil.

Aos colegas do HAOC, em particular do GEPP RAU, pelo apoio e companheirismo na ousadia de explorar e criar para transformar as urgências.

Aos companheiros e companheiras da RBCE, em especial Flavio Silveira e Mara, Zilda Barbosa, Cesar Macedo e Emerson Canonici; do Fórum Social Mundial da Saúde e da Seguridade Social, da Associação Latino Americana de Medicina Social, do Movimento pela Saúde dos Povos, dos movimentos sociais e sindicais que animam e desenvolvem a luta intelectual e material pelo direito à saúde no Mundo e com os quais aprendo a cada dia.

À minha Orientadora Professora Ana Luiza D'Avila Viana, cujo apoio foi fundamental para que eu não esmorecesse e chegasse ao final do trabalho criando vínculo de amizade e de trabalho.

Ao Professor José Ramon Repullo, por sua disponibilidade e apoio constantes.

Às Companheiras de LIGRESS Kássia Fernandes de Carvalho, Zilda Barbosa, Tatiana Yonekura e Jeane Quintans, cujo apoio e disposição foram fundamentais para a realização deste Projeto de Pesquisa. À Enilda Lara pelas boas energias. Às Professoras Maria Cecília Sonzogno e Otília Seiffert pelas revisões orientadoras.

Às Companheiras Claudia Canabrava e Lúcia Tonon pelo forte apoio nestes meses finais de trabalho, compartilhando experiências, documentos e construindo juntos laços de trabalho e amizade.

Aos Dirigentes do HCor Dr. Antonio Carlos Kfoury, Dra. Bernardete Weber, Dr. Ary Ribeiro, Dr. Carlos Buchpiguel pelo apoio e construção cotidianos.

Aos Dirigentes do HAOC Dr. José Henrique do Prado Fay, Dr. Luiz Henrique Mota, Dra. Cleusa Enck por acreditarem e apoiarem os caminhos da inovação.

Aos amigos, presentes na distancia, Luisana Melo e colegas venezuelanos, Joaquim Klieman e colegas de Porto Alegre, Martha Perrotta e colegas paraguaios, aos colegas colombianos, sintam-se todas e todos lembrados e alvos dos meus agradecimentos.

À Lilian Prado, pelo suporte e orientação nos meandros do dia a dia desta trajetória.

Como o senhor definiria a complexidade?

Eu diria, inicialmente, que complexo é tudo aquilo que não pode se reduzir a uma explicação clara, a uma ideia simples e, muito menos, a uma lei simples. Mas isso, evidentemente, não é suficiente. Vou referir-me à origem latina da palavra: complexus significa “o que é tecido em conjunto”. O conhecimento complexo procura situar seu objeto na rede à qual ele se encontra conectado. De maneira inversa, o conhecimento simplificador visa a conhecer isolando seu objeto, ignorando, portanto, o que o liga a seu contexto e, mais amplamente, a um processo ou a uma organização global. O conhecimento complexo objetiva reconhecer o que liga ou religa o objeto a seu contexto, o processo ou organização em que ele se inscreve. Na verdade, um conhecimento é mais rico, mais pertinente, a partir do momento em que o religamos a um fato, um elemento, uma informação, um dado, de seu contexto.

A complexidade é um problema geral. Lembremos que Pascal expressou isso de forma decisiva, formulando o seguinte imperativo do pensamento: “e como todas as coisas são causadoras e causadas, ajudadas e ajudantes, mediatas e imediatas, e todas se mantêm por um laço natural e insensível que liga as mais afastadas e as mais diferentes, tenho como impossível conhecer as partes, sem conhecer o todo, bem como conhecer o todo, sem conhecer particularmente as partes”. Espero que um dia todas as universidades do mundo inscrevam essas palavras em letras douradas em seu frontispício. O que é extraordinário é que esse princípio pascaliano é contemporâneo de um princípio antagônico, formulado por Descartes em O discurso do método: a necessidade de separar todas as coisas, “de dividir cada uma das dificuldades que examinarei em tantas parcelas quanto possíveis requeridas para melhor resolvê-las”. Além disso, Descartes enunciou como unicamente verdadeiras as ideias “claras e distintas”. (Edgar Morin, Meu Caminho)

SUMÁRIO

Introdução	25
Objetivos	30
Capítulo 1 A análise das necessidades comparadas para projetar um debate sobre políticas hospitalares e número de leitos e hospitais entre sistemas universais – em busca de um parâmetro de suficiência	39
Capítulo 2 Análise da oferta de leitos no sistema hospitalar brasileiro: lidando com a complexidade	118
Capítulo 3 O mito da reforma para atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde: meandros multifacetados da insuficiência	269
Discussão e Conclusões	287
ANEXOS	306
Anexo 1 - Número e percentual de estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS, por porte. Brasil, Região e UF, 2014	307
Anexo 2 - Número e percentual de estabelecimentos cadastrados no sus, por porte e natureza jurídica. Brasil, Região e UF selecionadas, 2014	308
Anexo 3 - Número de leitos SUS, por porte do estabelecimento e natureza jurídica. Brasil, Região e UF, 2014	314
Anexo 4 - Distribuição dos leitos de UTI (SUS), por tipo, e participação proporcional em relação ao total de leitos SUS, Brasil, Região e UF, 2014.	321
Anexo 5 - Relação leito/1.000 hab., número e percentual de leitos (SUS), por especialidades. Brasil, Região e UF, 2014.	322

REFERÊNCIAS	323
APÊNDICES	344
Apêndice A – Documentos oficiais sobre política e atenção hospitalar por unidade da Federação - Estados.	345
Apêndice B – Organogramas das Secretarias Estaduais de Saúde.	355
Apêndice C - Planos Estaduais de Saúde do Brasil.	366

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1 Tempo de permanência em minutos em relação à taxa de ocupação hospitalar
- Figura 2 Visão conceitual da jornada do paciente e a administração de leitos.
- Figura 3 Número de leitos ocupados por mês e ano.
- Figura 4 O Desenho sistêmico do *District Hospital*.
- Figura 5 Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
- Figura 6 Figura 6 – Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
- Figura 7 Brasil – Distribuição dos serviços de saúde com internações por tipo de estabelecimento e esfera administrativa.
- Figura 8 Número de leitos a construir ou aumentar no interior do país, a base de 205 leitos por 1.000 habitantes de 5 leitos por 1000 habitantes nas capitais. Não incluídas as instituições de maternidade e infância, doentes mentais, tuberculose e lepra.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1	Parâmetros de necessidade de leitos por especialidade, em percentuais do total e leitos por mil habitantes.
Tabela 2	Censo 1941 – 1942
Tabela 3	Brasil: frequência, percentual e percentual acumulado de estabelecimentos por faixa de número de leitos em 2004 e 2014.
Tabela 4	Brasil: Número de leitos SUS e percentuais de sua distribuição em estabelecimentos com até 50 leitos, por região brasileira e por faixas de números de leitos, em 2004 e 2014.
Tabela 5	Brasil – Distribuição dos estabelecimentos com leitos SUS de acordo com sua natureza jurídica, em dezembro de 2014.
Tabela 6	Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por tipo de prestador e esfera administrativa em dezembro de 2014
Tabela 7	Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Adulto por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.
Tabela 8	Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Infantil por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.
Tabela 9	Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Infantil por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.
Tabela 10	Brasil – Frequência de estabelecimentos com internação por faixas de leitos, frequência acumulada, percentual de distribuição e percentual acumulado em cada faixa.
Tabela 11	Brasil: Percentuais de distribuição dos leitos SUS por faixas de números de leitos e por regiões, em dezembro de 2014.

Tabela 12	Brasil – Distribuição dos leitos SUS, em números absolutos, nos estabelecimentos por faixas de número de leitos e faixas de taxas de ocupação, em dezembro de 2014.
Tabela 13	Brasil - Distribuição dos leitos SUS, em números absolutos, nos estabelecimentos por faixas de número de leitos e faixas de tempos de permanência, em dezembro de 2014.
Tabela 14	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar do Brasil Dezembro 2014.
Tabela 15	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Norte, dezembro 2014.
Tabela 16	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Nordeste, dezembro 2014.
Tabela 17	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Centro-Oeste, dezembro 2014.
Tabela 18	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Sudeste, dezembro 2014.
Tabela 19	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Sul, dezembro 2014.
Tabela 20	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior, dezembro 2014.
Tabela 21	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, dezembro 2005.

Tabela 22	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, dezembro 2014.
Tabela 23	Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, junho 2016.
Tabela 24	Produção de AIH e valores aprovados segundo porte dos hospitais brasileiros vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Tabela 25	Produção de AIH e valores pagos segundo porte dos hospitais brasileiros vinculados ao SUS. Brasil, 2012. (cont.)
Tabela 26	Produção de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Tabela 27	Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos no Brasil por natureza jurídica e leitos por mil habitantes.
Tabela 28	Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região norte.
Tabela 29	Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região nordeste.
Tabela 30	Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região centro-oeste.
Tabela 31	Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região sudeste.
Tabela 32	Tabela 32 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região sul.

Tabela 33 Grupos de agenda e governança divididos de acordo com o número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado.

Tabela 34 Leitos existentes por tipo de estabelecimentos de saúde

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução da quantidade de leitos por 1000 habitantes em alguns países da OECD, de 1960 a 2004.
Gráfico 2	Leitos hospitalares por 1.000 habitantes, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)
Gráfico 3	Leitos hospitalares por tipologias, 2013 (ou ano mais próximo)
Gráfico 4	Taxa de ocupação de leitos de agudos, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)
Gráfico 5	Tempo médio de permanência hospitalar, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)
Gráfico 6	Altas hospitalares, 2013 (ou ano mais próximo)
Gráfico 7	Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 8	Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 9	Brasil – Distribuição dos serviços de saúde com internações por tipo de estabelecimento e esfera administrativa.
Gráfico 10	Brasil: Distribuição percentual dos estabelecimentos com internação SUS por região em dezembro de 2014.
Gráfico 11	Brasil: Distribuição nacional dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento em dezembro de 2014.
Gráfico 12	Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região norte, em dezembro de 2014.

Gráfico 13	Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região nordeste, em dezembro de 2014.
Gráfico 14	Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região sudeste, em dezembro de 2014.
Gráfico 15	Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região sul, em dezembro de 2014.
Gráfico 16	Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região centro-oeste, em dezembro de 2014.
Gráfico 17	Brasil: Comparação do número de leitos existentes para internação por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 18	Brasil: Comparação do número de leitos existentes para internação por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 19	Brasil: Comparação do número médio de leitos por serviço de internação, por unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 20	Brasil: Comparação do número médio de leitos por serviço de internação, por capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 21	Brasil: Evolução do número de leitos existentes, leitos SUS e leitos Não SUS, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 22	Brasil: Evolução do número de leitos existentes e leitos SUS para cada 1000 habitantes, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 23	Brasil: Evolução do número de leitos existentes por mil habitantes nas Unidades da Federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 24	Brasil – leitos existentes por 1000 habitantes por Unidade da Federação em dezembro de 2014.
Gráfico 25	Brasil – Evolução do número de leitos existentes por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 26	Brasil – leitos existentes por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.
Gráfico 27	Brasil – Evolução do número de leitos SUS por 1000 habitantes nas unidades federadas, entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 28	Brasil – leitos SUS por 1000 habitantes por Unidade da Federação em dezembro de 2014.
Gráfico 29	Brasil – Evolução do número de leitos SUS por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 30	Brasil – leitos SUS por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.
Gráfico 31	Brasil – Evolução do número de leitos Não SUS por 1000 habitantes nas unidades federadas, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 32	Brasil – leitos Não SUS por 1000 habitantes por unidade federada em dezembro de 2014.
Gráfico 33	Brasil – Evolução do número de leitos Não SUS por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 34	Brasil – leitos Não SUS por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.
Gráfico 35	Brasil: Evolução do número de Leitos SUS em estabelecimentos Públicos, Filantrópicos e Privados, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 36	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Públicos, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 37	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Públicos, por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 38	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Filantrópicos, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 39	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Filantrópicos, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 40	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Filantrópicos nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 41	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Privados, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 42	Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Privados, por capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 43	Brasil: Evolução dos leitos SUS por Especialidade, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 44	Brasil: Evolução dos leitos SUS em estabelecimentos públicos, por especialidade, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 45	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por especialidade, em estabelecimentos filantrópicos, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 46	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por especialidade, em estabelecimentos privados, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 47	Brasil – Evolução dos leitos Existentes, SUS e Não SUS, “Outras Especialidades”, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 48	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades”, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 49	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor público, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 50	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor filantrópico, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Gráfico 51	Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor privado, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.
Gráfico 52	Brasil – Evolução do número de Leitos Complementares Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.
Gráfico 53	Brasil – Distribuição dos leitos complementares existentes no país por esfera administrativa: federal, estadual, municipal e privada, em dezembro de 2014.
Gráfico 54	Brasil – Distribuição dos leitos complementares Existentes por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 55	Brasil – Distribuição dos leitos complementares Existentes por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 56	Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por esfera administrativa: federal, estadual, municipal e privada, em dezembro de 2014.
Gráfico 57	Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por Unidade da Federação em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.
Gráfico 58	Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por Capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 59	Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Adulto Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.
Gráfico 60	Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva adulto por esfera administrativa em dezembro de 2014.
Gráfico 61	Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Adulto por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 62	Brasil – Distribuição dos leitos de UTI Adulto SUS por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 63	Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Infantil Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.
Gráfico 64	Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva infantil por esfera administrativa em dezembro de 2014.
Gráfico 65	Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Infantil por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 66	Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Infantil por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.
Gráfico 67	Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.
Gráfico 68	Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva neonatal por esfera administrativa em dezembro de 2014.
Gráfico 69	Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal por unidade da federação em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.
Gráfico 70	Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal por capital em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.
Gráfico 71	Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de taxas de ocupação, por Unidade da Federação, em dezembro de 2014.
Gráfico 72	Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de taxas de ocupação, por Capital, em dezembro de 2014.
Gráfico 73	Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de tempos de permanência, por Unidade da Federação, em dezembro de 2014.

Gráfico 74	Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de tempos de permanência, por Capital, em dezembro de 2014.
Gráfico 75	Variação da proporção de leitos de UTI SUS sob o total de leitos Gerais SUS, segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2013.
Gráfico 76	Distribuição do número de AIHs aprovadas segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Gráfico 77	Variação dos valores médios aprovados de internação segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Gráfico 78	Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais aprovados segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Gráfico 79	Variação da Taxa de Ocupação por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Gráfico 80	Variação do Tempo Médio de Permanência por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012
Gráfico 81	Variação da Taxa de Mortalidade Geral por porte dos hospitais vinculados ao SUS
Gráfico 82	Variação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.
Gráfico 83	Variação dos valores médios aprovados de internação segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Causas da superlotação dos serviços de emergência.
Quadro 2	Comparativo do número de leitos e sua distribuição percentual entre as diferentes tipologias de cuidado, nos países descritos, média da OCDE e o Brasil, 2009 (ou informação mais próxima disponível)
Quadro 3	Valores anuais - PIB per capita, percentual do PIB gasto em saúde, percentual do PIB gasto com o setor público, gasto per capita com saúde e gasto público per capita com saúde nos países descritos e no Brasil em 2009 (ou informação mais próxima disponível)
Quadro 4	Descrição dos artigos científicos sobre planejamento da atenção hospitalar e necessidade de leitos hospitalares

LISTAS DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
AVC	Acidente vascular cerebral
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DOH	Divisão de Organização Hospitalar
HCor	Hospital do Coração
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LIGRESS	Laboratório de Inovações em planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OECD	The Organization for Economic Co-operation and Development
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAC	Sistemas adaptativos complexos
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Transformação de grandes sistemas
UCA	Unidades de cuidados a pacientes agudos de maior complexidade
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

De Negri Filho AA. *Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

INTRODUÇÃO: Esta tese trata da discussão em torno às perguntas necessárias para compor uma agenda política estratégica da reforma hospitalar brasileira. Buscou-se construir argumentos sobre a relevância de abordar nessas perguntas a grande insuficiência da oferta de leitos hospitalares, como indicador da falta de resposta oportuna em volume e qualidade para materializar a resposta às necessidades da população e garantir os direitos humanos e sociais à saúde, conforme os preceitos constitucionais de 1988. **MÉTODOS:** O estudo adotou um enfoque desde a perspectiva de política de saúde, o que nos remete ao debate sobre processo e poder, destacando os ciclos de formulação e implementação de políticas, a hierarquização desses debates como de política estratégica (*High Politics*) ou setorial (*Low Politics*) e as condições requeridas em termos de atores e espaços de decisão a considerar. Realizou-se a revisão da experiência internacional para identificar as referências do número e perfil de leitos requeridos para atender populações nacionais em seus territórios e também foram resgatados os parâmetros adotados no Brasil desde o Estado Novo. Para a análise da oferta hospitalar entre 2005 e 2014, foram utilizados os dados secundários extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES, do Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA / SIH, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **RESULTADOS:** 1. O número e tipo de leitos necessários e o número, porte, tipo e características sistêmicas dos serviços hospitalares que os abrigariam, são temas que se consideraram relevantes para compor as perguntas para a agenda estratégica em debate. 2. A análise da política do período 2004 a 2014 permite identificar a fragmentação e descontinuidade das ações mesmo obtendo resultados pontuais de melhora, mas afastando-se da promessa estratégica de algumas agendas ensaiadas no período. 3. Ganhou destaque a diminuição continuada do estoque geral de leitos e de leitos para o SUS, alcançando níveis muito inferiores a qualquer parâmetro comparativo de outros sistemas universais de saúde, particularmente quando adotou-se o critério de leitos efetivos para examinar a oferta de leitos e seu desempenho. Na Saúde Suplementar houve aumento de leitos, porém queda no número por mil assegurados dado o crescimento das coberturas hospitalares no período. **CONCLUSÕES:** A crise persistente de acesso hospitalar constitui razão para construir uma agenda estratégica para a reforma hospitalar brasileira. Ao buscar o caminho para elevar o tema da crise hospitalar a um tratamento de alta política, foram mapeados: o conteúdo de política hospitalar dos planos estaduais de saúde, documentos técnicos estaduais e organogramas de coordenação da atenção hospitalar estadual, examinando-se a possibilidade dos governos estaduais liderarem no processo de regionalização a construção de uma agenda política estratégica estadual e nacional, fortalecendo o diálogo entre os entes federados, incluindo seus próprios prestadores e os prestadores não estatais particularmente os filantrópicos, além de estender o diálogo com o corpo médico e os usuários entendidos como cidadãos sujeitos de direitos. Para alicerçar este caminho possível se apresenta o processo de elaboração participativa de planos diretores de redes e hospitais por estados e suas regiões, como forma de construção de comunidades epistêmicas e suas projeções para a sustentação de uma agenda para a alta política, orientada a alcançar 4 leitos por 1000 habitantes em 20 anos de esforço sustentado.

Descritores: 1. Política de saúde/tendências 2. Planejamento em saúde 3. Administração hospitalar/tendências 4. Administração hospitalar/estatística & dados numéricos 5. Administração hospitalar/história 6. Administração hospitalar/normas 7. Direito à saúde 8. Sistema único de saúde/tendências 9. Sistema único de saúde/normas 10. Sistema único de saúde/estatística & dados numéricos 11. Gestão em saúde

ABSTRACT

De Negri Filho AA. Bases for a hospital reform at Brazilian National Health System (SUS): social needs and the number and typology of hospital beds in a context of access and quality crisis [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

INTRODUCTION: This thesis addresses the debate on the questions that should be part of a strategic political agenda of the Brazilian hospital reform. The purpose is to develop arguments on the relevance that such questions should approach the huge insufficient supply of hospital beds, as an indicator of the lack of timely answer, in number and quality, to materialize people's needs, and therefore to guarantee the human and social rights to health, according to the 1988 constitutional principles. **METHODS:** This study adopts the approach from the health policy perspective, referring us to debates on process and power, and outlining the cycles of policy formulation and implementation, as well as the classification of these debates as strategic policy (High Politics) or sectorial policy (Low Politics), and the required conditions in terms of actors and decision-making spaces. A review of international experience was carried out to identify data on number and types of hospital beds necessary to attend national populations in their territories; moreover a review of the parameters adopted in Brazil since President Vargas' dictatorship, known as the New State (1937-1945), was also carried out. For the analysis of the hospital supply between 2005 and 2014, we used secondary data drawn from the National Health Facilities Register – CNES, both the Ambulatory and Hospital Information Systems – SIA / SIH, National Regulatory Agency for Private Health Insurance and Plans – ANS, and Brazilian Institute of Geography and Statistics – IBGE. **RESULTS:** 1. The topics considered relevant to set the issues for the strategic agenda are: number and type of necessary beds; and number, size, type and systemic characteristics of the hospital services that would provide the beds. 2. The political analysis of the period between 2004 and 2014 allows us to identify fragmentation and discontinuity of actions, limited improvement, and failure to fulfil the strategic promise of some agendas that were tried out during that time frame. 3. The on-going decrease in the total number of national hospital beds and at the Unified Health System (SUS) is outlined, showing much lower levels than any comparative parameter of other universal national health systems, particularly when considering effective beds in the analysis of beds' supply and its performance. In Private Health, there has been an increase in beds, but also a decrease in the number per 1,000 insureds in view of the increase in the insurance coverings in that period. We refer the persistent crisis of the hospital access as the reason to build a strategic agenda for the Brazilian hospital reform. **CONCLUSIONS:** In our effort to find a path that could elevate the hospital crisis' topic to be addressed as a high politics, we delineated the content of hospital policy in Brazilian States' health plans, technical documents, and organization charts of their hospital care coordination; considering the possibility of States' governments lead, in the regionalization process, the development of both state and national strategic political agenda; as well as strengthen dialogue among the federated entities and the non-state providers, especially the philanthropic ones; and also extend the dialogue with medical professionals and service users who should be regarded as citizens-subjects endowed with rights. To pave this possible path we indicate the process of participative development of director plans of hospitals networks for the States and their regions, as a mean of developing epistemic communities and their projections to the sustainability of an agenda for high politics aimed to achieve 4 beds for 1,000 inhabitants in 20 years of sustained effort.

Descriptors: 1. Health Policy/trends 2. Health Planning 3. Hospital Administration/trends 4. Hospital Administration/statistics & numerical data 5. Hospital Administration/history 6. Hospital Administration/standards 7. Right to health 8. Unified Health System/trends 9. Unified Health System/standards 10. Unified Health System/statistics & numerical data 11. Health management

Introdução

Esta Tese procurou construir os argumentos para colocar na agenda política da saúde e do desenvolvimento brasileiro, o tema da grande escassez de leitos hospitalares. A partir desta constatação nefasta para a saúde e o bem estar da população, buscou-se questionar as possíveis razões e as possíveis soluções para que um tema de tamanha relevância, e tão visível na superlotação de nossos serviços de urgências e no tempo dilatado de espera para procedimentos eletivos dependentes dos hospitais, fique banalizado nos circuitos tanto da política setorial como da alta política nacional.

A pergunta que gera esta tese: qual o número e tipo de leitos hospitalares adequado para satisfazer às necessidades assistenciais em saúde de toda a população brasileira, em todo o território nacional com universalidade, integralidade e igualdade?

Evidentemente não pode ser respondida sem apontar o tipo de leitos e hospitais que necessitamos e, sobretudo, não pode ser respondida sem definir a forma sistêmica como a totalidade dos recursos hospitalares e não apenas os leitos compõem os sistemas regionais de atenção à saúde. Aqui vale o conceito orientador de *comprehensive* hospital, hospital abrangente, integral ou hospital condomínio de serviços como prefiro chamá-lo, dentro de uma das tipologias propostas por McKee e Healy (2004).

Certamente o tamanho da falta ou escassez de oferta hospitalar encontrada não nos permite pensar em medidas simplistas nem apenas de curto prazo. Ademais os hospitais são instituições complexas e têm uma presença densa na sociedade e no imaginário social e uma reforma hospitalar certamente moveria muitos interesses.

O hospital ocupa no imaginário social o local onde as doenças são curadas, o recurso último do conhecimento científico frente à ameaça da morte e da incapacidade. Esta imagem foi construída socialmente ao longo do desenvolvimento histórico da ciência e da tecnologia desde meados do século XIX e as corporações profissionais que se educam e atuam no hospital, notadamente os médicos e os enfermeiros construíram nos hospitais o espaço por excelência de sua prática profissional e de sua identidade coletiva – comunidades profissionais. Há 337.272 profissionais de saúde trabalhando nos hospitais brasileiros, sendo destes, 294.551 profissionais atendendo ao SUS (87,33%), dos quais 154.500 médicos (CNES, 2013).

Os hospitais são intensivos em capital e sua tecnologização sempre crescente os tornam fonte de alta demanda de recursos. Os hospitais do SUS consomem 70 % dos recursos públicos em saúde (segundo dados de 2002 e 2010), produzindo 68% de todas as hospitalizações do País, 73% da atenção às urgências e 67% do cuidado ambulatorial

especializado hospitalar (Brasil, 2011). O conjunto dos hospitais brasileiros SUS e Não SUS consomem 67% de todo gasto em Saúde.

Portanto ao falarmos sobre reforma hospitalar estamos falando sobre reforma do sistema de saúde, daí a complexidade do debate e os poderosos interesses que o dificultam.

Para podermos influir na adoção do tema do número de leitos necessários para garantir o direito à saúde como pergunta de uma agenda estratégica de alta política no País (entendida a alta política como macro política, política sistêmica que é afeta às autoridades nacionais e estaduais em dimensão para além do setorial) (Walt, 1984), impõem-se a busca de conhecimentos e razões que nos permitam, desde nossa condição de pesquisadores e, eventualmente *brokers* ou tomadores de decisão, nos projetar no espaço político com argumentos que nesta tese tratamos de explorar. Argumentos derivados (1) das necessidades comparadas internacionais, (2) do uso das estatísticas da oferta existente no País com uma perspectiva de representar a realidade com mais potencia analítica no campo da política, olhando as desigualdades territoriais sociais e as insuficiências escondidas – tratando de ver o que *efetivamente* dispomos e, (3) tratando de compor argumentos originados da análise das insuficiências políticas para advogar e manter a advocacia pelos temas em discussão e disputa no âmbito de uma reforma hospitalar para o SUS.

Cada uma dessas linhas de argumento expressas nos capítulos tem a pretensão de transformar-se em artigos de debate e, portanto a forma de apresentá-los em capítulos nesta Tese tem a intenção futura de permitir esta difusão e assim gerar o debate político que almejam, apostando em outro tema fundamental deste estudo de tese que é estimular a criação de comunidades epistêmicas em torno ao tema.

Assim é que o Capítulo 1 procura usar o conceito de Bradshaw (1972) para analisar as experiências universalistas dos países avançados e construir argumentos sobre o que deveríamos ter como oferta para dar conta de necessidades similares, experiência que Marcio Pochmann e colaboradores (2005) desenvolveram com seu Livro *Agenda não liberal da inclusão social no Brasil*, ao apontar cenários indicativos de desenvolvimento a alcançar e comparar o número necessário de leitos hospitalares, médicos e enfermeiros para conseguir equiparar-nos com os níveis de desenvolvimento setorial de Itália, França, Japão e Canadá, indicando quanto de recursos durante quantos anos deveríamos investir e assegurar no custeio para adequar nosso sistema a outro

patamar de respostas às necessidades sociais do Brasil. Esta adoção de padrões de necessidades comparadas de leitos também teve antecedente histórico no Brasil durante a Ditadura de Vargas (e os Estados Unidos foram os inspiradores do exercício em termos de política de expansão de hospitais públicos) fixando no Brasil a meta de 5 leitos por 1000 habitantes em todo território nacional (o acesso aos documentos da época é todo um aprendizado, pois nunca havia tido contato antes com essas fontes de informação). O conhecimento das experiências internacionais, sobretudo no cenário de outros sistemas universais, que têm procurado historicamente responder à questão desta Tese, poderá ajudar a encontrar soluções consistentes no campo da política. Sim, primeiramente no campo da política, pois este é um tema de tal envergadura e de tal impacto no âmbito econômico, social e institucional de governo e de relações com a sociedade civil e mercado que não tem outra forma de ser tratado senão no campo da política e mais, no campo da política que extrapola o próprio campo setorial da política de saúde.

O Capítulo 2 busca evidenciar, explorando os dados disponíveis nos bancos de dados públicos do CNES, SIA, SIH, ANS e IBGE a dimensão do problema da falta de oferta de leitos assumida no capítulo 1 através da comparação internacional de necessidades e que se projeta em uma série de dados de 2005 a 2014 que dialoga em tendências com o que ocorreu nos períodos informados desde 1976, projetando os dados em círculos concêntricos de informação entre macro regiões, estados, capitais, regiões metropolitanas e interior, para dar uma ideia geral sobre portes hospitalares e vínculos jurídicos de estabelecimentos e leitos no País. Esta representação permitiu construir uma *proxy* de leitos efetivos a partir da assunção fundamentada de que os leitos em estabelecimentos menores de 100 leitos têm um desempenho insuficiente segundo as variáveis estudadas, permitindo recalcular a oferta de leitos hospitalares a partir de sua efetividade. Adotamos assim um marco inovador de problematização da informação disponível, utilizando um olhar que outros que já haviam descrito o perfil de oferta de leitos no País não valorizaram como tema a ser incluído em uma agenda política estratégica (Braga, Barbosa, Santos, 2008).

Ao propor incluir o tema do número e tipo de leitos e hospitais na agenda estratégica de uma alta política econômica e social estamos buscando dar vida aos princípios constitucionais que animam o direito à saúde no País - a universalidade, a integralidade e a igualdade como princípios indissociáveis e que exigem a eliminação

de privilégios e qualquer tipo de discriminação, o que justamente se observa na distribuição desigual das ofertas de leitos e sua qualidade no território nacional, com as iniquidades adicionais derivadas do acesso diferencial entre os leitos SUS e os da Saúde Suplementar.

No Capítulo 3, o foco é a análise das razões pelas quais precisamos responder a pergunta sobre número e tipo de leitos hospitalares no Brasil, a partir das evidências da crise de acesso e qualidade que a falta de leitos gera na superlotação das urgências e nos tempos de espera para procedimentos eletivos com internação, construindo os argumentos a partir de estudos internacionais e da realidade nacional.

O capítulo segue analisando as marchas e contra marchas do debate da política hospitalar no período 2004 a 2014 e suas insuficiências, para projetar as dificuldades que podem ser entendidas a luz dos processos relacionados aos ciclos da política pública. O complexo e difícil exercício de romper a inacessibilidade da agenda da alta política frente a um tema álgido como este, necessita avançar as barreiras para alcançar as três correntes que precisam se alinhar: a corrente do problema, a corrente das relações políticas e a corrente da política pública como definição de agenda e incorporação das perguntas que se *decidiram decidir* (Walt, 1984). Mas que dependem todas as três de um conjunto combinado de fatores onde nossa intervenção como produtores de conhecimentos e tradução de conhecimentos para a política precisa se potencializar pelas relações políticas tanto na condição de pesquisador como na de *broker*, ou seja, aquele que atua como tradutor capaz de entender, apropriar, ordenar e dispor os conhecimentos que os que decidem irão utilizar ou não para decidir, conforme também a capacidade de relacionamento e influencia desse *broker* e do próprio pesquisador (Decoster, Appelmans e Hill, 2012). Esta trama de conhecimentos também inclui o uso de informação relevante ou impactante para representar os problemas de forma que eles saiam dos limites de sua banalização cotidiana, ganhando força e dramaticidade. Mas as políticas não são nada se não alcançam materializar-se em implementações sustentadas, avaliações e definição de ciclos conscientes de continuidade, renovação, cessação ou término. Temos muito pouca cultura de avaliação o que nos faz perder boas políticas e perpetuar más políticas, sendo, portanto este o tema de preocupação no capítulo 3.

Os capítulos procuram em seu conjunto dar resposta aos objetivos traçados para este estudo:

Objetivo geral:

Estruturar argumentos para um debate conceitual e metodológico sobre os parâmetros de número e tipologia de leitos para uma reforma hospitalar do SUS que respondam às necessidades da população brasileira.

Objetivos específicos:

1. utilizar o conceito de necessidades comparadas no contexto de sistemas universais de saúde, para construir argumentos em torno ao número de leitos e sua tipologia para satisfazer as necessidades sociais brasileiras,
2. identificar e analisar a oferta de leitos hospitalares e suas tendências no período 2005 – 2014 com a intenção de construir argumentos sobre o número e qualidade do existente e do que seria necessário considerando porte, distribuição territorial e vínculos jurídicos dos hospitais,
3. analisar as políticas públicas hospitalares no período 2004 – 2014 com a intenção de construir argumentos sobre sua efetividade e necessidades de ajuste para promover um debate sobre o número, porte e tipo de leitos e hospitais necessários para atender a população brasileira.

Sobre os caminhos percorridos para chegar a este tema

A trajetória intelectual e política que sustenta este trabalho se relaciona com minha atuação desde os tempos de estudante de medicina, interessado em promover a transformação da educação médica coerente com a ambição de contribuir para a criação de um sistema universal de saúde no Brasil. Com a vivência realizada nos anos 80 em sistemas universais na Europa, em Cuba e de forma incipiente na Nicarágua, participei dos debates em torno a Constituinte Federal e da criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina – DENEM, sendo seu primeiro Presidente entre 1986 e 1988 e depois Secretário de Biomédicas da UNE entre 1987 e 1988, construindo proposta de Frentes Nacionais de Trabalho Estudantil vinculadas à projeção da atenção primária no Brasil, participando ademais de projetos pioneiros de internato rural da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e da iniciativa do sistema municipal de saúde em Icapuí – Ceará, o qual influenciou fortemente o conceito de Saúde da Família no Brasil.

Dessa época são minhas contribuições para um Projeto de Transformação da Educação Médica Brasileira – PTEM, centrada na ideia de um sistema de saúde escola. Também vivenciei o trabalho em equipes de saúde indígena no Parque do Xingu e na Comissão pela Criação do Parque Ianomâmi – CCPY em Roraima. Ainda como eco desse engajamento mais tarde realizei Mestrado Acadêmico na primeira turma de Epidemiologia da UFPel, tendo como Orientador Luiz Augusto Fachini com Dissertação sobre a Multimortalidade Infantil no Município de Icapuí – Ceará e Estudo sobre o Planejamento de Serviços baseado em Necessidades (Negri Filho, 1995) e no mesmo ano coordenei a instalação do programa de Saúde da Família no Município de Porto Alegre.

Deste foco inicial relacionado à APS e à territorialização social da saúde, passei a outra vivência fundamental no Internato em Medicina na Universidade de McMaster em Hamilton – Canadá em 1990, onde participei de um sistema de saúde regionalizado, atuando na referência regional de trauma pediátrico, conhecendo a integração da medicina de família com os hospitais e o funcionamento do sistema regional de serviços de urgência pré-hospitalares móveis da região metropolitana de Toronto – Metro Toronto. Inspirado por esta experiência promovi já como funcionário da Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PMPA em 1991 um serviço pré-hospitalar móvel chamado de Anjos da Guarda, parceria entre o Corpo de Bombeiros da Brigada Militar e a PMPA. Em 1993, como Coordenador de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde - SMS de Porto Alegre, conheci a experiência francesa do Serviço de Atendimento Médico de Urgência - SAMU e tratei de instalá-la no Município de Porto Alegre, para tanto realizei estágios no Chile e na França em 1994 e 1995, culminando na instalação do SAMU de Porto Alegre em novembro de 1995, ocasião em que estimulados pela Cooperação Regional Francesa cria-se a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências - RBCE (que no ato de criação se chamava Rede 192, devido a sua agenda focada na criação de um SAMU Nacional), a qual se torna um espaço de elaboração da política nacional de urgências, que culminará nas Portarias do Ministério da Saúde 2048/2002 e 1863 e 1864/2003, onde emerge um conceito de redes regionais de atenção às urgências e o hospital tem o seu lugar assegurado. Desde então

me preocupei com as questões de poder e hegemonia que implicavam a atuação de uma Rede da Sociedade Civil na incidência política capaz de afetar as agendas das políticas públicas (De Negri Filho, 1999; Brasil, 2002; 2003a; 2003b).

A partir de 2007, começo a promover no âmbito da RBCE o debate da superlotação das urgências como matéria de violação dos direitos humanos e nos anos seguintes, especialmente a partir de 2009, a melhor compreensão do fenômeno da superlotação como um problema essencialmente hospitalar, conforme define a tese de Roberto Bittencourt baseada em revisão sistemática da literatura (Bittencourt, 2010), as contribuições do Colégio Canadense de Médicos de Emergências – CAEP em seus trabalhos de *advocacy* para enfrentar a superlotação, lutando por mais leitos no Canadá. Da mesma forma foi inspirador o trabalho de *Score Card* realizado pelo Colégio Norte Americano de Médicos de Emergências na avaliação do desempenho do sistema norte-americano (ACEP, 2014), apontando as insuficiências de oferta hospitalar como fundamentais no comprometimento do desempenho da atenção as urgências no País. Também foi esclarecedor o diálogo sobre superlotação e acreditação da qualidade nos serviços hospitalares e urgências realizado com a Sociedade Espanhola de Medicina de Emergências - SEMES.

Esta aproximação ao mundo hospitalar, e à consciência sobre a escassa oferta hospitalar brasileira a partir da análise das causas da superlotação nos serviços hospitalares de urgências e nas internações dos seus hospitais de referencia, me levou finalmente ao debate sobre a estrutura da oferta hospitalar no Brasil e os desafios de uma reforma hospitalar para o SUS.

Em 2011 transformei minha surpresa frente à escassez estrutural de leitos no País em um projeto de revisão integrativa da literatura científica e literatura cinza sobre o tema hospitalar – análise comparada de critérios para definição de número de leitos, tipologia e porte de leitos e de hospitais que foi apresentado no marco do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI SUS, Convênio do Hospital do Coração, intitulado “Bases para uma Reforma Hospitalar do SUS” o qual em 2012 entregou um documento ao MS sobre os parâmetros internacionais em torno ao numero e tipo de leitos e hospitais necessários para o Brasil, considerando a convergência dos padrões entre os países que possuem sistemas universais, com aposta estratégica na Atenção Primária, forte processo de ambulatorização e articulação com estruturas assistenciais pós-hospitalares visando reduzir a carga de hospitalizações

prolongadas. Este trabalho foi o que deu origem a minha proposta para ingresso no Programa de Doutorado do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP em 2012 e posteriormente se desdobrou no Projeto PROADI SUS intitulado “Plano Diretor de Hospitais por Estado e Regiões”, cuja intenção é aproximar o planejamento da rede hospitalar orientada pelas necessidades sociais no espaço dos processos de regionalização da atenção.

Nota sobre as metodologias adotadas

A tese adota em seus três capítulos constitutivos diferentes enfoques metodológicos, de acordo com o marco geral conceitual que situa esta Tese no âmbito das pesquisas sobre políticas e sistemas de saúde.

A partir de uma perspectiva que se quer construtivista (Gilson, 2012), busca-se caracterizar no Capítulo 1 qual seriam as necessidades comparadas que, abordadas nos respectivos sistemas universais estudados, nos gerariam uma compreensão sobre as necessidades de atenção hospitalar e, portanto, número e tipo de leitos hospitalares que poderiam ser necessários para a realidade brasileira. Nessa abordagem, que utiliza o recurso da revisão integrativa da literatura com o objetivo de criar um panorama sobre as evidências que sustentam as diferentes formas de dimensionar a oferta hospitalar a partir de necessidades sociais e com estas informações, construir um referencial instrumental para avaliar essas necessidades. Mas ao mesmo tempo se procura criar um marco compreensivo sobre a história e a forma em que se dá a definição política dessas ofertas nos cinco países selecionados e estudados.

Por outro lado, essa abordagem de revisão da literatura acabou nos conduzindo ao conhecimento de uma abordagem chamada de revisão realista (Best, 2015) que se aproxima mais do tipo de exercício que fazemos no cotidiano dessa área de políticas e sistemas de saúde, a medida que a revisão realista da literatura, incluindo a literatura cinza, nos projeta para uma intencionalidade clara, no campo da organização de sistemas e serviços, de encontrar soluções que possam ser aplicadas. Isso inclui uma temporalidade do próprio exercício da revisão, que tem que respeitar exigências da urgência política e procurar alinhar conhecimento para sustentar intervenções, o que implica sustentar em primeira instância as decisões, instruir as decisões, e, portanto, prover de argumentos o debate político que isso implica.

A revisão realista como ferramenta fundamental de uma abordagem da transformação de grandes sistemas ou sistemas complexos é o que nos seduz enquanto possibilidade de desenvolver, a partir do conhecimento desse tipo de metodologia para aplicação no tema desta tese, a reforma hospitalar. Assim, emerge dessa abordagem dos *large systems transformation* ou da transformação dos grandes sistemas toda uma exigência de compreender as formas em que os processos de transformação desses sistemas complexos se dão.

As cinco regras simples, que foram a conclusão do trabalho de revisão feito pela equipe de Best (2015) no Canadá, apontam que: primeiro, é fundamental envolver os indivíduos em todos os níveis da organização para liderarem o desempenho de mudança; segundo, estabelecer os feedbacks, *loops*, ou seja, estruturar um sistema de divulgação de medidas e resultados dentro da organização que leva adiante os processos de transformação, diga-se de passagem dessas grandes organizações, ou seja, o sistema em sua totalidade; terceiro, é fundamental conhecer a história do que foi a organização até aquele momento, os seus desenvolvimentos, falhas, conflitos, isso dá uma dimensão de historicidade que todos os atores envolvidos precisam apropriar e entender; quarto, envolver os médicos, que são atores absolutamente fundamentais no processo de transformação de grandes sistemas de saúde, e se não há uma forma de envolvimento forte, orgânica, dos médicos, enquanto profissionais individuais, mas também das suas organizações corporativas, isso compromete sobremaneira as possibilidades de transformação; e, finalmente, o envolvimento dos pacientes e familiares como forma de conexão do processo de transformação de grandes sistemas de saúde, com um olhar que aproxime das expectativas dos pacientes e familiares e torne os usuários na sociedade agentes que possam apoiar esse tipo de transformação na medida em que os processos incorporem suas necessidades e expectativas.

A partir desses elementos da abordagem de grandes sistemas se entra em uma dimensão da complexidade dessa transformação, mas também se passa a perceber que a organização do conhecimento em torno a esse tipo de processo é uma organização em mosaico, que vai abrindo várias dimensões necessárias de conhecimento na medida em que o próprio processo se depara com as suas limitações ou exigências, enquanto complexidade da própria transformação. Essa foi uma questão importante em termos de ganho de conhecimento para enfrentar a natureza da agenda que nos propomos.

Segundo aspecto importante na abordagem conceitual-metodológica diz respeito a forma como tratamos no Capítulo 2 as informações rotineiras do sistema, que estão hoje disponíveis nas bases de dados do Cadastro Nacional (CNES) e também do SIH e do SIA, além dos dados da ANS. Combinados com as informações do IBGE, temos um conjunto de informações básicas que permitem uma discussão sobre o perfil e a dinâmica nacional. Se formos capazes, e tratamos de o ser no Capítulo 2, de dispor essas informações de uma maneira mais integrada e, ao mesmo tempo, representativa das diversidades, representadas aqui pela questão das macrorregiões, Estados, capitais, regiões metropolitanas, interior, e entendermos esses dados como círculos concêntricos, como algo que precisa ser entendido na sua totalidade, mas também nas suas especificidades, isso abre uma possibilidade de utilizar a informação de uma maneira mais criativa e conectada às etapas do planejamento, da gestão e da avaliação, enquanto processos inerentes ao ciclo político de qualquer política pública.

Nesse sentido, a apresentação desses dados sobre outro olhar, nessa distribuição cruzada entre territórios e vínculos jurídicos dos serviços, permitiu compor uma ideia que, relacionada com o porte das instituições, nos levou a duas conclusões interessantes, e que são propostas que emanam do trabalho no que diz respeito ao porte hospitalar como *proxy* de representação da efetividade dos leitos, e depois um mapeamento da concentração de leitos em geral e leitos efetivos do SUS entre os vários tipos de prestadores, com o objetivo de criar um mapa de forças e rotas de negociação com a presença forte do agente público Estado nesse processo.

Portanto, essa forma de análise dos dados rotineiramente disponíveis, como espaços de mapeamento de processos estratégicos e de tendências no curto e médio prazos, mostra que é fundamental criar inteligência dentro do processo da gestão em seus vários níveis constitutivos – municípios, regiões, Estados e país.

O investimento nessa inteligência é justamente o desdobramento chave que nos faz pensar nas questões do Capítulo 3, onde são propostas a abordagem e a metodologia a partir do campo da análise de política enquanto revisão documental, e da utilização das informações dos processos políticos como algo que baliza a avaliação sobre o sucesso ou fracasso das políticas dentro de ciclos, onde estão a composição da agenda política a partir dos temas apropriados, a questão das decisões em torno a esse tema, a aplicação dessas decisões na formulação de políticas, logo a avaliação sobre a forma de implementação dessas políticas e sua repercussão, e a seguir a questão da presença ou

ausência de avaliação da própria implementação, o que pudesse definir então a continuidade ou cessação ou substituição das políticas dentro de um ciclo temporal.

Isso, na análise feita no Capítulo 3, foi importante no sentido de perceber no período estudado e correlato com o próprio período de avaliação da oferta de leitos analisada no Capítulo 2, como entender a natureza associada ou dissociada do que ocorreu em termos de influência das decisões políticas sobre as tendências e a configuração assistencial no período 2005 a 2014. Este tipo de análise política de avaliação do desenvolvimento das políticas é algo que evidentemente precisa ser aprofundado, e é parte fundamental desse campo de pesquisa em torno a políticas e sistemas de saúde.

Outro aspecto importante da metodologia que gostaríamos de ressaltar nesta introdução é justamente uma dimensão difícil de ser mensurada, e que foi lamentavelmente pouco documentada, que foi o trabalho de construção de um campo de conhecimento a partir de trocas, de intercâmbio, com vários atores da gestão pública, da academia e daqueles que operam como *brokers*, como assessorias também dentro dos processos políticos da área de saúde.

Dentro desse universo de relacionamentos, é importante destacar que esta proposta de tese originalmente tinha um desdobramento em um campo empírico muito estruturado e forte, que era o de apoiar o desenvolvimento de planos diretores de atenção hospitalar nos Estados. Por um problema de tempos e de processos políticos, esse trabalho que se fundamenta em laboratórios de elaboração de planos diretores por Estado e regiões somente vai começar em data posterior ao desenvolvimento da própria tese. No entanto, os estudos, em torno ao tema da reforma hospitalar que esta tese desenvolveu, alimentaram e foram retroalimentados por esse constante diálogo com esses atores em torno à implantação desses laboratórios.

Esses laboratórios fazem parte de um Projeto de Planos Diretores Hospitalares para Estados e suas Regiões, que constituem projeto dentro do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS – PROADI-SUS, programa este que inclui projetos liderados pelo autor desta tese no âmbito do LIGRESS/HCor – Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração de São Paulo. Atualmente estão em curso os processos para a instalação dos laboratórios de plano diretor do Espírito Santo,

Amazonas, Pará e Sergipe, apontando uma expectativa de aplicar muitos dos debates e aproximações feitas nesta tese a esse campo do exercício da política pública.

Mas o intercâmbio a que nos referíamos foi um processo fundamental no sentido da própria metodologia, pois são dimensões qualitativas de construção de conceitos e de outros olhares que podem orientar, e que orientaram de fato, a reflexão criativa que marca os três capítulos que estão dispostos na tese. No que diz respeito ao Capítulo 3, é importante do ponto de vista conceitual referir a leitura de Gill Walt (1984), sobre o tema da política de saúde enquanto processo e poder e a análise que é feita por essa autora inglesa sobre as várias formas de representar os processos de constituição de agendas políticas e também de sustentação desses processos enquanto ciclos de política já referidos.

Mas é particularmente pertinente, a partir desse vínculo com a abordagem dos processos políticos, destacar outro elemento fundamental da reflexão teórico-metodológica, que diz respeito à própria função do autor desta tese dentro do sistema público e da política pública, porque há um debate interessante gerado por um estudo feito por equipe do Instituto de Medicina Tropical da Antuérpia (Decoster, Appelmans e Hill, 2012), onde se coloca em debate o perfil distintivo, mas algumas vezes muito próximo das funções do pesquisador no campo das políticas e sistemas, no campo da incidência política como atividade representada pelo perfil do *broker*, que seria esse tradutor da política para fins de incidência nos processos de decisão, e finalmente o perfil do gestor ou decisor, que é em última instância aquele que sustenta, no campo da decisão e implementação, as políticas que são adotadas.

Essa caracterização de funções é interessante para definir a maneira como o autor, que de alguma forma se situa nessa fronteira entre pesquisador, *broker* e, a partir da incidência como tal, ator que participa também das decisões na gestão, uma definição que ajuda a tomar também uma perspectiva intencionada do próprio trabalho de pesquisa, ou seja, não é apenas uma pesquisa que tenta acumular elementos no campo acadêmico, mas que tem a preocupação de que esses elementos, esses conhecimentos, possam ser utilizados.

Portanto, isso responde a uma demanda, inclusive da pesquisa feita pelo grupo do Instituto de Medicina Tropical da Antuérpia (Decoster, Appelmans e Hill, 2012), de que a pesquisa seja orientada aos reais problemas dos países, e não apenas para o benefício da própria pesquisa ou dos pesquisadores e há muito interesse que essas

pesquisas extrapolem o que ocorre no país, como um problema instalado, e trabalhem com questões mais amplas de um mosaico de representação da complexidade, com potencial prospectivo de encontrar saídas para os problemas estudados.

Finalmente, nos parece que esses elementos balizam a forma de perceber o trabalho da pesquisa e também a maneira de definir essa identidade do autor, como alguém preocupado em poder atuar como esse *broker*, como esse tradutor de conhecimento, ao mesmo tempo em que participa da produção de um conhecimento aplicado a uma intenção de transformação da realidade.

CAPÍTULO 1

*A análise das necessidades comparadas para
projetar um debate sobre políticas hospitalares e
numero de leitos e hospitais entre sistemas
universais - em busca de um parâmetro de
suficiência*

1.1 NOTA INTRODUTÓRIA.

As necessidades comparadas de que estamos tratando, estão relacionadas ao conceito desenvolvido por Jonathan Bradshaw, no qual define a necessidade social através de uma taxonomia onde esta é percebida como normativa, em uma primeira classificação, que é aquela em que o especialista, o profissional, o administrador, o cientista social definem a necessidade de uma dada situação e estabelecem um padrão desejado, o que torna a adoção desse parâmetro possível de ser objeto de avaliação e de comparação com o que existe na realidade em que está sendo examinada (Bradshaw, 1972).

Nesse caso podemos assumir como pesquisadores, especialistas, administradores, que o *standard* possível de ser aplicado ao tema em foco nesta tese, ou seja, a oferta de leitos hospitalares para a atenção aos pacientes que os necessitem, posto que não há um padrão aceito de forma universal, será o originado na comparação com os sistemas de saúde onde exista maior equilíbrio entre necessidades expressas, nesse caso demandas, e respostas satisfatórias em termos de tempo de espera para hospitalização nas urgências, tempo de espera para procedimentos eletivos em hospital, etc. Seriam como uma referência adequada, que compararia as necessidades satisfeitas e não satisfeitas e projetaria um padrão desejado, que pudesse ser assumido como uma referência para o nosso país.

Isto posto, temos, então, a possibilidade de transformar a expressão desse padrão normativo em algo que responda primariamente aquilo que se chama de necessidade expressa ou demanda. Nesse caso, temos uma realidade onde a necessidade expressa ou demanda já se coloca na forma de pacientes que necessitam hospitalização e superlotam os serviços de urgência, ficando em tempo excessivamente longo aguardando o acesso ao leito e sofrendo as consequências dessa espera, que estão documentadas na forma de sobremortalidade, complicações, além de gerarem o uso, também pesquisado em vários países, dilatado do leito hospitalar em termos de tempo depois que finalmente conseguem ser hospitalizados (Liew, 2003; Richardson, 2006; Guttmann, 2011).

Esses efeitos, que podem ser considerados tóxicos sobre o sistema de saúde e deletérios para aqueles que sofrem a espera, representariam de forma clara uma demanda expressa não atendida e dariam os argumentos para um debate que busca dimensionar e qualificar os leitos hospitalares em função dessas necessidades expressas,

ou demandas primariamente, mas sabendo que utilizar apenas a necessidade expressa pode ser perigoso, no sentido de que não capta essa necessidade expressa aquilo que seriam os casos chamados pré-sintomáticos, aqueles casos que não têm uma manifestação suficientemente clara e que sofrem a restrição da própria oferta. Isso faz com que as pessoas se desestimulem a buscar o serviço pela distância, por barreiras administrativas, pelos custos que podem envolver o próprio deslocamento ou serviços complementares que não são oferecidos.

Isso pode levar tanto a uma ausência de expressão da necessidade, na forma de demanda, com atraso na busca de serviço até o caso evoluir para uma situação mais grave, ou também pode significar uma seletividade na busca do serviço, onde pacientes e familiares acabam se deslocando para serviços onde têm certeza de toda a oferta que imaginam necessária vai estar disponível sem outro tipo de barreira, seja econômica, administrativa, ou mesmo de acesso físico de transporte, etc.

Ao propor neste Capítulo uma análise de necessidades comparadas, temos o propósito de encontrar na experiência internacional parâmetros que alimentem a nossa construção de uma necessidade normativa, ou seja, qual seria o número e o tipo de leitos hospitalares necessários para satisfazer uma determinada população em termos de seu consumo por esses serviços. Isso é o que dá base a toda a análise de países que possuem sistemas universais no que diz respeito a seu comportamento frente a esse assunto e a maneira como isso se transforma em padrões de respostas, como padrões de organização da oferta hospitalar.

1.2 DEFININDO O OBJETO – LEITOS E HOSPITAIS

Uma primeira questão aparentemente simples, mas de relevante importância, é o que significa um “leito hospitalar”. Usualmente o número de leitos hospitalares é registrado simplesmente com a contagem da cama – peça de mobiliário, ou seja, o local onde um paciente possa se deitar. Para que uma “cama” se transforme num leito capaz de contribuir para o cuidado qualificado à saúde da população, é necessário que ela

esteja alocada em um estabelecimento de saúde com infraestrutura apropriada, incluindo profissionais treinados, pessoal administrativo, equipamentos e insumos. Ainda, o que se pode considerar um leito qualificado para reabilitação de um paciente após um acidente vascular cerebral (AVC) é muito diferente de um leito adequado para terapia intensiva. Além disso, existem camas que não devem ser consideradas como leitos, por exemplo, as de acompanhantes de crianças e idosos e podem existir também leitos que não são camas, como por exemplo, as poltronas para hemodiálise ou quimioterapia (McKee, 2004).

No Brasil, a Portaria MS/SAS nº 312 em 02 de maio de 2002 estabelece uma padronização de nomenclatura para o censo hospitalar nos hospitais integrantes do SUS, que foi elaborada com vistas a permitir que este censo gerasse informações de abrangência nacional (Brasil, 2002). Abaixo alguns dos conceitos propostos pela Portaria:

Leito hospitalar de internação

É a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermagem, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

(...)

Leito hospitalar de observação

É o leito destinado a paciente sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas. Os leitos de hospital-dia são leitos hospitalares de observação.

(...)

Leito de observação reversível

É o leito hospitalar de observação que pode ser revertido para um leito de internação em caso de necessidade.

(...)

Leitos planejados

São todos os leitos previstos para existir em um hospital, levando-se em conta a área física destinada à internação e de acordo com a legislação em vigor, mesmo que parte destes leitos esteja desativada por qualquer razão.

(...)

Leitos instalados

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles eventualmente não possam ser utilizados por certo período, por qualquer razão.

(...)

Leitos desativados

Leitos que nunca foram ativados ou que deixam de fazer parte da capacidade instalada do hospital por alguma razão de caráter mais permanente, como, por exemplo, o fechamento de uma unidade do hospital.

(...)

Leitos operacionais

São os leitos em utilização e os leitos passíveis de serem utilizados no momento do censo, ainda que estejam desocupados.

(...)

Leitos bloqueados

Leitos que são habitualmente utilizados para internação, mas que no momento em que é realizado o censo não podem ser utilizados por qualquer razão (características de outros pacientes que ocupam o mesmo quarto ou enfermaria, manutenção predial ou de mobiliário, falta transitória de pessoal) (Brasil, 2002).

Na literatura internacional encontramos algumas outras tipologias que no Brasil são consideradas como “especialidade” do leito (Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS¹):

Leito de agudo

Leito destinado ao cuidado (curativo, terapêutico) clínico, cirúrgico de urgência e eletivo, pediátrico e obstétrico, excluindo-se desse total os leitos psiquiátricos, leitos dia, de longa permanência e cuidados paliativos (Mckee, Healy, 2002).

Leito subagudo

Tipologia encontrada em alguns estudos e localidades, é o leito que realiza o cuidado não agudo: cuidado paliativo, reabilitação e cuidado em geriatria (Gibbs et al., 2008).

Leito de longa permanência

Leito destinado a pacientes que requeiram cuidado prolongado devido a doenças ou impedimentos crônicos e redução de autonomia para as atividades habituais. Inclui leitos em hospitais gerais ou especializados e leitos de cuidado paliativo² (OECD, 2011).

¹ <http://cnes.datasus.gov.br/>

² Notar que os leitos destinados ao cuidado paliativo aparecem tanto na definição de leito subagudo como de leito de longa permanência. Pelos estudos realizados, nos parece que a tipologia “subagudo” é mais recente e pretende estabelecer um diferencial entre o nível de cuidados médicos e de enfermagem

Todas essas definições, porém, não foram levadas em conta pelo Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, sítio oficial do Ministério da Saúde³ para o cadastramento formal dos serviços hospitalares em atividade no país e de seus respectivos leitos, onde estão registrados os “leitos existentes”, sem qualquer distinção, questionamento ou recomendação sobre seu estado funcional, conforme se lê em seu manual de instruções de preenchimento: “**Leito hospitalar** - cama destinada à internação de um paciente no hospital. (Não considerar como leito hospitalar os leitos de observação e os leitos da Unidade de Terapia Intensiva)” (Brasil, 2006).

Assim, ao realizarmos uma pesquisa sobre o número de leitos do país através do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES podemos nos deparar com leitos meramente hipotéticos, ou seja, leitos supostamente instalados, mas não operacionais.

A segunda questão essencial é o que é um “hospital”? Essa pergunta descortina uma grande área de intersecção entre o cuidado à saúde e o cuidado social. Leva também a uma série de outras questões relativas à sua tipologia. Abaixo apresentamos os conceitos e terminologias usados no Brasil e o comparamos à literatura internacional:

Hospital (definição do Ministério da Saúde do Brasil):

O termo *hospital* se refere a um conjunto muito heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções muito distintas no âmbito da rede de atendimento à saúde. Entretanto, os estabelecimentos possuem uma característica em comum: a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares durante as 24 horas do dia (Brasil, 2002).

Encontramos outra definição no manual de orientações para o cadastramento de hospitais no CNES:

necessários a pacientes não agudos, reservando a nomenclatura “subagudo” para pacientes com maior necessidade de cuidados médicos e “longa permanência” para pacientes com maior necessidade de cuidados de enfermagem.

³ <http://cnes.datasus.gov.br/>

estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (Brasil, 2006, p. 138).

Esses conceitos diferem um pouco do adotado pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde:

Estabelecimento com instalações para internação e em condições de oferecer assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo 24h ao dia, para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos adoentados ou feridos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

Os hospitais, como definidos acima, podem ser classificados sob vários aspectos:

Formas de classificação hospitalar (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008)

1) Porte do hospital:

- Pequeno porte⁴: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de até 50 leitos.
- Médio porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 51 a 150 leitos.
- Grande porte: É o hospital que possui capacidade normal ou de operação de 151 a 500 leitos.
- Acima de 500 leitos considera-se hospital de capacidade extra.

2) Perfil assistencial dos estabelecimentos:

⁴ O Ministério da Saúde, em 1º de junho de 2004, editou a Portaria GM Nº 1.044, que instituiu política especial para organização e apoio financeiro para Hospitais de Pequeno Porte, na qual considerou apenas os hospitais com 5 a 30 leitos, o que pode gerar conflito de entendimento quando se usa a expressão “hospital de pequeno porte”. Para os fins desse estudo, os hospitais incluídos na portaria mencionada acima serão identificados como HPP

Hospital de clínicas básicas, hospital geral, hospital especializado, *hospital de urgência*, hospital universitário e de ensino e pesquisa.

3) Nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar:

Hospital de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

4) Papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde:

Hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

5) Regime de propriedade:

Hospital Público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (benéficos ou filantrópicos).

Mckee e Healy (2002) apresentam ainda outra classificação dos hospitais, segundo a relação que os mesmos mantêm com o sistema de saúde:

- *Dominant hospital*: modelo dominante nos países de baixa renda no qual o hospital tem papel essencial no sistema, realizando inclusive atenção primária, muitas vezes inadequada, realizada num cenário de falta de melhor oferta;
- *Hub hospital*: hospital no centro de um sistema integrado para uma área definida, envolvido no planejamento, administração e financiamento de todos os serviços do território. Modelo predominante na União Soviética;
- *Comprehensive hospital ou Hospital Integral*: responsável pelo cuidado terciário, secundário, primário, extramuros. O hospital deve ser o centro da medicina curativa e preventiva, mas integrado em uma rede regional, com hospitais hierarquicamente disposto com clínicas integradas e em conexão com redes regionais e linhas de cuidado, como um condomínio de serviços integrados ao sistema regional;
- *Separatist hospital*: mais comum nos países desenvolvidos, o hospital assume apenas o cuidado agudo, especializado e de curta permanência.

Na União Europeia as demais classificações hospitalares são semelhantes, mas encontramos uma nomenclatura diferente da que usamos no Brasil. Pelo que observamos, os hospitais, que habitualmente chamamos de *hospitais gerais*, são conhecidos como *hospitais de agudos*, considerando que tais estabelecimentos oferecem leitos agudos, que conforme já mencionado, são destinados ao cuidado (curativo, terapêutico) clínico, cirúrgico de urgência e eletivo, pediátrico e obstétrico, excluindo-se desse total os leitos psiquiátricos, leitos dia, de longa permanência e cuidados paliativos. Em muitos locais os leitos de observação, sob variadas denominações, são considerados como leitos dia (McKee, Healy, 2002) e no Brasil eles não são registrados como leitos (Brasil, 2006).

Sobre as classificações, afinal, comentam McKee e Healy (2002): “A limitação dessas simples classificações está ficando clara, especialmente a divisão entre hospital secundário e terciário, que está sendo considerada cada vez mais obscura nos países desenvolvidos”.

1.3 O HOSPITAL: BREVE HISTÓRICO E PAPEL NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Para analisarmos adequadamente a atenção hospitalar que existe e que desejamos reestruturar, é necessário conhecer como ela se desenvolveu ao longo da história, entendendo o papel que o *Hospital* vem desempenhando nas diferentes etapas analisadas, inclusive para que possamos nortear nossas estratégias de enfrentamento da crise atual.

O desenvolvimento do hospital está relacionado às enormes transformações políticas, econômicas, sociais e culturais e às inovações tecnológicas e científicas ocorridas nos últimos séculos (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008; Antunes, 1991).

Segundo Braga Neto e colaboradores (2008), o hospital é uma instituição bastante antiga, sendo que os primeiros registros apareceram nos primeiros séculos da era cristã no início do século IV d.C. Na época, o hospital não se voltava para a cura de pacientes, já que a assistência tinha como foco a salvação espiritual dos homens.

McKee (2002) relata que os exemplos mais antigos de instituições que poderiam ser consideradas como hospitais datam do século VII e eram destinadas ao cuidado de pessoas doentes, com base nos conhecimentos das antigas culturas bizantina,

grega e árabe. No século XII, muitas cidades da Arábia tinham um pequeno hospital e em 1283 um grande hospital foi construído no Cairo. Entre os séculos X e XI foram construídos pequenos hospitais em toda a Europa. No período que se estendeu do século X ao século XVII, os hospitais permaneceram ligados a instituições religiosas e passaram por uma grande mudança em seus perfis.

Nesse período, até o século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. O pobre doente era considerado um portador perigoso que potencialmente poderia contaminar as cidades, sendo necessária sua separação e exclusão da sociedade, não para a cura, mas para a salvação espiritual da alma do pobre. A partir do século XVIII a assistência aos pobres tornou-se uma responsabilidade do Estado (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008; Antunes, 1991).

A preocupação com a disseminação de epidemias propiciou a introdução de mecanismos disciplinares no espaço do hospital, além da medicalização (Antunes, 1991).

No século XVIII, disseminou-se uma nova concepção teórica sobre o processo saúde-doença: a doença era compreendida como um fenômeno natural e seu cuidado estava direcionado aos fatores ambientais (o ar, a água, a temperatura ambiente, a alimentação, etc.) (Antunes, 1991).

Em torno de 1780, o hospital voltou a ser um instrumento terapêutico, instituição com o objetivo de cura das doenças (Antunes, 1991). Segundo Braga Neto e colaboradores:

Constata-se que os hospitais não funcionavam tão bem como deveriam. E não é mais admissível que os hospitais sigam funcionando como verdadeiros morredouros. Assim, durante esses anos, desenrolam-se diversas iniciativas voltadas para a modernização das dependências hospitalares (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

O século XIX foi marcado por intenso avanço científico e tecnológico decorrentes do aprimoramento e desenvolvimento de disciplinas básicas como a bioquímica e microbiologia, bem como dos investimentos do Estado em pesquisas científicas. A teoria microbiana e o desenvolvimento dos Raios-x foram considerados marcos importantes para o desenvolvimento da medicina com embasamento científico.

No início do século XX o hospital começou a desenvolver o seu papel atual (McKee, Healy, 2002).

A primeira metade do século XX foi marcada por profundas transformações provenientes de fatos históricos de grande relevância como as crises do liberalismo e do colonialismo, a revolução russa, a primeira guerra mundial, a quebra da bolsa de Nova Iorque em 1929, a ascensão do fascismo e, por fim, a segunda guerra mundial.

A partir de 1945, os países ocidentais experimentaram um novo padrão de desenvolvimento econômico e social. Ancorados em condições políticas, econômicas e sociais favoráveis e em altas taxas de crescimento, essa é a época em que o chamado Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) se configurou e em que houve uma marcada expansão das políticas sociais nesses países (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

A definição de *welfare state* pode ser compreendida como um conjunto de serviços e benefícios sociais de alcance universal promovidos pelo Estado com a finalidade de garantir certa "harmonia" entre o avanço das forças de mercado e uma relativa estabilidade social, suprimindo a sociedade de benefícios sociais que significam segurança aos indivíduos para manterem um mínimo de base material e níveis de padrão de vida, que possam enfrentar os efeitos deletérios de uma estrutura de produção capitalista desenvolvida e excludente. Seu objetivo fundamental, conforme Beveridge admitia, era combater os cinco maiores males da sociedade: "a escassez, a doença, a ignorância, a miséria e a ociosidade" (Gomes, 2006).

Nesse período grande parte dos países europeus reconheceu a saúde como direito do cidadão e se desenvolveram sistemas nacionais de saúde para garantir o acesso gratuito e universal.

A implantação desses sistemas envolveu a ampliação da oferta de serviços à população e o aumento dos recursos públicos investidos na área da saúde. Tal expansão da oferta se deu, predominantemente com a reprodução e o aprofundamento de um modelo de atenção à saúde fundado no hospital moderno, nesse momento já instalado em novas edificações com grande número de leitos, especialistas e equipamentos e que operava na lógica da prestação de serviços e procedimentos (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

Observou-se uma expansão vertiginosa do número de hospitais nas décadas de 40 e 50, que a partir dos anos 60 começou a causar preocupação em relação ao seu financiamento. Medidas voltadas para a modernização gerencial dos estabelecimentos

hospitalares começaram desde então a ser debatidas e experimentadas. No entanto, mudanças mais radicais no âmbito da assistência e da gestão hospitalar somente tomaram corpo ao final da década de 1970, num contexto econômico mais difícil (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

Os “*Anos de Ouro*” do capitalismo instalado no pós-guerra começaram a se exaurir no final dos 60 e o Estado perdeu a capacidade de exercer as funções mediadoras do último período, com crescimento importante das dívidas públicas e privadas. A primeira grande recessão catalisada pela alta dos preços do petróleo em 1973/74, entre outros, foi um sinal contundente de que o sonho do pleno emprego e da cidadania relacionada à proteção social havia terminado nos países onde se originou o *welfare state* e estava também comprometido nos países periféricos, nos quais não chegou a se realizar efetivamente. As elites político-econômicas, então, começaram a questionar e responsabilizar pela crise a atuação agigantada do Estado, especialmente naqueles setores que não revertiam diretamente em favor de seus interesses. E aí se incluíam as políticas sociais (Mota et al., 2011).

Os anos de 1970 e de 1980 testemunharam o revigoramento das ideias liberais em detrimento dos Estados intervencionistas. A intensa crise na acumulação capitalista criou as condições favoráveis para a reorientação ideológica na política econômica mundial. Assim, gradativamente, a revolução liberal foi ganhando espaço no capitalismo avançado internacional. As receitas neoliberais foram implantadas inicialmente na Inglaterra em 1979, nos Estados Unidos em 1980, na Alemanha em 1982, e se espalharam hegemonicamente pela América Latina. Na década de 1990, os países do Leste Europeu também se renderam ao neoliberalismo (Fuhrmann, 2004).

Simultaneamente à reorientação das políticas de saúde nos países desenvolvidos, a crítica ao modelo de atenção centrado no hospital ganhou maior radicalidade com a Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, onde foi proposto que a atenção primária se transformasse na base dos sistemas de saúde, configurando um novo modelo de atenção à saúde (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

Paralelamente houve aumento da expectativa de vida, envelhecimento da população e mudanças no quadro de morbimortalidade, no qual as doenças de origem infecciosa passaram a ter importância menor que as doenças crônico-degenerativas, o que reforçava a vertente da atenção primária (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

No cenário hospitalar houve uma mudança radical de orientação, com racionalização da oferta e modernização da gestão. Os pacientes deveriam ficar nos hospital por curtos períodos, retomando o mais cedo possível seu ritmo de vida normal, pois o ambiente hospitalar passou a ser considerado potencialmente iatrogênico. Avanços científicos e tecnológicos alcançados possibilitaram que parte dos procedimentos, até então realizados exclusivamente no interior do hospital, pudessem ser gradativamente deslocados para outros ambientes. Houve uma desconcentração da prestação de diversos serviços assistenciais e surgiram novas modalidades assistenciais, como o hospital-dia, a cirurgia ambulatorial, a assistência domiciliar ou mesmo de novos tipos de serviços de saúde, como os centros de enfermagem (Braga Neto, Barbosa, Santos, 2008).

Na Europa, esse cenário foi acompanhado pelo início de uma longa etapa de redução de leitos e até mesmo de hospitais, ao longo das últimas décadas do século XX, pressionados ademais pelos custos crescentes do hospital como espaço intensivo de capital e com novas demandas devido à expansão do horizonte terapêutico, longevidade com maior carga de doenças e mudanças de expectativa de uma sociedade mais bem informada e demandante desenhando um novo ciclo de reformas na atenção hospitalar (McKee e Healy, 2002).

1.3.1 Metodologia para revisão integrativa da literatura como estratégia para a análise de necessidades comparadas:

Procedimento Metodológico

Revisão da literatura internacional (tradução dos autores).

Revisão da literatura nacional.

Para essa revisão de literatura, foram consultadas as seguintes bases de dados: MEDLINE, LILACS, PAHO e COCHRANE. Além da escolha das bases de dados, foi necessário selecionar os descritores adequados para abranger os estudos relevantes para este projeto, conforme relação apresentada abaixo. Foi utilizado o vocabulário MeSH (*Medical Subject Headings of U.S. National Library of Medicine*) ou sinônimos, de acordo com as especificidades das bases de dados:

Acute care hospital beds

Assessment of health care needs

Bed reduction
 Bed occupancy
 Health care management
 Health care rationing
 Health Services Needs and Demand
 Hospital bed capacity
 Hospital bed needs
 Hospital planning
 Longstanding/chronic care
 Needs of hospital beds
 Needs and demand of hospital beds
 Programmed/elective care
 Public health administration

Os critérios de inclusão foram: artigos com resumo escritos em português, inglês ou espanhol.

Numa primeira busca, realizada em outubro de 2011, foram identificadas 257 referências, sendo selecionadas pelo título e resumo 142. Após exclusão das referências indisponíveis e a análise do conteúdo das referências na íntegra, foram incluídas nesta etapa 37 artigos e seis manuais. Na segunda busca, realizada em março de 2016 com foco em publicações de 2011 a 2015, 102 referências foram identificadas, 47 selecionadas pelo título e resumo e 29 analisadas na íntegra, sendo incluídos 13 artigos. Dessa forma, 50 artigos e seis manuais no total foram analisados neste trabalho.

Na medida em que realizamos a leitura do material selecionado, novos descritores foram localizados e foram registrados para a utilização na próxima etapa do trabalho.

Tínhamos por objetivo conhecer sistemas de saúde internacionais para ter referenciais mais concretos na estruturação de parâmetros para a atenção hospitalar brasileira e durante a leitura de vários manuais do Observatório Europeu de Sistemas de Saúde e Políticas várias outras questões foram suscitadas e leituras complementares foram realizadas.

Os estudos não publicados ou não indexados na literatura (literatura cinza), como manuais institucionais e estatísticas, também foram considerados e foram coletados a partir dos sites da Organização Mundial de Saúde (WHO), Organização para

Cooperação e Desenvolvimento Econômicos (OECD), Instituto Brasileiro de Geografia e Ciências (IBGE), Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e sites governamentais de vários países, além do Google Scholar.

1.3.1.1 Cenário Internacional:

As primeiras medidas de proteção social surgiram no final do século XIX, com destaque para países como a Alemanha e a Inglaterra. No entanto, a generalização de medidas de Seguridade Social no capitalismo se deu no período posterior à Segunda Guerra Mundial, no qual se assiste à singular experiência da construção do *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social, em alguns países da Europa Ocidental, Canadá e Austrália (inspirados pela experiência pioneira da Suécia nos anos 30) acompanhado de diversas tipologias de políticas sociais (Pereira, Silva, Patriota, 2006).

Historicamente, as Políticas Sociais foram financiadas por contribuições dos empregados e empregadores. No entanto, os pesos relativos dessas contribuições, bem como a participação do Estado (com recursos de origem fiscal) variam bastante conforme o país, ou grupos de países. A composição e evolução das despesas, também estão longe de serem uniformes. O marco dos projetos com tendências universalistas de atenção às necessidades sociais vai dos anos 45 do século XX, até o final da década de 60. Este modelo de proteção social estava pautado na intervenção estatal e crescimento econômico e se assentava num pacto de classes. Neste contexto ocorreu um fortalecimento do movimento operário, que passou a ocupar espaços políticos importantes (Pereira, Silva, Patriota, 2006).

No período que se estendeu até o início dos anos 1970 houve um padrão de desenvolvimento com longos ciclos expansivos, denominado por muitos de “anos de ouro do capitalismo”. É, portanto, neste contexto que a cidadania se ampliou, não só a cidadania civil e política, mas também a cidadania social, que está vinculada diretamente à garantia dos direitos sociais, exigindo a presença ativa do Estado como provedor de bens e serviços sociais. Assim, podemos indicar que ocorreu a extensão da cidadania, extrapolando os direitos civis e políticos, ambos identificados e aceitos pela ideologia liberal (Pereira, Silva, Patriota, 2006).

Na Europa Ocidental, esse cenário levou a um período de expansão da atenção hospitalar que durou quase duas décadas quando, a partir de 1960, iniciou-se um movimento de desaceleração desse processo e redução de leitos em virtude, inclusive, do aumento das despesas decorrentes do próprio crescimento da rede hospitalar.

Em resposta a tais pressões ocorreu, fundamentalmente, a transferência dos pacientes de longa permanência:

- Psiquiátricos (redução maior que 50% dos leitos totais entre o final dos anos 1950 a 1980) – mudança influenciada pelo surgimento de novas drogas, pela pressão para diminuir os gastos e propostas de humanização do cuidado ao paciente com doença mental;
- Centros de enfermagem: estruturados para promover o cuidado a pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem prolongados ou permanentes, mas sem medicalização. Estudo em 10 países desenvolvidos mostrou que 2 a 5% dos idosos estavam nesse tipo de estabelecimento. Na Austrália, o governo começou a subsidiar esses centros em 1960 e até a década de 1980 houve um aumento da ordem de 70% no número desses leitos. O Reino Unido começou processo semelhante nos anos 80, com largo crescimento de centros de enfermagem privados, em virtude da forma de subsídio escolhida pelo governo. A seguir, como alternativa a esse tipo de cuidado, começou-se a investir em cuidado domiciliar, com o objetivo de manter os idosos em suas próprias casas o máximo de tempo possível.

O neoliberalismo, nascido logo depois da II Guerra Mundial, nas regiões da Europa e na América do Norte onde imperava o capitalismo como uma reação veemente contra o Estado intervencionista e de bem-estar, originado no texto “O Caminho da Servidão”, de Friedrich Hayek, escrito já em 1944, e que ficou como postulado teórico e político durante 20 anos, ganhou um novo fôlego com a chegada da grande crise do modelo econômico do pós-guerra em 1973, quando todo o mundo capitalista avançado caiu numa longa e profunda recessão, combinando, pela primeira vez, baixas taxas de crescimento com altas taxas de inflação (Sader, Gentili, 1995).

Para sair dessa crise o neoliberalismo apresentou algumas propostas básicas: 1) um Estado forte para romper o poder dos sindicatos e controlar a moeda; 2) um Estado parco para os gastos sociais e regulamentações econômicas; 3) a busca da estabilidade monetária como meta suprema; 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se, contenção

dos gastos sociais e restauração de uma taxa *natural* de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; e 6) o desmonte dos direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político do período anterior (Mota et al., 2011).

Porém, apenas no final dos anos 70, início dos 80, tais indicações transformam-se em programa de governo, com Margareth Thatcher (Inglaterra, 1979), Ronald Reagan (EUA, 1980), e Helmut Khol (Alemanha Ocidental, 1982). A partir de então, foi possível identificar um giro em direção a essas proposições inclusive pelos governos da socialdemocracia europeia (Mota et al., 2011).

O neoliberalismo viveu uma primeira fase de ataque ao keynesianismo e ao *Welfare State*. No entanto, apresentou uma segunda fase, esta mais propositiva, com ênfase, no que diz respeito aos programas sociais, no trinômio articulado da *focalização*, *privatização* e *descentralização*. Assim, buscou-se *desuniversalizar* e *assistencializar* as ações, cortando os gastos sociais e contribuindo para o equilíbrio financeiro do setor público. Uma política social residual que solucionaria apenas o que não pudesse ser enfrentado pela via do mercado, da comunidade e da família. O carro-chefe dessa proposição foi a renda mínima, combinada à solidariedade por meio das organizações na sociedade civil. A renda mínima não pode ter um teto alto, para não desestimular o trabalho, ou seja, houve uma perversa reedição da ética do trabalho, num mundo sem trabalho para todos (Draibe, 1993).

Assim, em função dessa política, foi durante a década de 90 que o número de leitos hospitalares caiu dramaticamente e alguns países desenvolvidos como a Dinamarca, Irlanda, Reino Unido e Austrália que foram muito bem sucedidos na redução de leitos, depois acabaram por ter que enfrentar sua escassez, com o surgimento de longas filas de espera para cirurgias eletivas e dificuldades para internar pacientes com quadros agudos, advindos dos serviços de urgência. Tais estrangulamentos sugeriram a necessidade de ampliação da oferta de leitos agudos (Mckee, Healy, 2002).

Pollock (2000) realizou pesquisa determinada pelo Secretário de Estado da Saúde britânico para testar a hipótese de que "o fechamento de leitos havia ido longe demais". A pesquisa levou à elaboração de um documento que mostrou que os objetivos de economia e melhoria de oferta não foram atingidos com as medidas instituídas de financiamento sob a iniciativa privada em 1990. O relatório reportou uma necessidade

de aumento em 2.000 leitos gerais e de agudos (1,4%) e outros 2.000 leitos de cuidado intermediário até 2003-4, além do aumento de 1.000 médicos generalistas.

A maioria dos outros países passou por reduções de 10 a 20% no número total de leitos. As causas dessas reduções foram muitas, por exemplo, na Finlândia e na Suécia, que implementaram reduções de 47 e 45% respectivamente, parte dos leitos destinados a cuidados prolongados foi transferida para o setor social. Na Dinamarca os cuidados prolongados foram transferidos para centros de enfermagem até 1987 e, a seguir, houve investimento em apoio social e de saúde à atenção domiciliar, para que os pacientes pudessem ficar em suas próprias casas. A Inglaterra compensou parcialmente a redução de leitos hospitalares agudos com uma grande expansão de centros de enfermagem, de modo que o número total de leitos aumentou discretamente (McKee, Healy, 2002). Se, por um lado, os centros de enfermagem permitiram um cuidado mais qualificado aos idosos, também é verdade que o cuidado hospitalar adequado aos idosos, atualmente, demanda maior concentração tecnológica e de recursos humanos.

Em termos absolutos, as maiores reduções ocorreram em alguns países que tinham maiores concentrações de leitos, incluindo as repúblicas da antiga União Soviética, que enfrentou grave crise econômica nesse período.

Outras ferramentas foram largamente utilizadas para apoiar a redução de leitos agudos, como: a redução de internações desnecessárias, a qualificação do cuidado aos internados, a redução dos tempos de permanência, a ampliação de procedimentos cirúrgicos ambulatoriais e a oferta de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em leitos dia.

Em nossa revisão, identificamos muitos estudos mostrando os impactos da falta de leitos hospitalares na atenção ao paciente e na organização do sistema:

- Um estudo descritivo sobre a ocupação de leitos, a ociosidade dos leitos e taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina por 1000 dias de internação na Irlanda do Norte mostrou alta taxa de ocupação: entre 12 estabelecimentos investigados, seis de 11 serviços de cirurgia e 11 serviços de clínica apresentaram taxas maiores que 85%. Altas taxas de ocupação estavam relacionadas à resistência a meticilina em serviços de agudos (Cunningham, Kernohan, Rush, 2006). Orendi (2008) relata que a taxa de ocupação hospitalar maior de 90% aumenta em 10,3% a incidência de resistência a meticilina em comparação à taxa de 90%, bem como hospitais

especializados apresentam maior incidência (27,7%) em relação a hospitais gerais.

- Taxas de ocupação maiores que 85% são compreendidas como risco ao paciente e em hospital de agudos uma taxa superior a 90% expressa crises periódicas de leitos hospitalares (Bagust, Place, Posnett, 1999).
- Como medida de qualidade, o indicador “taxa de ocupação de leito” evidencia diversos problemas como o risco aumentado de infecção cruzada entre pacientes em enfermarias superlotadas e o risco de admissão inadequada em serviço de emergência ou cirurgia eletiva. A alta taxa de ocupação também impacta na saúde do trabalhador (Keegan, 2010).
- Em relação a leitos hospitalares de agudos da Irlanda, foi identificado o uso ineficiente de leitos, já que em média 30% dos pacientes permaneciam internados na espera para a realização de serviços de apoio de menor complexidade, com perda de dias de internação que elevariam a capacidade do serviço em 54% (John et al., 2004). No que diz respeito a internações psiquiátricas agudas, 29% das admissões foram consideradas inadequadas e entre 24 e 58% dos dias de tratamento dos pacientes internados foram avaliados como inapropriados. Os critérios para determinar a adequação da admissão estão relacionados à gravidade da doença e intensidade de serviços necessários. Já para determinar a adequação dos dias de internação, foram avaliados os critérios: serviço médico e de enfermagem, suporte de vida e fatores da condição do paciente, além da opinião de profissionais de saúde. Os autores sugerem que é necessário identificar com clareza as razões do uso inapropriado do leito hospitalar e concluem que a literatura ainda não fornece elementos consistentes para a proposição de políticas públicas para reduzir o uso inadequado de leitos (McDonagh, Smith, Goddard, 2000).
- Outro estudo sobre uso inadequado de leitos de agudos revelou que 70% dos dias de internação de idosos com mais de 75 anos foram considerados inadequados, ou seja, os leitos eram utilizados de forma inadequada (Finlayson et al., 2005).
- A falta de leitos foi a razão do cancelamento de 62,5% das cirurgias eletivas em um hospital universitário na Irlanda. A colecistectomia

laparoscópica, reversão de ileostomia e correção de hérnia inguinal foram as cirurgias que apresentaram maior número de cancelamentos. Os autores relacionam os cancelamentos diretamente ao aumento de atendimentos de emergência (Robb et al., 2004).

- As consequências da falta de leitos afetam a lista de espera, o tempo/atraso na admissão, a satisfação do paciente, da família e dos profissionais envolvidos, além de gerar trabalho duplicado para reagendar as cirurgias e impactar negativamente nos custos hospitalares (Robb et al., 2004).
- A falta de leitos também foi assinalada por um estudo que mostrou um maior tempo de internação em um departamento de emergência, quando as admissões superavam as altas no dia anterior. Este prolongamento se estendia na semana inteira, independente da gravidade do paciente (Vermeulen et al., 2009).
- As causas da superlotação dos serviços de emergência foram assinaladas no Quadro 1 (Bradley, 2005).

Quadro 1 - Causas da superlotação dos serviços de emergência.

Causas
Aumento do número de pacientes
Surtos de gripe
Falta de cuidados preventivos
Transferência lenta dos pacientes
Escassez de profissionais de enfermagem e outros
Tratamento intensivo, historicamente realizado em unidade de internação
Problemas com idioma ou as barreiras culturais
As exigências de documentação médica registrada
Indisponibilidade de consulta de especialidade
Atrasos em laboratório e estudos radiográficos
Espaço físico insuficiente
Sistema de informação lento ou incompatível
Falta de leitos internação
Incentivos para manter leitos disponíveis para admissões eletivas programadas
Incentivos financeiros para reservar leitos disponíveis para admissão eletiva programada
Falta de financiamento
Encerramento ou diminuição de horas de outros hospitais e serviços

comunitários
Falta de cuidados na comunidade (atendimento domiciliar, de subagudos e cuidados de longa duração)
Bradley, 2005

- Há aumento de gastos e de complicações quando o tempo de espera para o atendimento de pacientes com dor no peito é maior que 3 horas (Bayley et al., 2005).

- Estudo comparativo do cuidado a pacientes com traumas ortopédicos internados em alas específicas ou não, pela falta de leitos, e tratados por enfermeiros com experiência nessa (50) área ou não (50), mostrou que apenas dois profissionais que não eram da área foram capazes de descrever o que é uma “síndrome compartimental” e outros 32 reconheceram que deveriam ter consultado o cirurgião mais cedo, mas seriam incapazes de descrever os sintomas (Elsayed, 2005).

Editorial de revista espanhola aponta as consequências negativas da falta de leitos de UTI na admissão, cuidado e alta de pacientes que necessitam de cuidados intensivos (Colmenero, 2011).

- Estudo norte americano observou que a superlotação do serviço de emergência em pediatria de um hospital terciário estava relacionada à alta ocupação hospitalar, o que prolonga o tempo de permanência na emergência, tanto das crianças que precisam de internação, quanto das crianças que recebem alta hospitalar. Conforme Figura 1, uma taxa de ocupação hospitalar acima de 80% aumenta significativamente o tempo de permanência no serviço de emergência para pacientes que necessitam de internação. Altas taxas de pacientes que não conseguiram atendimento de emergência também foram identificadas (Hillier et al., 2009).

Figura 1 - Tempo de permanência em minutos em relação à taxa de ocupação hospitalar nos Estados Unidos (2009).

FONTE: Hillier et al. (2009)

Em função da crise instalada com a escassez de leitos e da afirmação frequente de que o número de leitos seria suficiente se houvesse boa gestão, muito se tem trabalhado na otimização do uso dos leitos existentes e, em nossa revisão, encontramos vários estudos que relatam procedimentos que podem levar à sua melhor utilização:

- Estudos internacionais revelam experiências positivas que aumentam a rotatividade dos leitos hospitalares. A administração de leitos hospitalares está diretamente envolvida com o período durante o qual o paciente ocupa um leito hospitalar e o caminho operacional que este faz desde a admissão até a alta hospitalar (Proudlove, Gordon, Boaden, 2003).
- Projeto norte americano reduziu atrasos no atendimento do departamento de emergência em 8% entre as 11 e as 14 horas, além de diminuir o período de espera de 70 minutos para menos de 30 minutos de um hospital do

Tennessee/EUA com 556 leitos, através do aprimoramento do processo de trabalho e ações educativas. Um grupo multidisciplinar de profissionais identificou problemas, implementou e avaliou mudanças na administração de leitos e no fluxo de pacientes, o que incluiu a participação de todos os trabalhadores envolvidos, desde a entrada do paciente até a sua alta. Os trabalhadores foram conscientizados sobre a importância do seu trabalho, o trabalho em equipe e a comunicação efetiva entre departamentos e profissionais (Hospital Case Management, 2010).

- Análise histórica de dados de leitos hospitalares em emergência e admissão eletiva sugere que as demandas hospitalares de leitos devem ser antecipadas, em relação a leitos vazios, tempo de espera e admissão fora do horário usual, como por exemplo, durante a madrugada (Proudlove, Gordon, Boaden, 2003). Os pontos principais da administração de leitos foram sistematizados na Figura 2.

Figura 2 – Visão conceitual da jornada do paciente e a administração de leitos.

FONTE: Proudlove, Gordon, Boaden (2003).

- Outros fatores também são considerados importantes para identificar a demanda aleatória para admissão do paciente e leitos disponíveis para internação, como identificação da taxa de admissão e alta de emergências, aumento da taxa a longo prazo das internações de emergência, variação sazonal das internações, número de leitos temporariamente indisponíveis, desvio padrão da variação aleatória das admissões de emergência e variação por dia de semana na taxa de admissão de emergência (Bagust, Place, Posnett, 1999).
- Jones (2010) evidenciou a variação da admissão hospitalar durante o ano na Nova Zelândia (Figura 3).

Figura 3 – Número de leitos ocupados por mês e ano, Nova Zelândia, 2007/2008.

FONTE: Jones (2010).

- Singarelli et al. (2005) ressaltaram outro fator que influencia a redução do tempo médio de internação em hospital-dia: a qualificação dos profissionais, tanto administrativos, quanto assistenciais. As competências profissionais e administrativas são fundamentais para a administração e rotatividade de leitos, o que acarreta a necessidade de treinamentos e a importância do “fator humano” para a qualidade do atendimento (Singarelli et al., 2005).
- Os treinamentos de gestores de leitos são enfatizados por Proudlove, Boadenn, e Jorgensen (2007), objetivando o desenvolvimento de abordagens administrativas consistentes para melhorar a gestão hospitalar, ênfase na compreensão dos desafios e metas relevantes para a instituição, identificação das ferramentas disponíveis para a gestão, criação de rede de contatos para troca de experiências e debate sobre os principais indicadores de desempenho nacional e local. O maior tempo de funcionamento de serviços eletivos em cirurgia, endoscopia, angiografia e radiologia intervencionista (12 horas diárias, todos os dias) é sugerido por Scott (2010), o que acarreta mudanças significativas na cultura, premiações e

escalas dos profissionais, além dos mecanismos de financiamento do sistema.

- Há a necessidade de desenvolvimento de uma estrutura nacional para o gerenciamento de leitos, o que inclui não só o treinamento dos gestores, mas também a melhoria do sistema de trabalho em todos os níveis de atenção (Proudlove, Boadenn, Jorgensen, 2007).
- Outra estratégia operacional é o desenvolvimento de um programa de administração de leitos hospitalares com o objetivo de tornar mais eficiente o uso dos leitos, alocando recursos financeiros específicos e atenção especial nesta questão (Moskop et. al., 2009).
- Os hospitais comunitários são considerados uma forma efetiva de redução da utilização de leitos hospitalares. Há evidências que estes hospitais oferecem um atendimento acessível, diminuindo internações hospitalares principalmente em clínica médica e geriatria (Hine, 1996).
- Gibbs e colaboradores (2008) concluíram, com base em uma revisão da literatura, que a assistência domiciliar é uma forma apropriada de rotatividade de leitos hospitalares e de evitar a hospitalização. Outra revisão também enfatiza o suporte domiciliário para a redução da demanda hospitalar de agudos, considerando que 70% dos pacientes de leitos/dia de hospitais de agudos se beneficiariam com a proposta (Scott, 2010).
- Phillips e Smallwood (2010) salientaram, através da análise dos problemas de saúde que ocasionaram a admissão hospitalar, que 9,3% das admissões hospitalares australianas poderiam ser potencialmente evitadas, se a atenção não hospitalar fosse fornecida de forma adequada.
- A separação de leitos agudos e eletivos é indispensável para atender as necessidades futuras da população, implicando uma reforma do sistema de saúde para aumentar a produtividade e o acesso dos pacientes que realmente precisam de cuidados hospitalares agudos (Scott, 2010).

1.3.1.2 Panorama internacional:

Na União Europeia, de uma maneira geral, houve redução do número de leitos hospitalares nas últimas décadas do século XX, embora na maioria dos casos tenha havido redução de camas e não de hospitais, o que afinal, não gerou grande impacto

financeiro ou organizacional (McKee, Healy, 2002). O Gráfico 1 abaixo mostra o declínio do número de leitos em alguns países da OECD nesse período.

Gráfico 1: Evolução da quantidade de leitos por 1000 habitantes em alguns países da OECD, de 1960 a 2004.

Alguns países, no entanto, fecharam um número significativo de hospitais, como, por exemplo, o Reino Unido e a Irlanda, que nos anos 80 e começo da década de 90, fecharam um terço dos hospitais existentes. Na Bélgica, foi publicado um decreto em 1982, que determinou um teto para o número de leitos no país. A seguir, os leitos foram reclassificados como leitos de cuidados de enfermagem que passaram a receber menor aporte financeiro. Em 1989, outro decreto definiu que um “hospital” deveria ter no mínimo 150 leitos, o que levou ao fechamento de inúmeros estabelecimentos. A França criou 26 conselhos regionais buscando a redução de 24.000 leitos agudos, o que correspondia a 4,7% dos leitos existentes. De 1994 a 1998, foram fechados 17.000 leitos públicos e privados, mas nesse mesmo período foram criados 15 novos hospitais, sete unidades de hemodiálise, 20 centros para pessoas com Alzheimer e 60 novas unidades de câncer. Em alguns locais, dois hospitais antigos foram substituídos por apenas um novo hospital, muitas vezes em local diferente. Na Espanha alguns grandes hospitais muito antigos foram substituídos por novos serviços menores. Em outros locais, foram

feitas fusões ou criadas redes, com o objetivo de dar a cada estabelecimento uma função mais específica ou, senão, fechá-lo integral ou parcialmente. Na Austrália, em 1995, 32 hospitais públicos foram agrupados em sete redes, o que resultou no fechamento de nove hospitais.

Na Europa Oriental havia enormes estoques de leitos que acabaram sofrendo reduções não planejadas, que ocorreram em consequência a guerras ou crises econômicas.

Na Europa Ocidental a ideia de “redução” de leitos seria mais bem simbolizada pelo termo “reconfiguração” do sistema hospitalar e de saúde em geral. Em verdade, entre 1980 e 1998, as reduções de leitos agudos foram acompanhadas de aumento nas taxas de ocupação, diminuição das médias de permanência (média de 16,5 dias em 1970, 8,6 dias em 1996 e 7,2 em 2009) e organização de uma série de modalidades assistenciais alternativas ao modelo hospitalar tradicional. O número total de dias de internação se manteve relativamente estável nesse período, em média, na União Europeia. É importante lembrar que ao longo da primeira década do século XXI, houve aumento percentual do gasto per capita com saúde, sendo o crescimento médio dos países da OCDE de 4,8% (McKee, Healy, 2002; OECD, 2011).

Para um melhor entendimento do cenário internacional, optamos por descrever brevemente a organização do sistema de saúde e, em especial da atenção hospitalar, em alguns países:

Austrália (Healy, Sharman, Lokuge, 2006):

A Austrália tem uma população de 22.605.732 milhões de habitantes sobre um território de 7.741.220 km²⁵, 66% deles vivendo em cidades. Apresenta grande diversidade cultural, já que um quarto da população australiana vem de outros países. O país tem governo federativo e está dividido em seis Estados e dois Territórios, compostos por mais de 850 municípios.

O sistema de saúde é financiado principalmente pelo setor público, através de impostos e de uma arrecadação compulsória de pequena monta a título de seguro de

⁵ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

saúde, o *Medicare*, que oferece subsídio aos pacientes para consultar o médico de sua escolha, seja para tratamento ambulatorial ou hospitalar, além de medicamentos.

Por volta de 68% dos gastos em saúde são provenientes do setor público, sendo 46% do governo federal e 22% dos estados. Os 32% restantes vem de fontes privadas, sendo os gastos individuais realizados com medicamentos, tratamento odontológico, pagamento de diferença entre os valores cobertos pelo sistema e os cobrados pelos médicos e pagamento de outros profissionais de saúde, num montante de 20% do total mencionado. A prestação de serviços também se apoia nos setores público e privado.

A Austrália investe 9,7% de seu produto interno bruto em saúde, com um gasto per capita de US\$ 3.652, o que coloca o país ligeiramente acima da média da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico). O governo federal financia diretamente as despesas ambulatoriais e farmacêuticas e repassa aos Estados, através do *Australian Health Care Agreements* parte do dinheiro necessário para custear os hospitais públicos.

Os estados e territórios têm autonomia na administração do sistema de saúde, porém se submetem aos acordos intergovernamentais. O cuidado à saúde nos estados consome parte importante de seus orçamentos globais, a fim de executar, com apoio dos recursos repassados pelo governo federal, a administração e financiamento dos hospitais de cuidados agudos, hospitais psiquiátricos, cuidado odontológico, serviços de saúde da família e de promoção de saúde e reabilitação. Os municípios são responsáveis por alguns serviços ambientais e programas de saúde pública, mas não tem papel na atenção clínica propriamente dita. Através do setor privado é paga a maioria dos médicos, parte importante dos hospitais, hospitais dia e uma forte indústria de serviços diagnósticos, além de inúmeros seguros de saúde.

O federalismo faz com que as ofertas de serviços, bem como os orçamentos destinados à saúde sejam diferentes em cada estado, apesar da tendência a uma oferta mais homogênea, induzida pelo governo federal, basicamente motivado pela necessidade de controle de qualidade e pelo desejo de reduzir despesas.

Até meados do século 20, o cuidado à saúde era privado, de responsabilidade de cada indivíduo. Havia uma pequena estrutura não paga de prestação de serviços através de alguns hospitais públicos e filantrópicos. Após a segunda guerra mundial, o governo australiano deu continuidade ao significativo papel nas questões de saúde iniciadas já durante a guerra, nos moldes do *welfare state* que influenciou muitos países no período

pós-guerra. No período que se estendeu de 1941 a 1949 vários esforços para “colocar o cuidado à saúde sob responsabilidade do estado” foram realizados, mas encontraram fortes resistências nos fundos de saúde voluntários, nas forças políticas conservadoras e, especialmente nos médicos, que acabaram por impor dificuldades a tais mudanças por um longo período. Em 1946 houve uma reforma constitucional que permitiu ao governo federal subsidiar o cuidado à maternidade, a crianças em processo de doação, aos desempregados, cuidado odontológico, entre outras concessões no campo da seguridade. O governo federal introduziu, em 1950, subsídios à assistência farmacêutica através do *Pharmaceutical Benefits Act*, cuja legislação se mantém basicamente inalterada. Ainda em 1946 foi instituído o *Hospital Benefits Act*, através do qual o governo federal entrou em entendimentos com os estados para subsidiar as despesas dos hospitais públicos, a fim de reduzir as barreiras de acesso ao cuidado hospitalar.

O *National Health Act*, de 1953 consolidou os pilares mais importantes do sistema de saúde australiano no pós-guerra, que se mantêm vigentes até os dias atuais, apesar de ter sofrido inúmeras emendas:

- O plano de benefícios farmacêuticos;
- O plano de benefícios hospitalares;
- O plano de benefícios para os aposentados (1951);
- O plano de benefícios médicos, que subsidiou os custos dos seguros de saúde não lucrativos.

No período de governo de 1972-1975, após muita resistência e polêmica, foi finalmente criado o Seguro Nacional de Saúde, no qual 85% das despesas de saúde seriam subsidiadas pelo governo.

No período seguinte, de 1975-1983 foram dadas aos cidadãos as opções de escolherem o cuidado privado à saúde ou contribuir com 2,5% de seus salários para a utilização do sistema público.

No período de 1983-1996, foi reestabelecido o sistema universal, financiado por impostos e a arrecadação dos trabalhadores foi reduzida a 1,5% de seus salários.

Em 2004 foi criado o *Department of Human Services* que englobou seis agências que prestavam serviços de saúde.

Organização e características da oferta de serviços hospitalares:

O país possui 1.303 hospitais, dos quais 1.029 deles destinados ao tratamento de agudos, sendo público 70% do financiamento desses. A configuração do sistema

hospitalar mudou com o fechamento de muitos hospitais de pequeno porte, fusões de hospitais e o crescimento do número de hospitais dia e embora o número de leitos públicos tenha sido bastante reduzido, o número de leitos privados apresentou discreto aumento. O número total de leitos públicos caiu de 4,5 por 1.000 habitantes em 1995 para 4/1.000 em 2003 e o número de leitos agudos por 1.000 habitantes também caiu, indo de 3/1.000 em 1995 para 2,6/1.000 em 2003, colocando o país abaixo da média da União Europeia. Essa redução de leitos foi acompanhada por estadias mais curtas, mais de 50% dos procedimentos realizados em leitos-dia, crescimento das taxas de ocupação e mais preocupação com os cuidados à saúde prestados na comunidade.

O tempo médio de permanência diminuiu nos últimos 10 anos para 6,3 dias e as taxas de ocupação aumentaram. O tempo médio de espera para cirurgias eletivas, em 2002-2003, era de 28 dias, variando de 22 a 46 dias nos vários estados e territórios. O percentual de pacientes usando o setor privado aumentou desde 1990.

O percentual de gastos com a atenção hospitalar em relação aos gastos totais com saúde vem diminuindo nos últimos 30 anos, caindo de 51,2% em 1980 para 39,2% em 2002. Os hospitais públicos arcam com o cuidado de urgência e com os procedimentos de maior complexidade enquanto os privados realizam os procedimentos cirúrgicos menos complexos, embora nos últimos anos tenham incorporado modernas tecnologias que lhes permitiram ampliar a sua atuação, servindo, inclusive como alternativa para a realização de procedimentos nos quais são observados maior tempo de espera.

Canadá (Marchildon, 2005):

O Canadá é o segundo maior país em extensão territorial do planeta, com 9.984.670 km² e uma população de 34.349.561 habitantes⁶. Está dividido em 10 províncias e três territórios, sob governo parlamentar.

O sistema de saúde canadense, conhecido como *Medicare* tem financiamento predominantemente público, contribuindo com 70% do volume de gastos. Os outros 30% são originados de seguros privados (12%), despesas individuais (15%) e outras fontes (3%). O sistema público é responsável pela atenção hospitalar, cuidados de longa

⁶ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

duração, atenção domiciliar e outros serviços. A administração e prestação de serviços é altamente descentralizada, ficando sob responsabilidade dos governos das províncias.

Essa tendência teve início no final da década de 40, com a criação de um seguro público para a atenção hospitalar, que foi se instalando nas diferentes províncias ao longo dos anos seguintes, até década de 70. A cobertura também foi se ampliando e se estendeu para outras áreas assistenciais a partir da década de 60, com financiamento público-privado compartilhado. Essa forma de organização teve importante efeito indutor na organização de sistemas de atenção médica e hospitalar de um padrão minimamente homogêneo nas províncias e territórios que em 1972 já podia ser visualizado em todo o país.

Porém, em meados da década de 70 já pairavam sobre a proposta de compartilhamento de despesas uma série de insatisfações e, no final dessa década, foi estruturado o EPF – Financiamento de Programas Estabelecidos, no qual o montante financeiro da esfera federal era repassado sob a forma de transferência de fundos em bloco para as províncias, que ficavam encarregadas de administrar toda a assistência médica e hospitalar. Pouco tempo depois, já eram relatados abusos nas cobranças de pacientes por parte dos hospitais e dos médicos e, por essa razão, em 1984, foi aprovado e implantado pelo governo federal o *Canadian Health Act* – CHA, que determinou, entre outras questões, que os repasses financeiros fossem condicionados à organização da oferta de cuidados e a não cobrança de taxas extras, que se tornaram passíveis de punição.

O sistema de saúde canadense hoje se baseia em cinco princípios:

- Cobertura universal,
- Cobertura abrangente,
- Acessibilidade,
- Portabilidade da cobertura, e
- Administração pública dos planos de seguro.

O CHA permitiu a organização de um sistema de saúde que exhibe as mesmas características fundamentais nas 10 províncias e nos três territórios, embora não haja duas províncias com programas exatamente iguais.

Uma característica importante do sistema de saúde canadense é que ele é financiado com recursos públicos, mas é executado por serviços privados. As

responsabilidades são compartilhadas entre os vários níveis de governo, mas as províncias exercem papel majoritário, conforme determina a constituição canadense.

O governo federal, além do repasse que efetua às províncias, se encarrega das ações de saúde pública, regulação farmacêutica, cuidado das comunidades indígenas, dos ex-combatentes e da vigilância em saúde.

Em muitas províncias, serviços não cobertos pelo sistema de saúde nacional como cuidado odontológico e oftalmológico, são subsidiados pelo serviço social ou pagos pelos próprios usuários. O cuidado à saúde do trabalhador é, habitualmente, financiado pelos empregadores.

Em 2004, 43% dos gastos em saúde foram despendidos com atenção hospitalar e cuidados médicos; 23% com programas das províncias e cuidados prolongados à saúde, cuidado domiciliar, cuidados com a comunidade, saúde pública e medicamentos; 30% foram gastos com serviços de saúde privados, especialmente com cuidado odontológico e oftalmológico, como já mencionado acima e 4% foram gastos diretamente pelos serviços de nível federal relativos à saúde pública, regulação de medicamentos, pesquisa e benefícios para grupos especiais, incluindo-se aqui os indígenas.

Organização e características da oferta de serviços hospitalares:

No Canadá, todo o cuidado secundário, terciário, de emergência, cirurgias eletivas e cuidado ambulatorial especializado é prestado por hospitais.

Os gastos com a atenção hospitalar tiveram um declínio no país, indo de 45% em 1976 a 30% em 2002. O número de leitos hospitalares veio sofrendo redução paulatina ao longo dos anos, indo de 4,6 leitos por 1.000 habitantes em 1980 a 3,3 leitos por 1.000 habitantes em 2009, sendo quase 60% deles destinados ao tratamento de agudos, com taxas de ocupação de 96,3% (OECD, 2011).

Entre 1995 e 2001 houve um declínio nas internações de 12,9% no país, variando de 2,8% a 21,3% em diferentes províncias.

O declínio do número de leitos e de internações foi atribuído a inúmeros fatores como mudanças na prática clínica, crescimento do número de cirurgias ambulatoriais e em leitos-dia, possíveis com a incorporação de novas tecnologias. O tempo médio de permanência, porém, embora tenha declinado em algumas províncias, na média nacional apresentou um pequeno aumento.

Algumas províncias optaram por fazer parcerias público-privado para a construção de novos hospitais e utilizá-los mediante o pagamento de uma taxa de

aluguel, o que *a priori* pareceu ser uma boa opção para evitar gastos pesados por parte do governo. Outras experiências similares, porém, como no Reino Unido, mostraram que esse tipo de arranjo acabou custando mais caro com o passar de longos períodos de tempo.

Espanha (García-Armesto et al., 2010):

A Espanha tem uma população de 46.454.895 habitantes sobre um território de quase 505.370 mil km²⁷. O país está dividido em 17 regiões, 52 províncias e mais de 8.000 municípios e é governado por uma monarquia parlamentar desde 1978.

Desde o princípio do século 20 têm sido feitos movimentos no sentido de criar mecanismos de segurança social à população. A primeira tentativa de criar um seguro de saúde para trabalhadores com baixo ganho ocorreu na década de 30. Em 1936, o levante liderado pelo General Franco iniciou uma guerra civil que levou ao estabelecimento de um regime autoritário que durou até 1975.

A organização de um sistema de seguridade social aplicada também à saúde teve início em 1942 e se estendeu até 1977. Durante a década de 60 foi construída uma grande rede de serviços públicos de saúde. A população coberta por esse sistema foi crescendo paulatinamente, indo de 53,1% em 1966 para 81,7% em 1978.

Em 1977 foi criado o Ministério da Saúde e a constituição de 1978 tornou o sistema de saúde universal, reconhecendo o direito à melhoria de condição de saúde para toda a população, buscando equidade de acesso a serviços de saúde adequados e uma distribuição equilibrada nos recursos de saúde entre os vários territórios.

Em 1986 foi publicada a lei que criou o Sistema Nacional de Saúde – SNS espanhol com os seguintes princípios:

- Acesso universal e gratuito a todos os cidadãos;
- Financiamento público a partir da arrecadação de impostos;
- Integração das várias redes de serviços na estrutura do Sistema Nacional de Saúde;
- Devolução política da organização de serviços às regiões com a organização de regiões de saúde;

⁷ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

- Um novo modelo de atenção primária com ênfase na integração das ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Nos dias atuais o Sistema Nacional de Saúde espanhol oferece cobertura universal e é financiado por arrecadação de impostos e operado predominantemente por serviços públicos. A prestação de serviços é livre de cobrança extra aos pacientes, exceto pelas prescrições medicamentosas para pacientes menores de 65 anos. Nos últimos 25 anos, até 2002, o SNS passou por intenso processo de descentralização, sendo administrado regionalmente. O modelo mais comum é que haja duas organizações separadas, uma que cuida da atenção primária e outra que cuida dos serviços especializados (hospitais e ambulatórios), com uma tendência marcante a evoluir para estruturas únicas de comando com a integração desses dois grandes setores.

Em 2003 foi publicada uma lei que determinou novos limites de governabilidade e comando, prevendo para o Ministério da Saúde a função de vigilância do sistema, a fim de garantir direitos e compromissos nas 17 regiões, mas sem papel executivo sobre os sistemas regionais.

Também foi criado um Conselho Inter territorial do SNS, composto por representantes de cada região e do ministério, a quem coube o papel de maior autoridade no sistema nacional de saúde. Em 2006 esse Conselho construiu, aprovou e implantou uma cesta mínima de procedimentos a serem ofertados a todos os cidadãos espanhóis.

O gasto espanhol com saúde em 2007 atingiu US\$ 2.671 per capita e 8,5% do PIB, sendo 71% com o setor público, 5,5% com seguros privados, 22,5% em despesas privadas e 1% de outras fontes. Dos gastos públicos, 54% foram despendidos com o sistema hospitalar e especializado, 16% com a atenção primária, 19,8% em despesas com medicamentos e 1,4% em prevenção e saúde pública.

Organização e características da oferta de serviços hospitalares:

As menores células organizacionais do sistema são as Equipes de Saúde da Atenção Básica (cada uma atendendo a aproximadamente 3.500 pessoas), formadas por médicos de família, pediatras, enfermeiros e assistentes sociais, em torno das quais se organiza todo o sistema, configurando regiões de saúde de 200 a 250 mil habitantes. Aproximadamente 40% dos hospitais existentes são públicos e os 60% restantes são privados, embora muitos deles prestem serviços para o setor público. Pesquisas recentes

mostram que 71,2% dos hospitais privados dependem do financiamento do setor público. Os hospitais privados são, geralmente, menores que os públicos.

Existem 3,4 leitos agudos para cada 1.000 habitantes sendo 71% deles mantidos pelo setor público. Cerca de 40% desses leitos estão localizados em hospitais altamente especializados, com mais de 500 camas. Cada região de saúde tem pelo menos um desses hospitais. Os leitos psiquiátricos, de longa permanência e leitos dia não estão incluídos nesse total.

Nas últimas duas décadas houve um decréscimo marcante no número de leitos psiquiátricos, acompanhado de um discreto aumento do número de leitos para cuidados prolongados. O Sistema Nacional de Saúde administra 80% dos leitos agudos contra apenas 36% dos leitos psiquiátricos e 30% dos leitos para cuidados prolongados.

Conforme a tendência observada em outros países europeus, houve diminuição na oferta de leitos agudos, com introdução progressiva de leitos dia destinados a cirurgias, quimioterapia e hemodiálise, entre outros. Em 1997 a Espanha contava com 4.163 desses leitos e em 2007 o número se ampliou para 10.468 leitos dia.

França (Chevreul, 2010):

A França tem uma população de 63.125.894 habitantes vivendo sobre um território de 549.190 km²⁸. O país está dividido em 26 regiões, compostas por 100 departamentos, nos quais se encontram 36.679 municípios. O sistema de governo é a democracia parlamentar, sendo o país governado por um presidente, pela Assembleia Nacional e pelo Senado.

O sistema de seguridade social francês, incluindo o Seguro de Saúde Estatutário - SHI foi instituído em 1945, logo depois da segunda guerra mundial. Desde então, inúmeros movimentos de reforma vêm acontecendo em direção à universalização da cobertura, o que só se concretizou através da Lei de Cobertura de Saúde Universal, no ano 2000.

As reformas observadas no sistema de saúde francês na última década tiveram por objetivos principais conter as despesas do SHI, sem prejudicar o acesso da população aos serviços de saúde, promover equidade geográfica no acesso e fazer frente ao aumento da demanda por cuidados prolongados, além de uma marcada tendência na descentralização da gestão do sistema.

⁸ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

O sistema de saúde francês é universal e oferece cobertura a aproximadamente 75% de um pacote de procedimentos considerados básicos, sendo o restante dos procedimentos acessível para a população apenas mediante compra direta ou através de planos de saúde. A responsabilidade sobre o sistema de saúde é compartilhada pelo Estado (parlamento, governo e administração da saúde e assuntos sociais), pelo SHI e, em menor escala, pelos governos locais, sendo a descentralização para o nível regional de governo uma tendência marcante nos últimos 20 anos. Em 2009 foi publicada a “Lei de Hospitais, Pacientes, Saúde e Territórios” - HPHT, que unificou vários componentes regionais de gestão numa Agência Regional de Saúde, responsável por garantir que os serviços de saúde atendessem às necessidades dos cidadãos, integrando os serviços ambulatoriais e hospitalares, dentro dos limites traçados pela política nacional. As coberturas do SHI podem variar de 15%, no caso de medicamentos a 80% nas hospitalizações. Há, porém, algumas situações em que a cobertura é integral, como por exemplo, gravidez acima do 5º mês e doenças crônicas.

Os recursos do SHI são provenientes, em sua maior parte, da arrecadação de empregadores e trabalhadores. O restante dos recursos, por volta de 13%, vem da arrecadação de impostos. Os seguros de saúde voluntários são utilizados para reembolsos, pagamento compartilhado e melhor acesso a alguns procedimentos que têm cobertura pública muito pequena. Os valores gastos através desses seguros vêm crescendo na última década e correspondem a 13,4% dos gastos com saúde.

Em 2007, a França investiu 11% do PIB na atenção à saúde, sendo que desse volume, 79% foram aplicados no sistema público, com um gasto per capita de EU\$ 3.000. Do total de despesas com saúde, 42,5% dizem respeito à atenção hospitalar, 29,7% a atenção ambulatorial, 16,3% a medicamentos e 2,7% a cuidados domiciliares.

O cuidado hospitalar é realizado por profissionais liberais, através de uma tabela de serviços cujos valores são estabelecidos em acordos plurianuais entre o SHI e os trabalhadores de saúde. Os hospitais se submetem a processos de certificação a cada quatro anos e os médicos, dentistas, farmacêuticos e parteiras são solicitados a cumprirem programas continuados de capacitação ao longo de suas carreiras.

O cuidado de longa permanência, aos idosos e pessoas com incapacidade é financiado em parte pelo SHI e em parte pela sociedade francesa, através das economias feitas com o trabalho voluntário que conta com importante adesão de amplos setores da sociedade.

Os pacientes podem pagar diretamente por seu atendimento e depois serem reembolsados pelos valores tabelados pelo sistema, ou ainda, há uma parcela de médicos que recebem diretamente do SHI, também pelos valores pré-fixados.

Organização e características da oferta de serviços hospitalares:

Em 2006 existiam 2.840 hospitais na França, sendo por volta de um terço deles públicos (1.000). Destes, 31 eram hospitais regionais, os mais especializados do sistema, em sua maioria ligados a universidades ou caracterizados como hospitais de ensino, 618 hospitais gerais (89 deles psiquiátricos e os outros 529 prestavam atendimento agudo em clínica médica, cirurgia, pediatria e obstetrícia, além de reabilitação e cuidados prolongados) e 343 pequenos hospitais locais, com uma média de 160 leitos, com uma função social e de saúde e realizando cuidados agudos, reabilitação e cuidados prolongados, mas não estruturados para a realização de procedimentos cirúrgicos ou partos. Os hospitais não lucrativos compõem 30% do total de hospitais (780) e são responsáveis por 15% dos leitos disponíveis, sendo 10% do total de leitos agudos e um terço dos leitos de reabilitação.

Os hospitais privados desempenham um papel importante na França, correspondendo a 35% dos hospitais (1.050), com 20% dos leitos existentes, com tendência a aumentar sua participação no sistema de saúde, inclusive público, após a lei HPHT de 2009, que determinou que os hospitais privados lucrativos pudessem prestar serviços para o setor público mediante contrato e pagamento por prestação de serviços. Criou ainda um novo tipo de contrato através dos *grupos de cooperação sanitária* para permitir a cooperação entre hospitais públicos e privados.

Os hospitais públicos arcam com um terço dos procedimentos cirúrgicos, especialmente os mais complexos. Outros 50% dos procedimentos cirúrgicos são realizados pelo setor privado lucrativo, entre eles 75% das cirurgias realizadas em leito-dia. Esses hospitais tendem a se especializar em procedimentos rotineiros, com internações de curta permanência, como cataratas, varizes, cirurgias de túnel do carpo, entre outras. O setor privado não lucrativo realiza a maior parte dos tratamentos de câncer.

Como nos outros países europeus, o número de leitos hospitalares vem caindo nos últimos 20 anos. Em 2008 havia 6,9 leitos para cada 1.000 habitantes, mais 0,9 leitos dia para cada 1.000 habitantes, sendo metade dos leitos e dois quintos dos leitos-dia exclusivos para o tratamento de agudos. Além desses, mais 0,2 leitos domiciliares

por 1.000 habitantes, 90% deles utilizados para internações de agudos. O número de leitos agudos caiu de 6 por 1.000 habitantes em 1990 para 3,4 em 2006. A redução de leitos foi acompanhada pela transformação de leitos agudos em leitos para reabilitação, cuidados prolongados e leitos dia.

O número de cirurgias ambulatoriais ou em leito-dia vem aumentando nos últimos anos, de 48% em 2001 para 53,4% em 2006, bem como o setor de reabilitação, de 30,9% para 39,2% no mesmo período. A média de permanência apresentou tendência à diminuição, indo de 5,7 dias em 2001 para 5,4 em 2006, no entanto, a taxa de ocupação dos leitos agudos ainda continuou baixa em relação ao observado em países vizinhos (73,4%) como o Reino Unido, Itália, Espanha e Alemanha.

Os serviços de saúde sofreram com a falta de investimento entre 1983 e 2003, mas em 2003 foi elaborado o “Plano Hospitalar 2007”, que previu o investimento de 6 bilhões de euros na atenção hospitalar, um quarto com recursos do SHI e três quartos com empréstimos realizados pelos próprios hospitais, para pagamento em 20 anos. Nesse período, o governo realizou arrendamento de hospitais próprios ou mesmo de terra para construção de hospitais privados, com períodos contratuais que variavam de 18 a 99 anos. O plano inicial foi cumprido, mas o investimento total no período acabou sendo da ordem de 16 bilhões de euros.

O segundo plano, o “Plano Hospitalar 2012” teve início em 2007 e foi introduzido para dar continuidade ao ciclo de investimentos anterior. Desta vez o investimento previsto foi de 7 bilhões de euros, sendo 5 do SHI e outros 2 do setor privado, financiados a juros especiais. Esse plano tinha três prioridades: aporte de tecnologia de sistemas de informações, reestruturação de hospitais a nível local e melhoria nos padrões de qualidade.

Reino Unido da Grã-Bretanha – Inglaterra (Seán, 2011):

O Reino Unido tem uma população de 62.417.431 habitantes, distribuídos sobre um território de 243.610 km² de extensão⁹.

A Inglaterra é um dos quatro países que, junto com a Irlanda do Norte, Escócia e o País de Gales compõem o Reino Unido da Grã-Bretanha. A população inglesa, em 2009, foi estimada em 51,8 milhões de habitantes (83,8% da população do Reino

⁹ Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>

Unido), sobre um território de 130.439 km², divididos em 354 pequenos territórios. O Reino Unido é uma monarquia constitucional, governada pelo parlamento, cujos membros são eleitos democraticamente, a cada cinco anos.

O Sistema Nacional de Saúde – NHS inglês oferece atenção primária à saúde, serviços hospitalares e medicina preventiva, com ampla liberdade de escolha pelos usuários. Cerca de 13% da população possui seguro médico privado, que é utilizado, majoritariamente para cirurgias eletivas. O órgão responsável pela saúde a nível central, subordinado ao parlamento, é o Departamento de Saúde, que conta com 10 grupos regionais (PCOs) responsáveis pelo acompanhamento dos sistemas locais de saúde em suas respectivas áreas de cobertura. A essas organizações regionais estão ligados 151 territórios organizados de atenção primária, cada um deles com cobertura a aproximadamente 340 mil pessoas.

O financiamento do NHS é feito a partir de impostos e de um seguro de saúde nacional. A despesa em saúde, em relação ao PIB cresceu muito nos últimos anos, indo de 5,6% em 1980 a 8,7% em 2008. O gasto per capita também vem crescendo e, em 2008, atingiu US\$ 3.129.

O gasto público em saúde caiu de 89,4% do total em 1980, para 79,3% em 2000, voltando a subir desde então, atingindo 82,6% em 2008. O gasto privado cresceu de 10,6% em 1980 para 20,7% em 2000 e a partir de então vem mostrando tendência ao declínio, atingindo 17,4% em 2008.

O Departamento de Saúde destina 80% de seu orçamento aos territórios de atenção primária e, desde 1999, houve mudanças significativas na forma de pagamento de serviços, especialmente ao setor hospitalar, com a introdução em 2003-2004 do pagamento por metas. Os médicos também passaram a ter sua remuneração ponderada pelo alcance de objetivos previamente determinados e pactuados, tanto na atenção primária como na especializada. Alguns serviços não são cobertos pelo NHS e são adquiridos diretamente pelos pacientes, configurando gastos privados individuais no sistema. O gasto privado anual per capita com saúde cresceu de 62 libras em 1990 para 230 libras em 2008, com estimativas de que a maior parte (200 libras) tenha sido gasta com medicamentos.

No início do século XX houve iniciativas governamentais no sentido de garantir assistência à saúde da população, mas apenas em 1948 foi criado o Sistema Nacional de Saúde Britânico (NHS). Desde sua criação, o NHS vem passando por

inúmeras reformas ao longo dos anos e sob diferentes governos. Em 1962 foi elaborado um plano de construção de novos hospitais distritais, para cobertura de populações acima de 150 mil habitantes que, por conta da crise econômica mundial foi apenas parcialmente levado a cabo.

Um grande processo de mudança teve origem em 1974 com a Lei de Reorganização do Serviço Nacional de Saúde e esse período foi marcado por iniciativas de uma melhor repartição dos recursos federais, levando em conta as diferentes características e necessidades regionais.

Os anos 1980 e 1990 foram marcados pela busca de maior eficiência no sistema, como melhoria no custo de alguns programas, uso de indicadores de desempenho, melhoria nos serviços de suporte hospitalares como lavanderia e limpeza e outras.

A despeito de todas essas medidas, a pressão financeira sobre o NHS continuou e em 1990 foi publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde e Cuidado Comunitário, que deu início a um período que se estendeu até 1997, durante o qual se desenvolveu uma lógica de mercado no NHS, com o objetivo de “aumentar sua eficiência”, transformando os distritos de saúde em compradores e os hospitais em prestadores de serviços, dentro de um grupo limitado de procedimentos, com um orçamento previamente definido, a despeito de quais fossem as reais necessidades da população.

Em 1997, o partido trabalhista foi eleito e anunciou que faria mudanças radicais no NHS. O novo governo rejeitou, em particular, a noção de mercado no cuidado à saúde que havia sido cultivada no período anterior, afirmando que ela gerava gastos desnecessários na administração do sistema e distanciava o NHS de seu foco nas necessidades dos pacientes.

Reconhecendo que havia longas filas de espera, que a qualidade dos serviços prestados era por vezes muito baixa e que o sistema, apesar de ser nacional comportava diferenças muito grandes entre as várias regiões, o governo propôs ações baseadas em seis eixos principais:

- Renovar o NHS como um genuíno serviço nacional, que garantisse aos pacientes acesso a serviços de alta qualidade, prontamente, em todo o território;
- Transformar a prestação de serviços nos moldes acima mencionados numa responsabilidade local;

- Fazer com que o Sistema Nacional de Saúde trabalhasse em estreita parceria com os governos locais, quebrando as barreiras organizacionais existentes;
- Buscar eficiência através de uma aproximação mais rigorosa ao bom desempenho e evitando a burocracia;
- Deslocar o foco para a qualidade do cuidado como única possibilidade de garantir excelência em todos os níveis de serviços prestados a todos os pacientes;
- Reconstruir a confiança da população no Sistema Nacional de Saúde como um serviço público.

As mudanças propostas pelo governo no período de 1997 a 2000 mostravam claramente a intenção de aprimorar o NHS, especialmente no que dizia respeito à qualidade.

A partir do ano 2000, o governo anunciou que faria aumentos substanciais no orçamento da saúde, com o objetivo de torná-lo equivalente ao investimento médio da União Europeia naquele período. Isso exigiria um aumento de 2% no que era investido, em relação ao PIB. Tais recursos foram destinados a:

- Implantar 7.000 novos leitos para cuidados intermediários;
- Abrir 100 novos hospitais até 2010;
- Criar 500 novos serviços de urgência;
- Investir em Tecnologia de Informação;
- Contratar 7.500 especialistas, 2.000 generalistas, 20.000 enfermeiras, 6.500 terapeutas;
- Criar 1.000 novas escolas;
- Reduzir o tempo de espera ambulatorial para o máximo de três meses e o tempo de espera para cirurgias para o máximo de seis meses até 2005;
- Garantir acesso a um profissional da atenção primária em até 24 horas e a um médico generalista em até 48 horas;
- Reduzir a taxa de mortalidade por doenças cardíacas em pessoas com menos de 75 anos em 40% e por câncer em 20%, além das causas externas e violências em 20%;

- Diminuir as diferenças na condição de saúde entre pessoas de diferentes classes sociais, bem como daquelas que viviam em locais mais distantes e menos populosos.

Muitas outras metas foram estabelecidas naquele momento e nos anos que se seguiram até 2010. A partir de 2007 o Departamento de Saúde focalizou a necessidade de ações de promoção de qualidade de vida e saúde, bem como de busca e preservação do máximo de autonomia para cada cidadão.

Apesar de o governo nacional ter trabalhado fortemente e com bastante rigor no que diz respeito aos padrões de qualidade e objetivos, esse período foi também de grande descentralização, dando aos gestores locais ampla liberdade de planejar e executarem as ações mais indicadas, de acordo com as necessidades de suas comunidades.

O sistema de saúde inglês se organiza genericamente em três níveis de atenção:

- A atenção primária é responsável pelas ações de saúde pública, pela assistência médica, odontológica e farmacêutica, além de exercer papel regulador do acesso a serviços de saúde mais especializados, nos quais é exigido o encaminhamento do médico generalista. Esses serviços estão geralmente localizados em hospitais. O médico generalista é, normalmente, um profissional liberal ou pode estar ligado a empresas ou cooperativas;
- A atenção secundária, especializada, na qual os profissionais geralmente são assalariados, trabalhando nos hospitais públicos e;
- A atenção terciária, que contempla procedimentos de alta complexidade e é desempenhada, majoritariamente por Hospitais de Ensino.

Os cuidados prolongados estão sob responsabilidade do serviço social, podendo ser prestados em instituições ou na comunidade e contam com financiamento público e privado.

1.3.1.3 Organização e características da oferta de serviços hospitalares:

Ao ser criado, o NHS nacionalizou a heterogênea rede de hospitais já existente e propôs uma reformulação de sua função e distribuição com o Plano Hospitalar, em 1962, de acordo com o qual cada distrito com população entre 100 e 150 mil habitantes deveria ter um hospital geral no qual algumas especialidades estariam presentes. Os hospitais teriam três portes, sendo a maioria deles de porte médio. Hospitais pequenos deveriam ser mantidos somente nas regiões menos povoadas do país. Por questões

financeiras, o plano não chegou a ser implementado por completo, porém, em 1949 existiam 2.138 hospitais e em 1989-90 esse número se reduziu para 1.185. A maior parte deles eram pequenos hospitais com menos de 250 leitos, embora 10% deles tivessem acima de 500 leitos. Entre 1990 e 1994, mais 245 hospitais foram fechados, sendo 60 deles hospitais de agudos e 14 maternidades.

Em 1950 havia 271 mil leitos agudos nos hospitais do NHS na Inglaterra (6,6 leitos por 1.000 habitantes). Em 1971, havia 149 mil (3,2 leitos por 1.000 habitantes). Nos 20 anos seguintes houve uma redução no ritmo de diminuição de leitos e em 1990 havia 121 mil leitos (2,5 leitos por mil habitantes). Desde então, foi havendo um declínio constante no número de leitos e em 2009-10, havia 100 mil leitos (1,9 leitos por mil habitantes). Se considerarmos os leitos para pacientes idosos, teremos 2,3 leitos por 1.000 habitantes, o que ainda representa uma queda significativa no total de leitos nas duas últimas décadas.

Ao analisarmos o número total de leitos, verificamos que houve uma queda de 270 para 158 mil entre 1989-90 e 2009-10. A maior parte desses 112 mil leitos era composta por leitos psiquiátricos (33.700), para pessoas com dificuldades de aprendizagem (23.600) e leitos em alas geriátricas (27.800). Como já foi descrito acima, houve também uma diminuição de 20.550 leitos agudos, o que foi parcialmente compensado com um aumento de 8.300 leitos dia. Paradoxalmente, a desativação de tantos leitos para saúde mental e dificuldades de aprendizagem elevou a proporção de leitos agudos do sistema de 45 para 64% do total nesse período. O número de leitos privados no Reino Unido, embora tenha apresentado aumento nos últimos anos, ainda é bastante baixo em comparação com outros países europeus, atingindo 6,5% do total de leitos existentes.

Em 1998, porém, a falta de leitos e as grandes listas de espera fizeram com que políticos e gestores de saúde acreditassem que o movimento de diminuição do número de hospitais e leitos tinha ido longe demais. Foi cogitada a possibilidade de construção de novos hospitais, mas afinal, o que foi proposto pelo *NHS Plan*, no ano 2000, foi a reposição ou melhoria de 100 hospitais até 2010. De fato, em 2008-09 o plano já estava concluído e foram repostos ou melhorados 104 hospitais, que disponibilizaram 7.000 leitos de complexidade intermediária para o sistema.

Os hospitais gerais geralmente trabalham com o atendimento de casos agudos e eletivos. A partir de 2002, começou a haver uma separação entre o cuidado a agudos e

eletivos, através da criação de “centros de tratamento” nos quais eram realizadas cirurgias eletivas, especialmente em leitos dia, e exames diagnósticos, tendo sido os mesmos protegidos da demanda de casos agudos. Em 2003, o governo anunciou um programa destinado à ampliação dessa modalidade de serviços. Em dezembro de 2009, havia 35 novos “centros de tratamento” em funcionamento.

Ressaltamos que em 2009-10, 73% dos procedimentos cirúrgicos eletivos foram realizados em leitos dia. Observou-se ainda que, apesar da diminuição do número de leitos, entre 1998-99 e 2008-09 o número de internações por mil habitantes cresceu de 175 para 225, demonstrando a melhoria na organização do sistema.

O fechamento de hospitais e a redução do número de leitos foram compensados pelo aumento das taxas de ocupação dos leitos existentes, pela diminuição do tempo de permanência nesses leitos e, como já foi mencionado acima, pelo aumento do número de leitos dia.

Quanto ao cuidado terciário e especializado a condições muito específicas e graves, é prestado por hospitais maiores, geralmente também com função de ensino, distribuídos ao longo das grandes cidades, num total de cerca de 50 no país.

Finalmente, um dos grandes desafios do sistema, que se tornou também um dos grandes indicadores de seu avanço, foi o tempo de espera por procedimentos. Em 1998, havia 1.300.000 pessoas esperando por procedimentos, com um tempo médio de espera de até dois anos. Em 2004, um tempo máximo de 18 semanas foi alcançado e em dezembro de 2009, o tempo médio para procedimentos ambulatoriais era de 4,2 semanas e para internações de 7,7 semanas.

1.3.1.4 Nota sobre tipologia de leitos.

Muitos hospitais de agudos vêm abrigando importante número de leitos de cuidados prolongados e cuidados paliativos, além de se ocuparem de uma variada gama de necessidades sociais não contempladas pelos setores responsáveis pela assistência social (McKee, Healy, 2002).

Nos países que contam com maior investimento e organização da atenção social e de saúde, os pacientes com necessidade de cuidados prolongados são abrigados em equipamentos alternativos especialmente dedicados a esse tipo de trabalho como hospitais de longa permanência ou instituições não hospitalares, sob responsabilidade da área da saúde, da assistência social ou compartilhada entre elas (McKee, Healy, 2002).

Os países estudados nessa pesquisa vêm realizando reconfigurações em seu sistema hospitalar e de saúde, de forma a qualificar o cuidado, aumentando a eficiência e a eficácia do setor hospitalar. Essas transformações incluem a redução de leitos para tratamento de agudos e o aumento da oferta de leitos chamados subagudos, que incluem o cuidado paliativo, a reabilitação e cuidados em geriatria. Tais leitos exigem uma carga maior de cuidados multidisciplinares, especialmente de enfermagem, com menor demanda de cuidados médicos especializados.

Experiência australiana concluiu que centros de atendimento de curtas internações para cirurgia ou procedimentos médicos, eletivos ou de emergência, através de um cuidado com qualidade, promovem o uso eficiente de leitos hospitalares sem comprometer o prognóstico do paciente (Ryan, 2005).

A organização da oferta de leitos para cuidado de pacientes com quadros agudos e leitos para cuidados eletivos em estabelecimentos hospitalares separados e a transferência de um número maior de pacientes para leitos dia, com financiamento e equipe específicos pode ter alto potencial de organização em instituições com volume significativo de atendimentos (Scott, 2009).

Pequenos hospitais locais com menos de 50 leitos podem ajudar na realização de diagnóstico básico, cirurgias menores e cuidado a pacientes que necessitam apoio de enfermagem. Parece haver uma tendência ao fechamento desses hospitais ao longo dos anos. O Canadá e a Austrália que têm grandes territórios optaram pelo socorro aéreo em substituição a esses estabelecimentos (McKee, Healy, 2002).

Hospitais distritais ou regionais devem dar cobertura assistencial nas clínicas básicas – clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, além de exames de imagem e patologia clínica a populações entre 150 mil a 1 milhão de habitantes, com 200 a 600 leitos. Os cirurgiões defendem os grandes hospitais, com mais de 500 leitos, já os clínicos preferem hospitais menores, com 150 a 300 leitos (McKee, Healy, 2002).

Quanto à escala ideal, a literatura é controversa. Parece haver consenso de que estabelecimentos com 200 leitos conseguem combinar menor custo com maior qualidade (McKee, Healy, 2002).

Novas correntes defendem a projeção de necessidades não mais através do número de leitos, mas sim da organização de unidades de produção hospitalar ligadas que possibilitem o bom desenvolvimento de linhas de cuidado por tipo de patologia, que envolvem a previsão não apenas de leitos, mas também a toda a carga tecnológica e de

recursos humanos necessários à prestação do cuidado em tempo oportuno e devidamente qualificado. Já existem trabalhos traçando linhas de cuidados para várias situações clínicas, mas considera-se que eles sejam ainda incipientes, pois teriam que ser desenvolvidos ainda para muitos tipos de patologias (Rechel, 2010).

Dados gerais de comparação Brasil e OCDE:

Gráfico 2 – Leitos hospitalares por 1.000 habitantes, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)

FONTE: OECD, 2015, p.105.

O dado do Brasil esconde o fato de serem leitos do estoque geral, sem considerar que apenas 1,56 em 2014 eram de acesso universal. (CNES, 2014)

Gráfico 3 – Leitos hospitalares por tipologias, 2013 (ou ano mais próximo)

FONTE: OECD, 2015, p.105.

Observem que Japão e Coréia incluem leitos de longa permanência como hospitalares, coisa que os países europeus e Austrália não o fazem.

Gráfico 4 – Taxa de ocupação de leitos de agudos, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)

FONTE: OECD, 2015, p.105.

Gráfico 5 – Tempo médio de permanência hospitalar, 2000 e 2013 (ou ano mais próximo)

FONTE: OECD, 2015, p.109.

Gráfico 6 – Altas hospitalares, 2013 (ou ano mais próximo)

1. Excludes discharges of healthy babies born in hospital (between 3-10% of all discharges).
2. Includes same-day discharges.

FONTE: OECD, 2015, p.107.

O número de altas revela desproporção entre necessidades comparadas entre Brasil e demais países da OCDE, aproximando-nos dos países com maior crise de acesso. Segundo dados da ANS 2016, as altas hospitalares na Saúde Suplementar

brasileira estaria em 166 por 1000 habitantes, demonstrando uma clara condição de privilégio da população assegurada em relação à população usuária do SUS em geral com 56/1000. (ANS, 2016).

Quadro 2 - Comparativo do número de leitos e sua distribuição percentual entre as diferentes tipologias de cuidado, nos países descritos, média da OCDE e o Brasil, 2009 (ou informação mais próxima disponível)

	Nº de leitos por 1.000 hab.	% de leitos agudos	% de leitos psiquiátricos	% de leitos de longa permanência	% outros tipos de leito
Austrália	3,8	90	10	Área Social	-
Canadá	3,3	58	12	16	14
Espanha	3,2	78	12	10	-
França	6,6	58	12	8	22
Grã-Bretanha	3,3	82	18	12	10
Média OCDE	4,9	66	14	12	8
Brasil	1,8	86	10	2	2

FONTE: OCDE, 2011

O Quadro 3 abaixo sintetiza como se comporta o investimento em saúde nos países que descrevemos, demonstra os valores médios da OCDE e também do Brasil.

Quadro 3 - Valores anuais - PIB per capita, percentual do PIB gasto em saúde, percentual do PIB gasto com o setor público, gasto per capita com saúde e gasto público per capita com saúde nos países descritos e no Brasil em 2009 (ou informação mais próxima disponível)

	PIB per capita US\$	% PIB gasto total com saúde	% PIB gasto com saúde: setor público	Gasto anual per capita com saúde: US\$	Gasto público anual per capita com saúde US\$
Austrália	57.119	8,7	5,8	3.445	2.200
Canadá	46.361	11,4	8,0	4.363	3.000
Espanha	30.543	9,5	6,5	3.067	2.100
França	39.546	11,8	9,0	3.978	2.600
Grã-Bretanha	36.327	9,8	8,0	3.487	3.000
Média OCDE		9,6	6,5	3.233	2.300
Brasil	10.716	9,0	4,0	943	380

FONTE: OCDE, 2011

No quadro 4, está sintetizado o panorama de achados da revisão integrativa sobre as formas de dimensionamento e planejamento da oferta de leitos e hospitais. O objetivo de tal revisão foi compor um panorama atualizado desta área do conhecimento e disponibilizar uma caixa de ferramentas que possa apoiar as análises das necessidades e ofertas hospitalares e de leitos a serem discutidas nos processo de regionalização e reforma hospitalar do SUS.

Quadro 4 – Descrição dos artigos científicos sobre planejamento da atenção hospitalar e necessidade de leitos hospitalares.

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Models for forecasting hospital bed requirements in the acute sector	Farmer 1990 Inglaterra	Avaliar uma abordagem de previsão de necessidades de leitos agudos hospitalares	Uma série temporal e análise de regressão, por meio de modelo estatístico, modelo estrutural, modelo Box-Jenkins, foram utilizadas na avaliação de diferentes métodos de previsão de necessidades de leitos agudos hospitalares	- Média de tempo de internação; - Taxas de admissão;	- Cirurgia geral	- Abordagem de séries temporais (método de Box-Jenkins) é a forma mais adequada de previsão de leitos; - Dados sobre padrões históricos de utilização de leitos hospitalares não são descritos com precisão; - Projeções que utilizam estes padrões são instáveis;
Estimating emergency service treatment bed needs	Zilm 2004 EUA	Descrever necessidade futura de leitos hospitalares em serviços de emergências	Descrição do Modelo de simulação e Modelo preditivo com análise de regressão;	- Estimativa do tempo de espera para tratamento, tempo entre admissão de pacientes e determinação de nível de proteção desejado para a população (por exemplo, 99% de proteção para trauma, ou seja, 1% de chance de não tratamento);	- Serviços de emergências	- Variação da necessidade de leito por estação do ano, dia da semana e hora do dia; - Consideração de eventos catastróficos como epidemias, desastres naturais e terrorismo;

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Modelling Variability in Hospital Bed Occupancy	Harrison 2005 Austrália	Desenvolver uma versão estocástica do modelo Harrison—Millard de múltiplos estágios para modelar a média e as variações na ocupação de leito hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo estatístico - Matlab - Modelo de Poisson 	<ul style="list-style-type: none"> - Internação diária por dia de semana; - Taxa de ocupação por mês; 	- Clínica médica	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão não somente da média de ocupação de leitos, mas também das variações; - Variações sazonais são mais significantes que as variações por dia da semana; - Variável alta é mais significativa que a variável internação; - Modelo pode ser utilizado em todo hospital;
Anticipating Change: How Many Acute Care Hospital Beds Will Manitoba Regions Need in 2020?	Finlayson 2005 Canadá	Estimar a demanda por leitos agudos hospitalares em 2020 através de dois modelos	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiro: através da média de utilização de leitos por um período de três anos (assume que a demanda em 2020 será a mesma do período de 1996 a 1998) - Segundo: análise de tendência por período de 10 anos através da regressão de Poisson (considera as tendências do período de 1989 a 1998 e mudanças populacionais) 	<ul style="list-style-type: none"> - População estimada por sexo e idade, considerando migração internacional, intraprovincial e interprovincial, taxa de crescimento populacional por idade e sexo; - Dados sobre utilização de leitos hospitalares; - Projeções por diferentes áreas demográficas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirúrgico - Não cirúrgico (clínica médica, obstetrícia e psiquiatria) 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiro modelo projeta um aumento da demanda de leitos, ao contrário do segundo modelo que projeta um declínio; - Dificuldade em projetar necessidade futura de leitos hospitalares; - Revisão com frequência das mudanças dos padrões do uso hospitalar, projeções da população e dos modelos de projeção; - Não há necessidade dramática de aumento de leitos de agudos;

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand	Wild 2005 Austria	Analisar abordagens convencionais e inovadoras para planejar e avaliar serviços de cuidados intensivos	- Fórmula Hill–Burton - Análise de dados	- Admissão anual, tempo de internação; - Cálculo de dias esperados para cuidados intensivos; - Análise detalhada da utilização de leitos; - Adequação clínica;	- Serviços de cuidados intensivos	- Considerar contexto nacional de oferta de serviços hospitalares de agudos; - Considerar para uso adequado de leitos grupos diagnósticos, picos de atendimento, gravidade e carga de trabalho; - Planejamento coordenado para cirurgia eletiva com necessidade de cuidados intensivos;
An Objective Method for Bed Capacity Planning in a Hospital Department A Comparison with Target Ratio Methods	Nguyen 2007 França	Propor um método para estimar o número de leitos necessários para um departamento hospitalar	- Modelo estatístico; - Desenvolvimento de um software “Beds Simulator 2.0”	- Taxa de ocupação hospitalar, acessibilidade (medida através da taxa de transferência de pacientes devido à falta de leitos disponíveis) e Proxy de efetividade clínica (pela proporção de dias durante os quais há possibilidade de admissão não programada); - Dados simulados;	- Método aplicado à UTI, departamentos médico e cirúrgico em hospitais universitários e não universitários;	- Esta abordagem pode ser considerada como o primeiro passo relativo aos métodos para o planejamento quantitativo em saúde;

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Estimating and projecting subacute care demand: findings from a review of international methods	Gibbs 2008 Austrália Nova Zelândia	Revisar as abordagens para cuidado subagudo na área da saúde	- Modelos simplistas que consideram a análise de internações que necessitam de cuidados subagudos (geriatria)	- Dados da internação hospitalar; - Dados da internação hospitalar por sexo, faixa etária, área metropolitana, acesso a hospitais privados; - Dados de mortalidade;	- Geriatria - Cuidado paliativo	- As estimativas de leitos subagudos não devem estar baseadas em taxas de utilização históricas; - Sugere diminuição dos anos da faixa etária dos mais idosos para identificar necessidades deste subgrupo; - Uso potencial de intervalos de confiança nas projeções; - Pressupostos para evitar a hospitalização e assistência pós alta (assistência na comunidade e em domicílio); - Foco principal é a necessidade do paciente;
A methodology for projecting hospital bed need: a Michigan case study	Langley 2010 EUA	Descrever metodologia para projeção de necessidade de leito no estado de Michigan, por subáreas;	- Modelo estatístico com 13 etapas metodológicas	- Base de dados sobre pacientes internados de 2006; - Áreas de endereçamento postal (área limite de acesso) de 2008; - Projeção da população para 2011 por área censitária e grupo etário;	- Adulto (cirurgia/médica) - Pediatria - Obstetrícia	- Das 63 subáreas, a necessidade de leitos aumentou em 52 (82,5%) e diminuiu em 11 (17,5%);
Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows	Rechel 2010 Holanda Inglaterra	Analisar o planejamento da capacidade hospitalar	- Não descreve modelos	- Necessidade de inovação - Formas de cuidado - Melhorar o fluxo de paciente	- Serviços de cuidados intensivos	- Planejamento da capacidade deve se basear na oferta, fluxo de pacientes e trabalho, pontos de estrangulamento do sistema e não somente na perspectiva quantitativa de leitos;

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Models for Bed Occupancy Management of a Hospital in Singapore	Kumar Cingapura 2010	Descrever três modelos de previsão de necessidade de leitos hospitalares	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de regressão (MR); - Modelo de Poisson (MP); - Modelo de simulação (MS) com a utilização do Arena 10.0; 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de internação; - Dados de admissão; - Características do paciente (sexo, enfermagem, disciplina médica envolvida); - Número de leitos ocupados; 	Serviço de emergência e ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> - Três modelos são ferramentas úteis para o planejamento de leitos; - Previsão do nível de ocupação de leito na semana seguinte, a partir dos dados da mesma semana do ano anterior (MR e MS); - Estimativa de ocupação de leitos e alocação de número ideal de leitos com base no tempo de internação e dados de admissão;
Myths of ideal hospital size	Jones 2010 Reino Unido	Compreender as verdadeiras questões por trás do tamanho do hospital condizentes ao cuidado eficiente da saúde.	Discussão sobre os métodos de prever o número ideal de leitos com base em dados demografia, taxa de ocupação e tempo de permanência, versus método de tendência de base de dados.	<ul style="list-style-type: none"> - Padrão de 85% taxa de ocupação - Cálculo do tempo de permanência - Ciclos de tendência 	Não contempla	<p>Taxa de ocupação depende da volatilidade da demanda.</p> <p>A eficiência do leito deve estar centrada no <i>staffing</i> do paciente e não no gestor de leitos.</p> <p>Quadro de pessoal flexível para poder responder aos ciclos dos <i>forecasts</i> em saúde.</p>

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Public hospital bed crisis: too few or too misused?	Scott 2010 Austrália	Oferecer uma visão geral da eficácia de diferentes estratégias para a redução da demanda hospitalar.	Pesquisa bibliográfica de estudos randomizados. Estudos observacionais.	<ul style="list-style-type: none"> - Rever e redesenhar as unidades de forma de trabalho dentro de hospitais - Função e interagir, com base em princípios "Lean Thinking" - Gestão de leitos - Indução de financiamento baseado no mix público e privado. - Gestão e prevenção de doença crônica. - Estratégias de gestão para o setor saúde não hospitalar. 	Hospitais de Urgência	<p>Conclui o meio mais eficaz para melhorar crises de leitos de hospitais são:</p> <ul style="list-style-type: none"> - redesenho de processos clínicos dentro de hospitais que melhora a eficiência interna; - expansão da não-hospitalar; - serviços de cuidados de sub-agudas; - programas de gestão de doenças crônicas, combinado com uma maior utilização de cuidados paliativos; - avançar no planejamento da assistência em instalações de cuidados residenciais.
A review of hospital characteristics associated with improved performance	Brand 2012 Austrália	Mapear criticamente e avaliar estudos quantitativos que investigam associações entre as características do hospital e melhor desempenho de saúde e considerar as implicações dos resultados no planeamento estratégico a nível dos gestores hospitalares e órgãos de governança.	Revisão Sistemática ou meta-análise, com busca pragmática de estudos multicêntricos em língua inglesa.	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados assistenciais - Resultados de recursos humanos - Processo de cuidado - Avaliação de desempenho Multidimensional. 	Hospitais de Urgência ou eletivos. Gerais ou específicos.	<p>Escassez de evidência quantitativa de alta qualidade relativos a serviços hospitalares de alto nível de desempenho de resultados. O prontuário médico eletrônico indicou ser a única ferramenta de gestão que consegue interferir no desempenho dos resultados assistenciais, gestão, financeiro e segurança do paciente.</p>

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Volatile inpatient costs: implications to CCG financial stability	Jones 2012 Reino Unido	Investigar a volatilidade associada com diferentes aspectos de custos de cuidados de saúde, ou seja, ocupação dos leitos, os custos de internação, diagnóstico de internação e a cascata destes custos no processo do cuidar até a morte.	Utiliza uma série histórica de nove anos no período de 2002/03 a 2010/11 no total de leitos ocupados dia (internações eletivas e agudas). No período menor pré-2004/05 populações foram estudadas para demonstrar que os custos de dia leitos relacionados a nível local.	<ul style="list-style-type: none"> - Leito ocupado dia - Organizações pequenas - Efeitos de localização - específica - Pools de risco - Eficiência e Volatilidade 	Hospitais de urgência e gerais	Perspectiva que a localização populacional, implica em instabilidade financeira, visto perda da economia em escala, produzindo alto nível de risco financeiro e alta volatilidade, devido ao tamanho, o meio ambiente e os ciclos fundamentais nos custos dos cuidados de saúde.
Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review	Best 2012 Canadá	Descrever abordagens para transformação de grandes sistemas, tendo em conta os contextos políticos dentro dos quais eles foram empreendidos.	Revisão realista com foco na orientação de quatro grandes iniciativas de desenvolvimento de políticas e estratégicas. 2000 a 2010	<ul style="list-style-type: none"> - Transformação de grandes sistemas - Cultura enxuta - Cuidado centrado no paciente e família - Renovação da assistência à saúde primária - Redução do tempo de espera para cirurgia 	Sistemas Adaptativos complexos	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver liderança distribuída Estabelecer loops de feedbacks Historicidade local Envolvimento ativo dos médicos Envolvimento dos pacientes e familiares
Alternative Level of Care: Canada's hospital beds, the evidence and options	Sutherland 2013 Canadá	Apresentar alternativas políticas para abordar fatores associados a níveis alternativos de cuidados dos pacientes em leitos hospitalares.	Discussão sobre três alternativas e suas respectivas limitações e mudanças estruturais de níveis de cuidados, na lógica do uso do leito hospitalar.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o número de leitos agudos (clínicos e cirúrgicos) - Cuidado integrado Incentivos financeiros 	Não descrita	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar o acesso às urgências dos casos agudos Agregar incentivos financeiros aos prestadores do cuidado agudos e eletivos Integrar e contemplar as necessidades sociais

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature	Philp 2013 Reino Unido	Melhorar a nossa compreensão sobre as intervenções que parecem funcionar e aqueles que têm sido menos bem sucedido na redução do uso do leito hospitalar de paciente idosos.	Revisão sistemática Utilizado os seguintes bancos de dados: PubMed / Medline, PsycINFO, CINAHL, BioMed Central De 514 artigos foram inclusos 48	<ul style="list-style-type: none"> - Pessoas mais velhas idosos frágeis - Idosos - Geriatria e internação - Taxas tempo de internação - Cuidados intermediários - Estudos a partir 2007 - Classificação de intervenções naqueles que visava impedir internações (Tabela 1; intervenções de admissão no hospital (Tabela 2), e aqueles que visava apoio alta precoce (Tabela 3). 	Hospitais Gerais	Os critérios de redução do tempo de permanência no leito hospitalar, ou necessidades de internação sofrem interferências multifatoriais. Conclui-se que os serviços devem ser desenvolvidos de forma integrada como um todo, incluindo cuidados preventivos, hospital cuidados de agudos e cuidados comunitários. Um sistema de informações compartilhadas deve ser criado para apoiar o fluxo de pacientes através do sistema.
It Strategic Planning in Hospitals: from Theory to Practice	Jaana 2014 Canadá	Apresenta o processo e os resultados do planejamento estratégico de TI realizado em um hospital pediátrico	Processo dinâmico incremental Análise de SWOT Entrevistas a Stakeholder Workshops e Análise Um plano estratégico e tático	<ul style="list-style-type: none"> - Comitês internos existentes (i.n., enfermagem e comitês consultivos médicos), equipe executiva, operações, diretores, e fornecedores. - Documentos internos. Comparado com hospitais regionais e seus benchmark específicos. 	Hospital Pediátrico Terciário	Confiança entre a TI e clínica, para além do Plano. Um dos subprodutos dessa melhoria foi uma colaboração para enfrentar os desafios emergentes dos serviços e urgência em relação as filas de espera e distribuição de recursos.

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Measuring the impact of innovations on efficiency in complex hospital settings	Došenović 2015 Eslovênia	Estudar inovações como fatores de eficiência. Elas se estendem a análise dos efeitos no nível de processo de inovações, e seus efeitos de eficiência nível hospitalar.	Utilização do modelo de análise de dados por unidade para medir eficiência dos hospitais, através de dados ou scores antes e depois da introdução de uma inovação na rotina do serviço.	- Estudo de caso: Dacriocistorinostomia assistida através de Transcanalicular laser de diodo	Modelo aplicado na unidade do centro cirúrgico	Fornecer a informação que uma inovação eficiente em um determinado hospital não significa que será em outro. Dependerá do momento onde se encontra o hospital, numa lógica de fluxo, processos e a relação com outras unidades deste mesmo serviço. (efeitos indiretos).

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Comparison of different methods to forecast hospital bed needs	Seematter-Bagnoud 2015 Suíça	Estimar a necessidade de leitos hospitalares aguda em um hospital. Período de 2010-2030 utilizando três métodos diferentes.	Compara 1-cenário básico contando com projeções populacionais única como fonte o observatório de saúde da suíça 2-método modificado para os hospitais universitários e 3-método usado pelo Hospital da Universidade de Lausanne	- Estatísticas hospitalares, - Dados sócio-demográficos, dados médicos dos pacientes internados, diagnósticos primários e secundários, e intervenções realizadas no período de internação, CID - Diagnósticos Relacionados por Grupos (DRG) - Projeções populacionais	Hospital Universitário Leitos agudos	Globalmente, por meio da quantificação os resultados dos três modelos diferiram a longo prazo. O estudo mostrou que o planejamento hospitalar de leitos, utilizando uma única fórmula não é possível . Cada método tem vantagens e desvantagens, dependendo se a previsão é segmentar de uma região ou de um único hospital, hospital primário ou terciário. Como consequência, pode ser melhor para fornecer alternativa. Projeções baseadas em diferentes hipóteses como base para tomada de decisões. Necessita sempre de dados reais do hospital, em termos de admissões e dias de internação, devem ser monitorados e confrontados com o passado, para se poder realizar projeções (tendências), a fim de avaliar a adequação.
Forecasting medical emergency admissions	Schweigler 2015 Reino Unido	Descrever sobre a relação admissões médicas de urgência e demografia da população de referência.	Modelo de Observação de tendências 2008-2013	- Demografia da população - Taxa de admissão nos serviços de urgência	Serviços de urgência	Não há relação absoluta da curva de tendência de internações nas urgências e características demográficas.

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Declining length of stay and future bed numbers	Jones 2015 Reino Unido	Apresentar a redução do tempo de permanência em virtude da eficiência dos leitos, versus redução do número de leitos	Modelo de observação de tendência 1998 a 2014	- Especialidades médicas - Tipos de internação (eletiva e não eletiva) - Taxa de ocupação - Idade	Centro de Informação em Saúde e Assistência Social da Inglaterra	Alta volatilidade das taxas de ocupação e tempo de permanência, influenciado principalmente pelo aumento dos idosos. Sugerindo necessidade de manutenção de uma margem de segurança no número de leitos.
Psychiatric Hospital Bed Numbers and Prison Population Sizes in 26 European Countries: A Critical Reconsideration of the Penrose Hypothesis	Blüml 2015 Austria	Investigar a associação entre leitos psiquiátricos e populações carcerárias em uma grande amostra de 26 países europeus entre 1993 e 2011, com base na hipótese de Penrose.	Estudo longitudinal em 26 países europeus ao longo de um período de tempo de quase 20 anos. Análise retrospectiva	- População carcerária - Leitos hospitalares de psiquiatria - Produto interno bruto (PIB) per capita - Taxas de desemprego, e o coeficiente de Gini	Hospitais psiquiátricos Europa	Os leitos psiquiátricos reduziram em todos os países, modelo de regressão multivariável misto não foi significativo, sugerindo que a redução do número de leitos psiquiátricos não tem relação com o aumento da população carcerária. Finaliza sugerindo que investigação, incluindo uma análise mais detalhada dos aspectos políticos, legislativos e socioculturais seja necessária, a fim de entender melhor essa relação multifacetada.

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Optimal administrative scale for planning public services: a social cost model applied to Flemish hospital care	Blank 2015 Bélgica	Abordar as questões de escala, o acesso geográfico e planejamento de serviços públicos de uma perspectiva puramente econômica. Há duas questões-chave: Qual é a distribuição espacial ótima de serviços públicos? Qual é o nível administrativo ideal em que o planejamento de um serviço público deve ter lugar?	Modelo econômico aplicado empiricamente, analisando o custo social, custo operacional e o custo de acesso dos pacientes nas seguintes especialidades: Reabilitação, Clínica Geral e Radioterapia	- Modelo econômico nas variáveis: - Reabilitação - Clínica Geral - Radioterapia	Serviços de saúde da Região de Flandres na Bélgica.	A reabilitação deve ser planejada e regida a nível urbano. Hospitais Gerais no nível local municipal. Radioterapia, a nível provincial (5 províncias). Modelo aqui apresentado tem o potencial de desempenhar um papel importante no planejamento de serviços de saúde e também é adequado para aplicação em muitas outras áreas de serviços públicos, tais como a educação

Estudo	Primeiro autor Ano/País/	Objetivo	Descrição do modelo	Variáveis consideradas	Categorias	Principais resultados
Innovations in inpatient flow and bed management An action research project in a UK acute care hospital	Alexander 2016 Reino Unido	Abordar uma lacuna na gestão de processos de pesquisa empírica através teoria de difusão de inovação, para desenvolver uma visão mais aprofundada dos fluxos de pacientes e gerenciamento de leitos.	Utilizou uma abordagem de formação e ação. Realizado em 18 meses dentro de um hospital de agudos. Os dados eram gerados por ciclos articulados compostos de: entrevistas, observação participante, análise de documentos, agendas, reuniões, questionários e análise estatística	- Sistema de informática para gerenciamento do fluxo do paciente. - Inovação de processo, através das características: contexto político social, organização, usuário e inovação.	Hospital de Urgência	A aplicação do Sistema de gerenciamento do fluxo do paciente foi bem sucedida e mudou a história organizacional. A abordagem formação ação participativa foi congruente com os valores da gestão sênior, facilitando a aprendizagem organizacional nos serviços de informação. De qualquer forma, acredita-se ser necessário outros estudos para avaliar o quadro em termos de sua aplicabilidade em outras organizações similares. Dados qualitativos não foram possíveis de ser medidos.

Destacamos os artigos de interesse imediato para o debate desta Tese:

Myths of ideal hospital size - Jones 2010.

Inicia com uma discussão crítica sobre os modelos de previsão do número de leitos necessários para cálculo da gestão hospitalar. Apresenta de forma assertiva sua experiência na década de 90, onde esteve envolvido no planejamento de um novo serviço hospitalar. No período fez uso (do que até os dias de hoje ainda é a base para o planejamento do número de leitos de um hospital) de: dados demográficos com projeção, tempo de internação e número de admissões ano, referente aos seus grupos de patologias (clínico e cirúrgico) e por fim a definição de uma margem limite de ocupação (hoje padronizada de 85%).

O resultado da sua experiência foi que em dois anos de atuação do hospital, após uma previsão de necessidades de leito para uma década, as previsões tinham sido extrapoladas. Frente ao observado, Jones põe em cheque a validade dos métodos vigentes de projeção. Ele passa a observar que o modelo não serve para todos os tipos de áreas de atendimento, mas em especial para as internações cirúrgicas. Ele apresenta neste artigo o grau de variabilidade dos serviços de urgência, visto estarem muito relacionados com os ciclos meteorológicos na lógica da natureza (calor, frio, terremotos, inundações e etc.) e humano (infância e envelhecimento). Ele salienta que isso independe da eficiência do leito por si só.

Faz-se necessário aprofundar o olhar para o grau de volatilidade dos leitos hospitalares, quando se pensa em planejar a oferta de leitos. Advoga-se para uma visão flexível desta oferta, com base nos ciclos meteorológicos pelos quais a humanidade encontra-se vulnerável. Teoria das filas e a equação de Erlang antecipam como o mundo real é volátil e por isso instável. A flexibilidade não está centrada no número de leitos, mas na equipe de trabalho diante deste serviço. Isso sim poderá aumentar a efetividade dos leitos, diante dos ciclos naturais e sociais.

Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. Best, 2012.

A observação dos sistemas de saúde exige uma óptica baseada na lógica de Sistemas Complexos. Intervir nesses sistemas contempla uma análise realista, com intuito de promover transformações com bases num emaranhado de fatores que de formas diversas influenciam, na adequação de grandes sistemas tal como o sistema de atenção à saúde.

Best e colegas realizaram um estudo de revisão realista sobre as estratégias para a transformação de grandes sistemas, com o objetivo de responder a demandas de governo para macro questões do sistema de saúde Canadense. Neste trabalho foi apontando que a maioria da literatura publicada sobre mudanças na assistência à saúde descreve iniciativas de pequena escala normalmente realizadas por uma única organização de saúde ou serviço. Seu intuito já de saída era diferente. Ficou evidente que para aprimorar e transformar sistemas de saúde, necessita-se de lentes voltadas para sistemas adaptativos complexos (SAC).

Implementar alteração através de SAC requer um constante monitoramento e adaptação para novos contextos. Uma perspectiva SAC volta a atenção para as regras básicas ou princípios de ação de um sistema e seus parâmetros ambientais, e uma perspectiva realista procura desfazer e explorar mecanismos particulares e como eles interagem com o contexto. Best et al., realizam uma revisão realista de abordagens para transformação de grandes sistemas (TGS), tendo em conta os contextos políticos dentro dos quais eles foram empreendidos. O protocolo inicial de pesquisa foi endereçado aos serviços de saúde e sistemas macro de transformação em relação à reforma de cuidado em saúde, iniciativas cirúrgicas, cultura “enxuta”, cuidado centrado no paciente, e renovação de cuidado primário em saúde. A partir deste estudo emergiram da pesquisa cinco regras simples:

- 1- Envolver os indivíduos em todos os níveis para liderar os empenhos de mudança;
- 2- Estabelecer feedback loops. Quase sem exceção, empenhos bem sucedidos de TGS foram reconhecidos e sustentados através da identificação cuidadosa de medidas e divulgação criteriosa dessas medidas tanto dentro como fora da organização;
- 3- Assistir à história. O sucesso da TGS depende da história local, não de forma determinista. Identificação de falhas do passado, eventos críticos e etc.;
- 4- Envolver os médicos.;
- 5- Envolver pacientes e familiares.

Volatile inpatient costs: implications to CCG financial stability. Jones 2012.

Jones em 2012, mostrou que os custos de ocupação leito dia em relação ao nível local são altamente voláteis e mostram padrões distintos ao longo do tempo. O que implica para a estabilidade e gestão das comissões financeiras, uma necessidade de garantir acordos de agrupamento de risco necessários para mitigar esses riscos. Não obstante, observa-se que a gestão financeira local, gera maior custo, em virtude da perda da economia de escala, diante da volatilidade dos custos.

Forecasting medical emergency admissions. Jones 2015.

Jones chama a atenção para a necessidade de se manter uma margem de segurança sobre um pool de leitos sobre o calculo de leitos ocupados ano, visto que este dependerá do menor tempo de permanência dos casos agudos, redução da taxa de admissão versus um aumento de internações no ultimo ano de vida.

Optimal administrative scale for planning public services: a social cost model applied to Flemish hospital care. Blank, 2015

Estudo que analisa com recursos matemáticos a adequação dos diferentes níveis administrativos de planejamento em relação ao tipo de serviços que planejam, para evitar excesso ou falta de serviços propostos segundo o tipo de serviço e a percepção de sua necessidade no âmbito local, departamental ou regional de planejamento e decisão. Aporte muito relevante para as dinâmicas de planejamento e decisão alocativas na regionalização.

1.3.2 Uma Nota Histórica fundamental: A Política Nacional de Hospitais do Estado Novo

A Política Nacional de Hospitais do Estado Novo foi importante antecedente de política hospitalar para o Brasil, criando uma imagem de futuro, com a intenção de satisfazer as necessidades da população em todos os territórios do País com uma formulação potente em sua abrangência política e social e instrumentação técnica. Acredito que tenha sido a única formulação desta natureza empreendida pelo Estado Brasileiro para o tema hospitalar.

No ano de 1949, sob a coordenação da Divisão de Organização Hospitalar – DOH, do Departamento Nacional de Saúde – DNS, do Ministério da Educação e Saúde – MES, na Ditadura de Getúlio Vargas, foi publicado o documento ordenador da Política, recolhendo a memória das etapas que vinham se desenvolvendo desde 1941, com técnicos empreendendo viagens ao exterior, notadamente aos EUA, de onde trazem o conceito de hospital moderno em suas formas arquitetônicas e estratégias de construção para incorporação tecnológica, de profissionalização da gestão hospitalar, de formação técnica do corpo de enfermagem e de censo dos estabelecimentos hospitalares do País para sobre esta base complementarem a capacidade de resposta hospitalar.

Adotaram os preceitos norte-americanos de oferta hospitalar – que incluía o parâmetro de 5 leitos por mil habitantes segundo o Código de Regulamentos Federais dos EUA, publicado em 1947. Este Código reflete o disposto no Hill-Burton Act, gerado pela comunicação do Presidente Truman ao Congresso dos EUA em 1945, dispondo sobre a expansão da oferta em saúde e hospitais no País, com financiamento federal parcial e a obrigação de atender os pobres e eliminar a segregação racial. O disposto no Regulamento Federal definia que:

- com a intenção de prover leitos de cuidados adequados e integrais a todas as comunidades de todos tamanhos, os leitos serão distribuídos entre áreas base, áreas intermediárias e áreas rurais. O máximo permitido por estado será :
- em estados tendo 12 ou mais pessoas por milha quadrada ou 2.5 km² ou 5 ou mais pessoas por km², 4.5 leitos por 1000 pessoas (2.5 /1000 em áreas rurais, 4.0 em áreas intermediárias e 4.5 nas áreas base);
- entre 12 e 6 pessoas por milha quadrada ou entre 5 e 2.5 pessoas por km², 5 camas por 1000, 3 /1000 nas áreas rurais, 4.5 nas intermediárias e 5 nas áreas base;

-em estados tendo 6 pessoas ou menos por milha quadrada ou 2.5 pessoas ou menos por km², serão 5.5 leitos por 1000, 3.5/1000 nas áreas rurais, 5 nas áreas intermediárias e 5.5 na base.

Se em qualquer área: base, intermediária ou rural, houver mais leitos que o preconizado, estes devem ser eliminados calculando o máximo permitido para o estado como um todo.

A agência deve prestar especial atenção aos hospitais atendendo populações rurais e comunidades com poucos recursos financeiros. (Government Printing Office, 1947, p. 53).

Estas disposições terão forte impacto nos critérios adotados pela política do DOH brasileiro. Abaixo são reproduzidos extratos dessa iniciativa, que podemos considerar como ata fundacional da rede pública hospitalar do Brasil e na qual se reconhecem orientações e definições que estão até hoje na legislação nacional:

-“**REFERÊNCIA:** – Decreto 8.674 de 4 de fevereiro de 1942 – art. 16, alíneas " a " e " b " – Á D.O.H. compete:

- a) encarrega-se do estudo e solução dos problemas referentes à assistência médico-social a doentes, deficientes físicos – desamparados;
- b) organizar o plano geral dessa assistência, aí compreendida a rede de hospitais para todo o território nacional;

JUSTIFICAÇÃO:

Finalidade assistencial : Assistência Médico-Cirúrgica, parte integrante da organização nacional.

Finalidade econômica: Indispensável na organização do trabalho, na indústria e comércio, atividades agro-pecuárias, em todo o país. Recuperação de valores para a produção nacional. *Finalidade médico-*

militar: Aparelhamento de constante oportunidade para atender à Defesa Passiva, ainda, particularmente quanto à assistência ortopédica.

1 – Este plano se refere a hospitais gerais e especializados, com exclusão dos destinados à Maternidade, Doenças Mentais, Tuberculose, Lepra, *quando instituição autônoma*, considerando que para estas quatro especialidades serão organizados planos especiais, estudados e apresentados pelos respectivos serviços federais do D.N.S., M.E.S.

2 – O presente plano, que obedece a Terminologia e a Classificação médico-social adotada pela Divisão de Organização Hospitalar é um esquema básico, estudado e sistematizado, de feição original, visando a elaboração e execução de um programa nacional de assistência médico-social, incumbência confiada à D . O . H . pela citada legislação federal, referente ao Departamento Nacional de Saúde – M.E.S.

3 – Para maior esclarecimento e significação uniforme serão neste plano denominados "leitos gerais" todos os leitos destinados a doentes, nos hospitais, com exclusão dos para maternidade, para doentes mentais, tuberculose e de lepra, quando em *instituições autônomas, sanatórios ou outra entidade nosocomial especializada*.

4 – No sentido de atender à assistência médica e de especialidades, com exceção das referidas, a determinação do número de *leitos gerais* em

relação à população, segundo o consenso dos *autores e técnicos de organização hospitalar*, pode ser estabelecida em 5 leitos por mil habitantes, como média, em relação à população de um País ou de um Estado.

Essa relação se distribui, ainda como média na razão de 3 leitos por mil habitantes na zona rural e de 7 leitos por mil habitantes na zona urbana, sendo que em certas *capitais ou cidades industriais*, poderá subir a 10, a 15 e a 20 leitos por mil habitantes. Isto mostra que o coeficiente por leitos em relação à população, geralmente adotada, é de valor apreciável só quando se tem de calcular uma grande massa de população mista, rural e urbana, a fim de estabelecer uma percentagem média, como ponto de partida. Assim, neste *plano nacional*, tomando-se a média entre 70/00 e 30/00 que é 50/00, termos os *cinco leitos gerais por mil habitantes*, que é o coeficiente básico consagrado em estudos congêneres.

5 – Sendo o coeficiente de 5 leitos por mil habitantes um *ideal* que não foi ainda atingido pelos maiores países do mundo e dos mais adiantados, e também porque o nosso índice hospitalar-assistencial ainda é baixo, vamos fixar para o nosso plano a base realizável de 50% desse *índice ideal*, isto é, metade de cinco leitos por mil habitantes, ou 2,5 leitos por mil habitantes. Esta base está subordinada ainda a alterações, consoante vários fatores das condições geofísico-econômicas e referente utilização dos serviços hospitalares, a saber: vida econômica e social da população regional, meios de comunicação transporte, condições sanitárias locais e possibilidade de assistência médica e de enfermagem técnica. Todos esses fatores pesarão quando se tiver a realizar ou distribuir os benefícios da rede de hospitais regionais, por todo o território nacional.

6 – O presente plano se desenvolve em três fases ou períodos: *Primeira fase ou fase preparatória*; Cadastro e Censo hospitalares-Estatística – *Segunda fase ou fase de aplicação ou adaptação*; estudo da população com relação à área habitada; determinação do número de leitos com relação à densidade demográfica; localização dos hospitais a construir; modernização e ampliação das instituições existentes, a aproveitar. – *Terceira fase ou fase de execução* da rede nacional de hospitais; em ampla cooperação, com auxílio federal, estadual e municipal, igualmente com toda e qualquer contribuição particular. De preferência como instituição de finalidade filantrópica e de finalidade não lucrativa.” O número de *leitos existentes*, para o fim deste plano, se refere aos leitos de *Hospitais gerais e especializados*, com a exclusão das instituições destinadas à maternidade, doenças mentais, tuberculose e lepra, não obstante o Censo- Cadastro Hospitalar executado pela D. O. H. haver sido geral, completo, abrangendo também as excluídas instituições especializadas, em todo o Brasil. Fizemos para cada Estado ou Município o cálculo dos *leitos necessários*, na base de 2,5% por mil habitantes, deduzindo-se, em cada caso, o número dos *leitos existentes*, daí resultando o *número de leitos a construir* em novos hospitais ou leitos a completar, a ampliar, ou a melhorar em hospitais existentes, a serem modernizados. Foi essa a *Segunda Fase* realizada, trabalho exaustivo e minucioso; constando de vários volumes *in-folio* datilografados, e ainda inéditos.

10 – A distribuição dos hospitais regionais, a *construir*, e a escolha dos a *modernizar e ampliar*, constitui objeto de inspeção local minuciosa, complementar, atendendo à zona ou regiões definidas, em conexão com as autoridades estaduais e municipais e instituições particulares. São atividades de *Terceira Fase*. Essa *Fase da EXECUÇÃO*, em linhas gerais já estudada pela D. O. H. e até no que concerne ao custo do "leito de construção" e "tipos de hospitais" a *adotar*, e tudo mais, inclusive para futuro, no que diz respeito a Edificações, Instalações, Equipamento,

Visa o plano o aparelhamento da *Assistência Hospitalar ou Médico-Cirúrgica*, como parte integrante da organização nacional, não mais, como outrora, considerada apenas como "*leito de caridade*" ou "*leitos para indigentes*" mas abrangendo, no conceito moderno, os "*leitos convenientes disponíveis para atender a todas as camadas sociais, com a cooperação financeira, orientação técnica e controle do governo de preferência como organizações civis*". E para benefício do indigente ou do desajustado social, porquanto na cooperação de contribuintes, maiores e melhores recursos virão favorecer o doente-gratuito.

12 – A rede nacional de hospitais regionais se comporá, de *hospitais modernos*, estudados como arquitetura funcional e organizados tecnicamente, hospitais para todos, estabelecendo certa igualdade para leitos destinados a doentes gratuitos e leitos para "*indústrias*", "*cooperativas*" ou "*irmandades*" e os destinados a *particulares contribuintes*, considerados todos como de interesse da comunidade. O plano considera e aprecia devidamente as instituições hospitalares, tanto as *filantrópicas* e as de *finalidade não lucrativa*, e mesmo, de algum modo, as de *finalidade lucrativa*, as ditas "*casas de saúde*", que também são necessárias, porquanto atendem a um setor social, embora tendem a decrescer com progresso hospitalar do país. Todos os leitos para doentes, criados e mantidos, representam um alívio ao encargo dos governos, porque atendem a um núcleo ou certa massa de população. Se não existisse a contribuição particular e de corporação, maior seria o ônus do Estado com a assistência a doentes, maior a despesa com a assistência pública, federal, estadual ou municipal, seja diretamente, seja por meio de auxílios ou subvenções, não contando o prejuízo que representa a doença e, portanto, a falta ao trabalho, na economia nacional.

13 – A execução deste plano geral prevê o longo prazo de um decênio; há, entretanto, necessidade de realizar uma execução sistemática, coordenando-se todos os esforços, reunindo verbas, recursos e possibilidades, incentivando-se ao mesmo tempo, a iniciativa privada nesse sentido. Como se tem observado em outros países, sempre que o Governo intervém para realizar, sozinho, a assistência hospitalar, verifica-se a seguir a queda de número de leitos, da assistência particular gratuita, que se retrai. O hospital deve ser organização particular, com a cooperação e contribuição financeira dos governos. Só excepcionalmente será oficial ou de governo ou de Assistência Pública." (DOH, 1949).

Ao realizar o Censo em 1941 – 1942 e propor uma forma de alcançar os parâmetros de 5 leitos por mil habitantes, planejando a necessidade em cada estado e território federal, o DOH propôs uma meta nacional que

mobilizou uma comunidade de especialistas e técnicos que difundiram plantas arquitetônicas e um conceito para organizar hospitais:

“– As instalações hospitalares que constituirão a *rede nacional* serão dos seguintes tipos:

- a) *Centro Médico*: nas capitais e nas grandes cidades, também com finalidade do ensino médico e das profissões afins.
- b) *Hospital Geral e Regional*: para servir a zona ou distrito sanitário- hospitalar. Hospitais de tipo médio possível mente com centro de saúde anexo.
- c) *Hospital Geral-Auxiliar: satélites*, em conexão com os hospitais regionais, em cidades menores da região. Hospitais pequenos possivelmente com posto de saúde anexo.
- d) *Posto Médico-Hospitalar*: compreendendo enfermaria e pequeno posto de saúde anexo, na zona rural.

Adotar-se-á uma classificação geral de assuntos e de tipos instituições, igualmente, definições e uma terminologia ou glossário hospitalar a fim de que em todo o país se une a mesma linguagem e seja uniforme e compreensível a legislação hospitalar e para-hospitalar a ser adotada.

14– Com o objetivo de bem caracterizar a instituição para definir-lhe a finalidade e as exigências para cada tipo, admitiu-se que será considerado hospital o que tiver 25 leitos no mínimo e classificado como hospital de tipo pequeno os até 49 leitos; de tipo médio de 50 a 149; de tipo grande de 150 a 500 leitos. O tipo aconselhável de hospital-geral é o de 150 a 500 leitos. O Hospital-Geral- Regional não convém exceder de 250 a 300 leitos. As instituições de 500 a 1.000 leitos são consideradas de tipo especial, destinadas via de regra, para hospital de ensino ou a certas especialidades, e mais para doentes crônicos. Ao Hospital-padrão, protótipo do aprimoramento hospitalar no momento, se convencionou chamar: o “Hospital-Moderno”, bem planejado e bem construído; grande ou pequeno; geral ou especializado; aprestado para facilitar o diagnóstico e o tratamento, para favorecer e elevar a profissão médica e a seus profissionais, que sem o hospital vivem dispersos, sem os recursos indispensáveis. É, também, hospital para a rotina prática e ensino da Medicina, cirurgia e especialidades, da Enfermagem e da Dietética nos seus conceitos técnicos mais avançados.

16–O hospital-moderno, sobre ser hospital-oficina, é ainda o hospital para todos, em que o doente constitui o principal personagem e para seu benefício tudo concorre. É o hospital para todos os doentes, dos mais ou menos afortunados, contribuintes e gratuitos e que servirá eficientemente, aos indigentes e desajustados sociais, os quais, só assim, com tais garantias, terão afinal assegurados o bom agasalho e o tratamento conveniente, que ainda não tenham até ao momento. Também não deve haver, no hospital moderno, uma medicina e uma cirurgia diferente, para o rico e para o pobre, pois o doente, seja qual for, será sempre um doente, e gozará seja como interno ou externo, da primazia de todas as atenções do hospital, pois ele, o doente, representa a razão de ser e o objetivo máximo da instituição. Dando assistência que for indispensável para cada doente, só poderá variar, para uns e outros, um maior conforto.”(DOH, 1949, p. 34 a 36).

O alcance do proposto nunca foi totalmente materializado, mas a política proposta foi mantida nos documentos orientadores da ação do Estado Brasileiro até 1965, quando na Ditadura Militar se unificam as caixas de aposentadoria e pensões e se começa a comprar serviços hospitalares privados por ato, desfazendo a orientação de construção de uma rede pública nacional, onde os prestadores seriam filantrópicos em maioria mas não haveria Mercado que excluísse os pacientes, como se lê nas linhas acima reproduzidas. No marco do nacionalismo desenvolvimentista o hospital cumpria funções de inclusão social e de desenvolvimento econômico.

Além da enorme importância de estabelecer uma meta de cobertura e prover projetos arquitetônicos adequados e progressivos, as propostas da época também incursionaram na definição de redes hospitalares definindo portes e formas sistêmicas de organização, algo muito relevante e que reproduziu o *district hospital* americano. Este conceito é ainda hoje encontrado na denominação dos hospitais de Brasília, no eco distante do conceito de rede nacional contendo em cada região o Hospital de Base, Hospitais Regionais e Locais, assim como na rede de hospitais do Açúcar que foram construídos em Alagoas e no interior de São Paulo nas zonas canavieiras (Monteiro, 2010).

Figura 4 - O Desenho sistêmico do District Hospital.

O Desenho sistêmico do District Hospital. Fonte: Monteiro, 2010

Esta extraordinária referencia de política pública não transcendeu com a devida força o limite do próprio MES da época e assim não alcançou ter os recursos necessários para instalar a rede nacional, mas emprestou suas capacidades para que os estados e outros entes pudessem fazê-lo de forma parcial no País. A proposta por circunstâncias históricas ou por dificuldade de entrar na agenda da alta política não teve os recursos que necessitava. É curioso ver que esta dívida segue viva e as desigualdades flagradas no censo hospitalar de 1941 – 1942 continuam presentes.

1.3.3 Um triste contra ponto - a cristalização normativa da Portaria 1101 / 2002:

A Portaria GM/MS 1.101 de junho de 2002 estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e esteve vigente durante todo o período em análise neste estudo, determinando a regulação da oferta de serviços do SUS até 01/10/15 quando foi publicada a Portaria 1631 / 2015.

A Portaria 1.101 determinou que seus parâmetros fossem aplicados às ofertas do SUS e do setor privado, sendo, portanto, parâmetros de necessidade geral. No que diz respeito à maioria dos procedimentos, entretanto, sabemos que os parâmetros da Portaria 1.101 habitualmente foram aplicados apenas às ofertas do SUS, não sendo realizados estudos concomitantes sobre as suas aplicações na Saúde Suplementar (SS) ou no setor privado. Possivelmente essa distorção se deva ao fato de, historicamente, o hospital ocupar um espaço central no custo do sistema de saúde, no imaginário das pessoas e, por conseguinte, no centro das atenções dos próprios planejadores e gestores do SUS.

Em relação à necessidade de leitos, no enunciado do texto, a Portaria 1.101 estabelece que são necessários 2,5 a 3 leitos por mil habitantes, porém, logo a seguir apresenta a Tabela abaixo, que mostra necessidades e percentuais por especialidade do leito, cujos totais indicados situam-se entre 2,07 a 3,38 leitos por mil habitantes.

Tabela 1 - Parâmetros de necessidade de leitos por especialidade, em percentuais do total e leitos por mil habitantes.

Área especializada	% do total	Leitos/1000
C. Médica	26,82	0,78
C. Cirúrgica	14,99	0,44
Cuid. Prolongados	5,62	0,16
C. Obstétrica	9,49	0,28
C. Pediátrica	14,06	0,41
C. Psiquiátrica	15,31	0,45
Reabilitação	4,72	0,14
Tisiologia	0,42	0,01
PSI hospital dia	2,73	0,08
Fator de ajuste	5,83	0,17
Total	100	2,07 – 3,38

FONTE: Portaria GM/MS 1.101 de 12 de junho de 2002.

Em outro trecho da mesma portaria encontramos outra afirmação:

NÚMEROS DE LEITOS/HABITANTE/ANO:

- a) Os parâmetros de cobertura hospitalar (necessidade de leitos) referem-se aos leitos SUS + os leitos SAMS (Sistema de Atenção Médica Supletiva) + leitos SDD (Sistema de Desembolso Direto);*
- b) Hospitais locais ou Unidades Básicas de Internações (clínicas básicas: médica, ginecológica, obstétrica, pediátrica) atendido por médico generalista ou especialista nestas áreas, têm como parâmetro, 2 leitos/1000 habitantes na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1000 habitantes na área rural;*
- c) Hospitais Regionais (Clínicas Básicas mais especialidades consideradas estratégicas e necessárias para a área programática (área geográfica da Programação), têm como parâmetro 2 leitos/1000 habitantes na área urbana da sede, mais 1 leito/1000 habitantes na área rural da sede, mais 1 leito/1000 habitantes nas outras áreas urbanas atingidas, e mais 0,5 leito/1000 habitantes nas outras áreas rurais atingidas”.*

Assim sendo, teríamos uma variação de necessidade de leitos por 1000 habitantes a depender do tipo de hospital em foco: se hospital local, 3 leitos por mil habitantes, se hospital regional, 4,5 leitos por mil habitantes.

Essa breve leitura da Portaria 1.101 nos remete a alguns questionamentos:

- É a tipologia do hospital instalado que deveria determinar o número de leitos necessários para uma determinada população ou seria a leitura de suas necessidades?
- O Ministério da Saúde, ao elaborar a portaria, tinha alguma clareza sobre a adequação e pertinência dos parâmetros preconizados, visto que recomendou múltiplos valores em diferentes trechos?
- Poderíamos “inferir” pela Portaria que, em tempos de implementação de Redes Regionais de Atenção, o MS preconizava a oferta de 4,5 leitos por mil habitantes?

Ao estabelecer parâmetros mas não dispor medidas para fiscalizar e reorientar quando não houvesse o mínimo previsto e ao estabelecer um limite superior sem relativizar necessidades em cada território, não estaria a Portaria mais preocupada em coibir excessos do que garantir o necessário para a garantia do Direito da População?

O fato da Portaria ter permanecido por 13 anos sem revisão não comprova justamente este afastamento da realidade dos usuários cujas necessidades são dinâmicas?

O fato de que nenhuma esfera de governo adotasse os referenciais de cobertura de leitos como metas a alcançar não denota a ausência de parâmetros normativos de necessidade orientados a responder demandas e necessidades?

Boas perguntas para o próximo período e o exame do uso da Portaria 1631 que ainda está em processo de instalação.

1.4 NOTA DE CONCLUSÃO DO CAPÍTULO 1

Frente ao conjunto das evidências arroladas a partir das experiências dos sistemas nacionais e, à discussão produzida pelos artigos que problematizam as formas de dimensionar leitos e dimensionar necessidades futuras de leitos, nos parece coerente e sensato pensar em primeiro lugar que a oferta de leitos no Brasil, enquanto leitos de agudos, se situasse como parâmetro normativo de necessidades, em torno a 2,5 leitos por 1.000 habitantes, dado que esse é um número muito razoável na experiência internacional no que diz respeito às demandas agudas ou de agudizações.

Em segundo lugar, frente ao problema reconhecido na realidade brasileira de tempos de espera substantivos ou excessivos para procedimentos eletivos que demandam estrutura hospitalar, propomos adotar o parâmetro de 1 leito por 1.000 habitantes como parâmetro razoável que permita a organização das linhas de cuidado dentro da atenção hospitalar para os procedimentos eletivos, notadamente as cirurgias eletivas.

E em terceiro lugar, projetar 0,5 leitos por 1.000 habitantes para a atenção aos pacientes que demandam longos períodos de internação com cuidados diversos que expressam diferentes níveis de dependência e que essa oferta não necessariamente ou até preferencialmente não devesse estar no corpo dos hospitais, mas em instituições de internação não hospitalares, que possam combinar um cuidado sanitário essencial sob supervisão médica, um corpo de enfermagem residente presente e com uma estrutura que combine recursos de assistência social, recursos financeiros da assistência social, da própria previdência e do setor saúde, aproximando-nos então da constituição de unidades de cuidado integrado continuado, que podem ter graus diversos de densidade médico-sanitária, dependendo do perfil do paciente elegível em cada tipo de serviço e também do suporte social e familiar que, como foi dito, é essencial nessas situações e que pressupõe proximidade geográfica deste tipo de estabelecimento com os territórios domiciliares dos pacientes.

Esse é um universo ainda não devidamente explorado e normatizado no Brasil, que teria junto com a assistência domiciliar, as internações domiciliares e a própria organização de hospitais dia para crônicos, uma forma de conseguir uma escala suficiente. Essa referência de 0,5 leitos por 1.000 habitantes indica, portanto, uma primeira aproximação de uma necessidade ainda não totalmente reconhecida devido

justamente ao desafio de definir as formas em que se organizariam esse tipo de serviços e a pressão demográfica e econômica em curso.

Consequentemente à essa adoção de parâmetros referenciais, à luz da análise das necessidades comparadas, estaríamos aqui falando de um total de 4 leitos por 1.000 habitantes, sendo 3,5 leitos hospitalares e 0,5 leitos não hospitalares, e nessa perspectiva criando um parâmetro de análise da oferta existente e da oferta a ser constituída, em termos de acessibilidade nos territórios, pensando que esse serviços precisam se encontrar ao alcance dos pacientes por seus meios ou pelos meios que o Estado pode prover, na medida em que diferentes tipos de necessidade podem definir deslocamentos mais substantivos, como já temos hoje dentro da própria lógica do tratamento fora do domicílio.

Portanto, a adoção desses parâmetros nos ajuda a pensar na construção de exercício analítico em cada região, porque não se trata simplesmente de um padrão inamovível, podemos ter regiões em que essa oferta precise ser maior ou menor, no clássico reconhecimento de diferenças no urbano e no rural e a concentração maior ou menor de serviços especializados em macrorregiões em relação a microrregiões, pode redefinir uma avaliação desse número de leitos por 1.000 habitantes. Mas estamos falando aqui de um número referencial global que serviria para problematizar e colocar na agenda política a suficiência da resposta como argumento fundamental que esse capítulo traz da análise de necessidades comparadas com outros sistemas de saúde universais no mundo, e que têm padrões de satisfação de necessidades sociais mais adequados do que os nossos. Esse é o sentido do exercício que orienta essa recomendação dos 4 leitos por 1.000 habitantes, para abrir o debate e motivar a reestruturação das respostas do país. Vejam que essas conclusões não foram construídas a partir de formas exaustivas de projeção de necessidades populacionais específicas mas sim de uma aproximação à experiência de suficiência ou não em países que experimentaram socialmente ao longo das últimas décadas aumentos e diminuições de leitos com suficiências ou insuficiências decorrentes dessas decisões, observando uso mais efetivo dos leitos mas ao mesmo tempo observando maior intensidade de uso dos mesmos, por aumento da gravidade e complexidade de pacientes que são agora o perfil dominante dos serviços de hospitalização, intensificando o trabalho assistencial e inclusive registrando tempos de permanência mais elevados.

Em síntese, é difícil fazer previsões, *forecasts*, sobretudo para períodos dilatados de tempo, segundo o IBGE (2016) a população brasileira estabilizará em 2042 em 228 milhões de habitantes e começará a reduzir paulatinamente, terá então 57 milhões de maiores de 60 anos e se queremos enfrentar esta realidade que já começou temos que olhar os que estão a nossa frente em transição demográfica e experiência de políticas para nos prepararmos desde agora.

CAPÍTULO 2

Análise da oferta de leitos no sistema hospitalar brasileiro: lidando com a complexidade

No que diz respeito à quantidade ideal de leitos a ser ofertada para cada mil habitantes, se é fato que tal parâmetro não existe de forma taxativa, a literatura internacional avaliada em relação a cinco sistemas de saúde universais em países com bons indicadores de saúde/atenção hospitalar nos mostrou que, nestes países – Austrália, Canadá, Espanha, França e Reino Unido, houve em geral importante redução de número de leitos, mas os que chegaram a cerca de 3 leitos por 1000 habitantes, enfrentaram sérios problemas, com superlotação dos serviços de urgência e longos tempos de espera para procedimentos cirúrgicos eletivos ocasionando reincorporação de leitos no sistema. A média nos países da OCDE foi de 4,9 leitos por 1000 habitantes em 2015, depois de anos de redução da oferta (OCDE, 2015). Vale lembrar que, nestes locais, o conceito de superlotação ou congestão dos serviços é bastante diferente do que observamos no Brasil, onde este fenômeno encontra-se banalizado e, em muitos serviços atinge níveis absolutamente inaceitáveis. Assim, por exemplo, no Québec, sobrecargas acima de 10 a 20% com durações previamente determinadas são consideradas sinais de alerta e fazem disparar uma série de medidas relativas ao próprio serviço de urgência, ao centro cirúrgico, às alas de internação, inclusive de terapia intensiva, aos serviços de apoio diagnósticos e a outros setores, externos ao hospital, já articulados e pactuados pelo sistema (Guide de Gestion de L’Urgence, 2006). Isto significa que a superlotação não é tolerada como um fenômeno natural ou de “paisagem” assistencial, gerando debate político que ocupa os níveis superiores de governo e gerando reformas hospitalares (Healy, Sharman, Lokuge, 2006; Boyle, 2011).

Importante destacar que as reduções de leitos observadas nos países da OCDE ocorreram a partir de ofertas muito superiores à oferta existente no Brasil e foram acompanhadas de uma série de medidas de otimização do uso dos recursos existentes e de outras alternativas assistenciais (McKee, Healy 2002).

Observamos ações referentes aos fluxos e processos de trabalho internos a cada hospital, como aumento das taxas de ocupação e diminuição dos tempos de permanência em todos os países estudados (McKee, Healy, 2002), além de outras medidas como a criação de linhas rápidas de atendimento a pacientes agudos de menor complexidade (*fast tracks*), de unidades de cuidados a pacientes agudos de maior complexidade (UCA), cujo objetivo é qualificar e acelerar os processos de investigação diagnóstica e introdução das respectivas terapêuticas, unidades de alta, equipes de alto desempenho, entre outras.

No escopo da estruturação da rede hospitalar, foram realizadas reformas como fechamento de pequenos hospitais (menores que 100 leitos), agrupamentos de hospitais em redes ou *trusts* a fim de ganhar em escala com um maior número de leitos ou com setores de apoio como lavanderia, cozinha e até mesmo unidades cirúrgicas e serviços de diagnóstico e terapêutica, além da avaliação e adequação da distribuição dos serviços nos territórios e sua respectiva cobertura populacional (Boyle, 2011). Assim, por exemplo, na Espanha, para cada 100 mil habitantes, deve existir um Hospital de Agudos (onde se perfilam os leitos gerais ou de agudos, com o conceito de *district hospital*) com cerca de 250 leitos, responsável pelo atendimento às necessidades gerais desta população. Os hospitais especializados são destinados ao cuidado de regiões com cerca de 1 milhão de habitantes (García-Armesto, 2010).

A expressão “hospital de agudos” foi encontrada nos sistemas estudados e na literatura internacional e é utilizada para diferenciar os estabelecimentos que atendem urgências e procedimentos eletivos dos serviços que prestam cuidados integrados, prolongados ou continuados a pacientes com necessidades crônicas, estes últimos uma importante ferramenta de garantia de acesso e cuidado qualificado ao enorme contingente de pacientes idosos com diferentes graus de dependência de cuidados, cujo número vem aumentando nos últimos 20 a 30 anos (McKee e Healy, 2002).

Os trabalhos avaliam que tais pacientes necessitam de grande oferta de cuidados de enfermagem e pequena oferta de cuidados médicos, diminuindo, portanto, a necessidade de infraestrutura e a complexidade de oferta destes serviços, que na Inglaterra, por exemplo, são chamados de “nursing homes” (McKee, Healy, 2002). Na Austrália, a oferta desse tipo de leito não está sob responsabilidade da saúde e sim da assistência social. No entanto, a literatura também demonstra que o envelhecimento e a associação de múltiplas doenças crônicas geram demanda por serviços de saúde fortemente estruturados e qualificados durante o último ano de vida destes idosos (Healy, Sharman, Lokuge, 2006).

Outro arranjo muito utilizado foi a instalação de “leitos dia”, com importante oferta de cirurgias ambulatoriais. Na Inglaterra, cerca de 75% do total de cirurgias é realizado em regime ambulatorial (Boyle, 2011).

Na Austrália já existem algumas experiências de separação física, predial, dos hospitais de agudos e eletivos, em função da diferença de perfil organizacional e de

necessidades observadas entre estas duas modalidades de prestação de serviços (Healy, Sharman, Lokuge, 2006).

Nesta breve síntese, observamos o quão distantes estamos destas realidades, pois o Brasil tem uma rede hospitalar envelhecida, composta predominantemente de hospitais gerais, de pequeno a médio porte, que fazem o cuidado ao agudo, ao eletivo e ao crônico, indistintamente. Os cidadãos com diferentes necessidades disputavam entre si os cerca de 1,56 leitos por 1000 habitantes ofertados pelo SUS em dezembro de 2014, com prejuízo constante para todos, dado que o leito é um recurso de restrição – 1 leito pode ser ocupado apenas por um paciente a cada momento com variação no uso temporal do recurso.

Por todo o exposto, emergiu a necessidade de compormos esta análise da oferta de leitos do Sistema Hospitalar Brasileiro, com a finalidade de construir argumentos em torno ao debate do número e tipo de leitos e hospitais necessários para garantir o direito à saúde da população brasileira.

A proposta é analisar a oferta explorando os seguintes aspectos:

- 2.1 - Antecedentes sobre a evolução da oferta de leitos e hospitais no Brasil
- 2.2 - Análise do comportamento do número e perfil dos estabelecimentos e estoque de leitos no Brasil entre 2005 e 2014
 - 2.2.1 Breve visita aos indicadores de 2004
 - 2.2.2 Localização, tamanho, tipo e esfera administrativa dos estabelecimentos (hospitais) por Unidades Federadas e Capitais;
 - 2.2.3 Oferta de leitos:
 - a. Oferta de leitos Existentes, SUS e não SUS, por Unidade Federada e Capital;
 - b. Oferta de leitos existentes, leitos SUS e Não SUS – Saúde Suplementar – por mil habitantes: tendências no período, por Unidade Federada e Capital;
 - c. Oferta de leitos SUS por tipo de prestador: público: municipal, estadual e federal; filantrópico e privado, por Unidade Federada e Capital;

d. Oferta de leitos de Especialidades - clínicos, cirúrgicos, obstétricos, pediátricos, outras especialidades, leitos dia e complementares por Unidade Federada e Capital, por tipo prestador: público, filantrópico e privado.

- 2.3 - Mapeamento e análise da utilização e desempenho dos hospitais/leitos existentes

2.3.1 Leitos existentes por mil habitantes

2.3.2 Leitos por tipo de prestador

2.3.3 Leitos por especialidades

2.3.4 Leitos complementares.

- 2.4 - Porte dos estabelecimentos

2.4.1 Taxa de ocupação dos leitos compondo faixas de análise.

2.4.2 Tempo médio de permanência compondo faixas de análise.

- 2.5 - Em busca de uma síntese na complexidade- territórios concêntricos – macro regiões, estados, capitais, regiões metropolitanas e interior.

- 2.6 - Sobre o impacto do porte hospitalar na composição da oferta de leitos no Brasil.

- 2.7 - Proposta de análise a partir da premissa dos leitos efetivos segundo o desempenho dos leitos em relação ao porte hospitalar. Identificação do peso dos hospitais efetivos identificados pelo seu vínculo jurídico.

- 2.8 - Análise da oferta de leitos efetivos no Brasil.

- 2.9 - Peso dos Estados na composição dos leitos totais e efetivos tipo na composição da efetividade, destaque para os estados e suas possíveis alianças para composição de agenda de reforma hospitalar nos estados e suas regiões.

2.9.1 A aposta no ator político com potencial de incidência nos espaços de decisão estratégica – os Governos Estaduais.

- 2. 10 Dificuldades, obstáculos e desafios na extração e análise de dados dos bancos nacionais.

2.1 ANTECEDENTES SOBRE A EVOLUÇÃO DA OFERTA DE LEITOS E HOSPITAIS NO BRASIL

O primeiro censo nacional de leitos e instituições hospitalares no Brasil ocorreu entre os anos de 1941 e 1942, sob a coordenação da Divisão de Organização Hospitalar – DOH, do Departamento Nacional de Saúde – DNS, do Ministério da Educação e Saúde - MES no marco de uma Política Nacional de Hospitais descrita no capítulo 1 desta Tese.

A intenção do Primeiro Censo Geral das Instituições foi dimensionar a oferta dos leitos e instituições hospitalares de todo o País para em seguida confrontar os números encontrados com a meta proposta de alcançar 5 leitos gerais por mil habitantes nas décadas seguintes, compondo um plano de meta para cada Estado ou Território Federal.

O total encontrado pode ser lido na Tabela 2.

Tabela 2 - Censo 1941 – 1942

Censo 1941 – 1942 - População 41.497.980			
Tipos de Leitos¹	Nº Instituições	Nº de Leitos	Leitos / 1.000 hab.
Mental	84	24.322	0,58
TBC	64	5.561	0,13
Lepra	35	18.345	0,44
Mental/TBC/Lepra	(183)	(48.228)	(1,16)
Leitos gerais	1.051	68.441	1,6
TOTAL GERAL	1.234	116.669	2,75

1. Não foram incluídos os leitos gerais de clínicas e enfermarias isolados, ou seja, < 25 leitos.

FONTE: Departamento de Organização Hospitalar (1949) apud Almeida (1964).

Na época se identificou oferta de 1,6 leitos por 1000 habitantes, excluídos os leitos de Tuberculose, Hansen e Saúde Mental que por sua longa permanência necessitavam análise a parte. Interessante destacar o tamanho médio dos hospitais de saúde mental (290 leitos), de TBC (87 leitos), Lepra (524 leitos) e Leitos gerais (65 leitos por hospital na média), o que revela uma persistência histórica de hospitais gerais de menor porte no cenário brasileiro.

Na cópia da tabela de síntese do censo publicado em 1949, pode-se observar a distribuição geral por Estados e Territórios Federais e a meta de 2,5 leitos a ser alcançada na primeira década do Plano proposto (Departamento de Organização Hospitalar, 1949 apud Almeida, 1964).

FIGURA 8 - Número de leitos a construir ou aumentar no interior do país, com a base de 2,5 leitos por 1.000 habitantes e 5 leitos por 1000 habitantes nas capitais. Não incluídas as instituições de maternidade e infância, doentes mentais, tuberculose e lepra.

ESTADOS E TERRITÓRIOS	SUPERFI- CIE (Recens. 1940)	POPULA- ÇÃO (Recens. 1940)	LEITOS		
			Existen- tes (Ca- dastro D. O. H.)	Existen- tes (por mil habi- tantes)	A construir ou ampliar na base de 2,5 0/00
Territ. do Acre ...	148.027	87.326	89	1,0	153
Territ. Rio Branco	252.035	13.756	32	2,3	27
Territ. Guaporé ...	250.927	24.918	53	2,1	29
Territ. Amapá ...	143.716	23.406	0	0	73
Amazonas	1.508.533	410.415	683	1,7	614
Pará	1.219.250	932.975	1.441	1,5	1.411
Maranhão	346.217	1.242.721	275	0,2	3.050
Piauí	245.582	826.320	397	0,5	1.338
Ceará	148.591	2.101.325	373	0,4	4.927
R. G. do Norte ...	52.411	774.464	780	0,5	1.700
Paraíba	55.920	1.432.618	779	0,5	3.041
Pernambuco	99.254	2.694.616	2.991	1,1	4.628
Alagoas	28.571	957.628	743	0,8	1.379
Sergipe	21.552	545.962	546	1,0	966
Bahia	529.379	3.938.909	2.064	0,5	8.518
Espírito Santo ...	42.846	758.535	594	0,8	1.416
Rio de Janeiro ...	42.404	1.862.900	2.651	1,4	2.363
Distrito Federal ..	1.167	1.781.567	9.546	5,3	2.921
São Paulo	247.239	7.239.711	15.582	2,1	5.813
Paraná	152.668	1.207.474	2.076	1,6	1.299
Santa Catarina ...	80.205	1.140.178	2.275	2,0	692
Territ. Iguaçu ...	61.631	85.263	33	0,4	204
R. G. do Sul	272.179	3.350.120	9.655	2,9	Excedente
Mato Grosso	1.030.756	336.313	779	2,5	200
Territ. Ponta Porã	99.141	87.354	68	0,8	232
Goiás	661.140	832.869	211	0,2	1.993
Minas Gerais	583.804	6.798.647	9.556	1,4	7.970
	8.327.145	41.482.290	64.272	0/00	57.957

NOTA - O total de leitos a construir, 57.957, compreende a soma do número de leitos que faltam, em cada Estado, para atingir, na Capital, 5 por mil habitantes e, nos municípios, 2,5 ou 25 por dez mil habitantes. Isto na base da realização de 50% do total necessário para todo o Brasil.

15 - A Divisão de Organização Hospitalar está aparelhada para dar orientação técnica indispensável à realização deste plano uniforme e sistematicamente, com uma orientação central, no sentido do conceito.

FONTE: Departamento de Organização Hospitalar (1949) apud Almeida (1964).

Destaca-se as diferentes coberturas hospitalares e o fato de o déficit de leitos gerais reconhecido pela DOH na ocasião alcançar 115.914 leitos, com a intenção de em 10 anos responder à metade do total, ou 57.957 leitos, a serem construídos em hospitais de tamanhos diversos conforme as necessidades territoriais, mas seguindo o modelo de *District Hospital* como apontado no capítulo 1.

Esta referência inicial documenta as assimetrias no território nacional, caracterizando áreas de menor ou maior concentração de leitos em relação às

populações existentes, situação que persistirá em nossa realidade com a não realização do Plano Proposto na época e nos processos históricos que se seguiram.

Na época se identificou oferta de 1,6 leitos gerais por 1000 habitantes, excluídos os leitos de Tuberculose, Hansen e Saúde Mental que por sua longa permanência necessitavam análise a parte.

Na Conferência de Abertura da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963 durante o Governo João Goulart, o Ministro da Saúde Wiliam Fadul registrou um panorama preocupante, que em vários aspectos persiste em sua estrutura até hoje, com o agravante da redução do estoque de leitos:

Em 1960, os estabelecimentos hospitalares atingiram a cifra de 2.547, com 216.378 leitos, localizando-se nas capitais 573 com 88.531 leitos. Dos hospitais existentes, 371, eram mantidos por entidades governamentais e 2.176 por organizações privadas, quase todas subvencionadas pelo Poder Público. O coeficiente de leitos/habitantes estaria em torno de 3/1.000, o que representa, em termos genéricos, uma relação satisfatória. Se da apreciação da matéria, nos seus indicadores globais, passarmos à análise de localização dos estabelecimentos, da população efetivamente atendida, das condições em que operam, tanto de referência à situação contábil-administrativa, como aos padrões técnicos dos serviços, ter-se-á uma visão desoladora do que impera neste domínio. (III Conferência Nacional de Saúde, 1992, p. 34).

Em 1976, foi realizada a primeira Pesquisa de Assistência Médica-Sanitária do IBGE(AMS/IBGE), que se constitui na maior série histórica sobre serviços de saúde, incluídos os hospitais, naquele ano foram contabilizados 433.888 leitos hospitalares (119.062 públicos e 324.826 privados), em 2005 foram contabilizados 443.210 leitos (148.966 públicos e 294.244 privados) (Brasil, 2006).

Neste intervalo de quase 30 anos sem alteração substantiva nos números iniciais e finais tivemos no entanto vários movimentos de abertura e fechamento de leitos públicos e privados: foram criados cerca de 30.000 leitos públicos e foram fechados cerca de 30.000 leitos privados. Depois de um crescimento do parque privado em mais

de 85 mil leitos entre 1976 e 1984, foram fechados 115.000 leitos entre 1984 e 2005 (Brasil, 2006).

O crescimento do setor público se manteve constante no período, com um decréscimo de 7000 leitos apenas entre 1984 e 1988. Assim chegou-se a 2005, segundo o IBGE, com o estoque geral de 2,4 leitos / 1000 habitantes, bastante inferior aos 3,2/1000 em 1995 e bem distante dos 4,1 leitos por 1000 habitantes de 1976 (Brasil, 2006).

No período 1976 – 2005 o número de hospitais cresceu 35%, passando de 5311 para 7.155 estabelecimentos. Como consequência, houve queda nesses trinta anos para um número médio de leitos por hospital no parque público de 124 para 54, afastando-se da recomendação internacional de maior número de leitos por hospital. No setor privado também se observou queda de 74 para 66 leitos na média por hospital (Brasil, 2006).

A partir da criação do SUS, em 1990, foram abertos 693 hospitais públicos com média de 34,8 leitos por unidade, talvez fomentados pela base municipalista do sistema, resultando em hospitais locais, de pequeno porte e limitada densidade tecnológica (Brasil, 2006; Braga Neto, 2008).

Ainda como referência ao número de leitos, cabe recuperar por sua atualidade a Conferência do Dr. Adib Jatene, então Secretário de Saúde do Estado de São Paulo, realizada na VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, onde apontou o problema da oferta de serviços públicos nas regiões metropolitanas do País e destacando o caso de São Paulo Capital, apontou o desequilíbrio da oferta de leitos hospitalares entre a área central, a mais rica da cidade, com 12,11 leitos por mil habitantes, comparada com as áreas intermediárias com 4,41 leitos/1000 e com as áreas periféricas com apenas 1 leito por mil habitantes, com áreas de 300.000 habitantes sem um único hospital (Jatene, 1980).

2.2 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO DO NÚMERO E PERFIL DOS ESTABELECIMENTOS E ESTOQUE DE LEITOS NO BRASIL ENTRE 2005 E 2014.

Para a realização deste estudo, utilizaram-se as bases de dados secundários do Ministério da Saúde, essencialmente através do material disponibilizado no site do

DATASUS¹⁰ - Informações de Saúde, através do TABNET, de onde foi extraída grande parte dos registros sobre Assistência à Saúde e Rede Assistencial que serão apresentados e discutidos neste trabalho, além de alguns outros indicadores como a classificação dos serviços segundo seu número de leitos, suas taxas de ocupação e tempo médio de permanência das internações extraídos da Base de Dados do SIHSUS – Sistema de Informações Hospitalares, fornecido pelo DATASUS e tabulados pela Coordenação Geral de Sistemas de Informação – CGSI do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DERAC da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde – MS.

Ao longo e ao final do Capítulo trataremos de pontuar algumas dificuldades enfrentadas na obtenção dos dados, bem como as fragilidades detectadas na sua forma de captação, registro e tabulação, que em alguns momentos se transformaram em obstáculos para a obtenção dos dados ou das informações.

Nas primeiras visitas aos bancos do DATASUS para análise dos estabelecimentos com internações e seus respectivos leitos, foi constatado que existem leitos cadastrados em inúmeros tipos de estabelecimentos, não só nos hospitais, como é o objeto deste estudo, mas também em Centros de Partos Normais, Centros de Atenção Psicossocial, Unidades de Pronto Atendimento, Ambulatórios Especializados, Hospitais Dia e outros. Então, como definição pactuada junto à CGSI, ao logo deste trabalho, quando forem mencionados estabelecimentos ou serviços com leitos/internações estaremos nos referindo ao conjunto de hospitais gerais, hospitais especializados, pronto socorros gerais, pronto socorros especializados e unidades mistas de saúde. Igualmente, quando for referido o total de leitos para internações, também estaremos nos referindo aos leitos existentes nesses estabelecimentos.

2.2.1 Breve visita aos indicadores de 2004:

Nas tabelas e figuras iniciais, nas quais são comparados os dados de 2014 com 2004, não foi possível selecionar os tipos de estabelecimentos conforme referido acima, pois neste caso não tivemos como fazer a seleção de forma retroativa para a amostra já tabulada de 2004 e, portanto, trabalharemos com o universo total de estabelecimentos, crendo que esta decisão contribua para a diminuição dos equívocos de informação.

¹⁰ DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br

No site do DATASUS os bancos extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES estão disponibilizados desde outubro 2005, e por essa razão, nossa observação incidirá a partir de dezembro daquele ano até dezembro de 2014. Antes, porém, faremos breve correlação do que observamos em 2014 com alguns dados apresentados no encarte “Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro”¹¹, cujo foco principal foram os Hospitais com menos de 30 leitos, a partir de então chamados de Hospitais de Pequeno Porte – HPP.

Como pode-se ver na tabela 3, em 2004 existiam 6.223 serviços com internações e em 2014 este número subiu para 8034 (acréscimo de 1811 estabelecimentos).

Tabela 3 – Brasil: frequência, percentual e percentual acumulado de estabelecimentos por faixa de número de leitos em 2004 e 2014.

Faixa de Leitos	Frequência 2004 ¹	Frequência 2014	Diferença 2014- 2004	% 2004	% acumulad o 2004	% 2014	% acumulado 2014
< 5	211	569	358	3,4	3,4	7,1	7,1
5 a 10	315	772	457	5,1	8,5	9,6	16,7
11 a 20	1119	1275	156	18	26,5	15,9	32,6
21 a 30	1052	1036	-16	16,9	43,4	12,9	45,5
31 a 40	813	830	17	13,1	56,5	10,3	55,8
41 a 50	563	638	75	9	65,5	7,9	63,7
51 a 100	1194	1485	291	19,2	84,7	18,5	82,2
> 101	956	1429	473	15,3	100	17,8	100
TOTAL GERAL	6223	8034	1811	100		100	

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência Dez/2014. Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro.

Em 2004 existiam 4073 estabelecimentos com 01 a 50 leitos, perfazendo 65,5% dos estabelecimentos existentes, sendo 2697, 43,4% deles estabelecimentos com até 30 leitos. Já em 2014, 5120 estabelecimentos possuíam entre 01 e 50 leitos, o equivalente a 63,7% dos serviços existentes, com 3652, 45,5% deles com até 30 leitos.

Dos 1811 novos estabelecimentos com internações, 53% deles tinham entre 1 e 30 leitos e 58% entre 1 e 50 leitos.

Quando analisados os leitos SUS disponíveis nestes estabelecimentos, no entanto, conforme a tabela 4, a proporção de sua distribuição pelos portes dos

¹¹ Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira – Ministério da Saúde, 2004. Série B. Textos Básicos de Saúde.

estabelecimentos muda em relação ao observado com os estabelecimentos, pois em 2004, 87862 dos 395368 leitos existentes eram ofertados em estabelecimentos com até 50 leitos (22,2%) e em 2014 um total de 77836 leitos dos 347032 existentes (22,3%), com redução de 10517 leitos (12%) do total existente, sendo 92,5% desta redução observada nos estabelecimentos de 31 a 50 leitos. Porém, houve aumento de 12% dos leitos existentes em estabelecimentos com número de leitos nas faixas de 5 a 10 e de 11 a 20 leitos.

Tabela 4 – Brasil: Número de leitos SUS e percentuais de sua distribuição em estabelecimentos com até 50 leitos, por região brasileira e por faixas de números de leitos, em 2004 e 2014.

Região	Ano	5 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50	Total	%
Norte	2004	238	1194	2220	2169	2002	7823	8,9
	2014	307	1381	2066	1859	2252	7865	10,2
Nordeste	2004	1028	6166	8902	10356	8959	35411	40,3
	2014	1352	6845	8421	8616	7250	32484	42,0
Centro - Oeste	2004	150	2272	3224	3035	2676	11357	12,9
	2014	316	2117	2447,0	1594	1702	8176	10,6
Sudeste	2004	366	2243	3819	4498	6535	17461	19,9
	2014	819	2314	3597	4465	5129	16324	21,1
Sul	2004	157	1789	4076	4883	4905	15810	18,0
	2014	356	1790	2935	4055	3360	12496	16,2
Brasil	2004	1939	13664	22241	24941	25077	87862	100,0
	2014	3150	14447	19466	20589	19693	77345	100,0

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência Dez/2014. * Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro (Ministério da Saúde, 2004).

Em relação ao número de leitos SUS nos estabelecimentos existentes por faixa de número de leitos, observamos que 22,4% deles estavam localizados em serviços de pequeno porte, com menos de 50 leitos enquanto outros 33,3% estavam em serviços com 51 a 150 leitos e 44,3% em estabelecimentos com mais de 150 leitos. Vale lembrar que na revisão previamente apresentada, a literatura e as normativas dos sistemas de saúde analisados desaconselham a existência de hospitais com menos de 100 leitos e há fontes que apontam 200 leitos como o limite inferior aceitável, no que diz respeito à viabilidade financeira e à capacidade destes serviços de fixar profissionais, especialmente os médicos (Mckee e Healy, 2002). Segundo informação do encarte

“Reforma do Sistema Hospitalar Brasileiro” (Brasil, 2004a), em 2004 existiam 37844 leitos SUS em estabelecimentos com 5 a 30 leitos e em 2014, observamos 37063 com discreta redução. Nos estabelecimentos com 31 a 50 leitos, existiam 50018 leitos contra os 40282 observados em 2014, com diminuição de 19,4%. Ora, se houve aumento do número de estabelecimentos e redução do número de leitos, é lógico imaginar que cresceu o número de estabelecimentos com menor número de leitos, especialmente na faixa de 1 a 30 leitos, na contra corrente do que preconiza a literatura mundial.

2. 3 MAPEAMENTO E ANÁLISE DA UTILIZAÇÃO E DESEMPENHO DOS HOSPITAIS/LEITOS EXISTENTES

Olhando a partir de agora a totalidade dos estabelecimentos com internações e não apenas os hospitais de pequeno porte, observamos que, de uma maneira geral, houve uma tendência de aumento do número de serviços na maioria das unidades da federação, quando comparados os números de 2005 e 2014, exceto nos estados do Maranhão, Rio Grande do Norte e Paraíba, conforme se vê no Gráfico7.

Gráfico 7 – Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competências dezembro de 2005 e dezembro de /2014.

Nas capitais esta tendência se repete de forma muito mais acentuada, pois o crescimento de número de serviços nas Unidades Federadas foi de 17,4% enquanto nas Capitais foi de 46,6%. Em 2005 os serviços localizados nas Capitais representavam 17% do total existente e em 2014 passaram a 21%.

Gráfico 8 – Brasil: Comparação do número de serviços com leitos de internação por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competências Dezembro de 2005 e Dezembro de 2014.

Quanto à natureza jurídica dos estabelecimentos e dos leitos SUS, observa-se no CNES uma enorme variedade de classificações, mas em resumo, 50% dos leitos disponíveis são públicos e estão concentrados em 40% dos estabelecimentos públicos cadastrados. A outra metade dos leitos está em estabelecimentos privados, em 60% dos estabelecimentos, conforme se vê na Tabela 5 abaixo, onde se revela ademais uma alta segmentação.

Tabela 5: Brasil – Distribuição dos estabelecimentos com leitos SUS de acordo com sua natureza jurídica, em dezembro de 2014.

Natureza Jurídica	Número de estabelecimentos	Número de leitos SUS
Sem especificação	164	843
Órgão público executivo federal	47	3.507
Órgão público executivo Estadual ou do Distrito Federal	578	61.909
Órgão público do poder executivo Municipal	1.766	60.744
Autarquia federal	36	6.767
Autarquia Estadual ou do Distrito Federal	17	3.148
Autarquia Municipal	30	2.304
Fundação Federal	10	1.519
Fundação Estadual ou do Distrito Federal	48	7.744
Fundação Municipal	90	5.676
Fundo público	609	19.307
Associação pública	9	508
Fundação pública de direito privado Estadual ou do Distrito Federal	1	111
Fundação pública de direito privado Municipal	9	236
Empresa pública	7	1.150
Subtotal público	3.257	174.630
Sociedade de economia mista	6	1.813
Sociedade anônima fechada	210	1.129
Sociedade empresária limitada	1.755	27.762
Empresário (individual)	55	755
Cooperativa	124	49
Sociedade simples pura	36	341
Sociedade simples limitada	415	5.818
Empresa individual de responsabilidade limitada (de natureza empresarial)	14	268
Fundação privada	223	21.120
Serviço social autônomo	4	146
Entidade sindical	2	28
Associação privada	1.761	112.330
Subtotal privado	4.605	171.559
TOTAL GERAL	8.026	347.032

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, dezembro de 2014.

Em dezembro de 2014 o panorama geral de distribuição dos serviços com internações por tipo de estabelecimento e esfera administrativa está demonstrado abaixo, no Gráfico 9, onde podemos ver o predomínio de hospitais gerais, seja na rede SUS, particular ou conveniada. Vemos também que pouco mais da metade dos leitos SUS (54%) são ofertados pelo setor público, sendo os 46% restantes vinculados a estabelecimentos filantrópicos (26%) ou privados (20%).

Gráfico 9: Brasil – Distribuição dos serviços de saúde com internações por tipo de estabelecimento e esfera administrativa.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência Dezembro de /2014.

Quando observa-se a distribuição destes estabelecimentos com internação SUS nas regiões brasileiras, vemos uma maior concentração nas regiões sudeste e nordeste, conforme se vê no Gráfico 10 abaixo.

Gráfico 10 – Brasil: Distribuição percentual dos estabelecimentos com internação SUS por região em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de saúde – Rede assistencial - CNES – estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

Quanto ao tipo de estabelecimento com internações, observam-se as seguintes distribuições: para o país como um todo, vemos o predomínio dos hospitais gerais (74,6%) e uma quantidade similar de hospitais especializados (11,5%) e unidades mistas (12,3%), configurando a tradicional imagem dos “dois Brasis”: um onde se concentra a tecnologia e outro no qual se vê a precariedade das instituições, entre elas os serviços de saúde. Observamos também 1,5% de estabelecimentos hospitalares cadastrados como “Pronto Socorros”, pois, apesar do nome, são em verdade, hospitais e esta é a razão pela qual foram inseridos neste estudo, conforme tratativas e entendimentos mantidos com a coordenação do DERAC.

Gráfico 11 – Brasil: Distribuição nacional dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

Nas Regiões norte e nordeste, observam-se perfis parecidos de distribuição por tipo de estabelecimento, com a maior concentração de estabelecimentos tipo unidade mista do país (19,6% 23,9% respectivamente, trazendo os percentuais de Hospitais Gerais para baixo da média nacional, com 68,9% e 63,7% respectivamente, conforme se pode ver nos Gráficos 12 e 13, embora o número absoluto de serviços na região nordeste seja 4 vezes o da região norte.

Gráfico 12 – Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região norte, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

Gráfico 13 – Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região nordeste, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

Já o perfil de distribuição da região sudeste é diferente de todas as outras regiões, com a maior porcentagem de Hospitais Especializados do país – 15,9% (244), seguida de perto, no entanto, pela região nordeste com 11,1% (224). O número de unidades mistas é pequeno e aqui se encontra a maior concentração de serviços hospitalares denominados Pronto Socorros.

Gráfico 14 – Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região sudeste, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

As regiões sul e centro-oeste, representadas abaixo nos Gráficos 15 e 16, nas quais se vê a maior concentração nacional de hospitais gerais, com 89,8% e 84,4% respectivamente. A região sul apresenta a menor concentração de hospitais especializados do país (6,6%).

Gráfico 15 – Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região sul, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

Gráfico 16 – Brasil: Distribuição dos serviços com internação SUS segundo o tipo de estabelecimento na região centro-oeste, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial - CNES – Estabelecimentos com internações, competência dezembro de /2014.

No Gráfico 17, podemos observar a tendência de redução (4,2%) do número de leitos existentes nas unidades da Federação no período estudado, exceto na região norte, nos estados de Rondônia, Acre, Roraima, Pará, Amapá e Tocantins, Alagoas no nordeste, Espírito Santo no sudeste, Santa Catarina e Rio Grande do Sul no sul e Distrito Federal no centro-oeste.

Nas capitais este padrão de redução não se mantém e temos um aumento de 6,2% no total de leitos com crescimento na maioria das capitais, exceto Rio Branco, Manaus, Teresina, Fortaleza, Natal, João Pessoa, Aracaju, Belo Horizonte, Curitiba e Florianópolis.

Gráfico 17 – Brasil: Comparação do número de leitos existentes para internação por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Recursos Físicos – Leitos de internação, competências dezembro de 2005 e dezembro de /2014

Gráfico 18 – Brasil: Comparação do número de leitos existentes para internação por capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Recursos Físicos – Leitos de internação, competências dezembro de 2005 e dezembro de /2014.

Finalmente, se houve um aumento do número de estabelecimentos e diminuição do número total de leitos, ou um pequeno aumento como vimos nas capitais, o número médio de leitos por estabelecimento de saúde com internação foi afetado e também mostra diminuição na maior parte das unidades federadas, exceto nos estados de Roraima, Amapá e Mato Grosso. O mesmo acontece com as capitais, exceto Porto Velho, Boa Vista e Macapá.

O número médio de leitos de internação por estabelecimento para o Brasil caiu de 46 em 2005 para 38 em 2014. Alguns estados como Rio de Janeiro (queda de 74 para 49), São Paulo (72 – 53) e o Distrito Federal (90 – 57) apresentaram reduções bastante marcantes. Nas capitais, a queda foi de 82 em 2005 para 59 em 2014, com as maiores quedas em Florianópolis (65 – 32), Curitiba (78 – 43), Belém (95 – 57) e Campo Grande (74 – 45). Nas unidades da federação não encontramos médias acima de 100 leitos. Nas capitais, em 2005, tínhamos São Paulo com 130 e Porto Alegre com 186. Sabemos que as duas cidades abrigam os maiores hospitais do país. Em 2014 apenas Porto Alegre manteve a média acima dos 100 leitos (119 leitos).

Estes números sugerem que a ampliação da rede hospitalar se deu através da implantação de unidades hospitalares pequenas e é possível supor que este crescimento

no período tenha sido, em certa medida, estimulado pela Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte – HPP, instituída pela Portaria GM/MS 1044 (Brasil, 2004b), em que pese a tendência de diminuição do número médio de leitos por estabelecimento ter um antecedente histórico recente já descrito e constituir uma tendência mesmo antes da Portaria 1044 / 2004.

Gráfico 19 – Brasil: Comparação do número médio de leitos por serviço de internação, por unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 20 – Brasil: Comparação do número médio de leitos por serviço de internação, por capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Até aqui registramos a diminuição no número de leitos existentes, demonstrada também no Gráfico 21 abaixo, onde observa-se a diminuição do número total de leitos, que em 2005 era de 462908 e caiu para 443767 em 2014, com redução de 19141 leitos (4,1%). Porém, a queda foi mais acentuada na oferta de leitos SUS que em 2005 era de 353163 leitos e em 2014 era de 315894, com redução de 37269 leitos (10,5%). Os leitos Não SUS, no entanto, não seguiram a mesma tendência neste período, indo de 109745 em 2005 para 127873 em 2014, com aumento de 18128 leitos (16,5%).

Gráfico 21 – Brasil: Evolução do número de leitos existentes, leitos SUS e leitos Não SUS, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

2.3.1 Leitos existentes por mil habitantes

Com o crescimento da população de 185.150.806 para 202.768.562 de habitantes entre 2005 e 2014 (IBGE,2016) e a diminuição do número de leitos, a quantidade de leitos para mil habitantes também mostra redução progressiva, conforme se pode ver na figura 16. A oferta de leitos hospitalares (leitos Existentes, que é igual à soma do total SUS e Não SUS), vem caindo nos últimos anos e, neste estudo, observa-se que foi de 2,51 leitos/1000 habitantes em dezembro de 2005, para 2,19 leitos/1000 habitantes em dezembro de 2014.

A oferta total de leitos no país, incluídos aqui os leitos públicos, filantrópicos e privados não logra atingir o parâmetro preconizado pela Portaria MS 1101 de 2,5 a 3 leitos/1000 habitantes, a qual esteve vigente até 01/10/2015. Muito menos se aproxima dos 4,0 leitos/1000 habitantes que foi projetado como necessário para o País no Capítulo 1, sendo 2,5/1000 para pacientes agudos, 1/1000 para procedimentos eletivos e

0,5/1000 para pacientes com necessidades de cuidados prolongados, com graus variados de dependência, continuados ou paliativos (Brasil, 2002).

Gráfico 22 – Brasil: Evolução do número de leitos existentes e leitos SUS para cada 1000 habitantes, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014 – População residente no Brasil – DATASUS.

Comparando no cenário nacional as ofertas de leitos existentes por 1000 habitantes nas unidades federadas, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014, a redução de oferta se repete em quase todos os estados, exceto em Rondônia, Roraima, Pará e Rio Grande do Sul.

Gráfico 23 – Brasil: Evolução do número de leitos existentes por mil habitantes nas Unidades da Federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

O Gráfico 24 abaixo mostra de forma mais clara os leitos existentes/1000 habitantes em cada uma das unidades federadas, sendo a média nacional de 2,19 leitos/1000 habitantes. A maior oferta é vista no Rio Grande do Sul (2,80) e a menor em Sergipe (1,47).

Gráfico 24: Brasil – leitos existentes por 1000 habitantes por Unidade da Federação em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Nas capitais podemos observar uma oferta maior de leitos, pois sabidamente, é nas maiores cidades que se concentram os recursos especializados e para onde acorrem grandes segmentos da população das cidades menores, especialmente as mais próximas ou de acesso mais facilitado. No Gráfico 25 a seguir, comparando os meses de dezembro de 2005 e dezembro de 2014, temos ampliação da oferta em Porto Velho, Boa Vista, Belém, Palmas, Recife, Rio de Janeiro, São Paulo, Porto Alegre, Campo Grande e Cuiabá.

Gráfico 25 - Brasil – Evolução do número de leitos existentes por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

O Gráfico 26 mostra como se comportam estes números em cada capital em dezembro de 2014, quando as ofertas vão desde 5,32 leitos/1000 habitantes em Vitória a 1,69 leitos/1000 em Macapá, ficando a média das capitais em 3,04 leitos/1000 habitantes. Estas contas, no entanto, são realizadas utilizando apenas as populações residentes em cada uma das cidades, sem considerar os movimentos migratórios que se dão em direção a elas, na busca de assistência à saúde, entre outras necessidades não satisfeitas.

Gráfico 26 - Brasil – leitos existentes por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Leitos SUS por 1000 habitantes

Quando analisamos os leitos SUS, a situação fica bastante mais complexa e dramática, pois no período estudado a oferta caiu de 1,91 em dezembro de 2005 para 1,56 em dezembro de 2014, com redução mais acentuada que a observada para o conjunto dos leitos existentes. O Gráfico 27 mostra como ocorreram estas reduções nas várias unidades federadas, nas quais o padrão se repetiu, exceto em Rondônia, Roraima e Rio Grande do Sul.

Gráfico 27 - Brasil – Evolução do número de leitos SUS por 1000 habitantes nas unidades federadas, entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

O Gráfico 28 demonstra a oferta de leitos SUS nas unidades federadas em dezembro de 2014, classificando-as em ordem decrescente e em relação à média nacional. Assim podemos observar a maior oferta no Piauí, com 2,03 leitos/1000 habitantes, passando pelo Brasil, com 1,56 leitos/1000 habitantes e tendo o estado de Sergipe com menor a oferta, apresentando 1,16 leitos/1000 habitantes.

Vale salientar que, diferentemente de outros estudos institucionais, não levamos em conta, em nosso cálculo, nenhum percentual de redução atribuído à cobertura por saúde suplementar, não apenas pelo fato das informações sobre a cobertura assistencial dos planos de saúde ser de difícil interpretação em termos de acesso, pois nem todos assegurados com direito à hospitalização tem acesso aos mesmos hospitais, tornando assim, o difícil alinhamento de denominadores e numeradores. Além disso, temos a convicção de que o SUS deve ser capaz de assistir com garantia de acesso oportuno e qualificado a todos os brasileiros e brasileiras e, portanto, usamos como denominador da equação toda a população do país.

Gráfico 28: Brasil – leitos SUS por 1000 habitantes por Unidade da Federação em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

No cenário da oferta de leitos SUS nas capitais, conforme Gráfico 29, observamos a mesma tendência das unidades federadas, com reduções mais acentuadas em João Pessoa, Aracaju e Goiânia e ampliações em Porto Velho, Boa Vista, Belém, Palmas, São Luís, Recife e Cuiabá, comparando os meses de dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 29: Brasil – Evolução do número de leitos SUS por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

No Gráfico 30, as ofertas de leitos/1000 habitantes das capitais estão exibidas em ordem decrescente, indo de 3,99 leitos/1000 habitantes em Recife a 1,25 leitos/1000 habitantes em São Paulo, passando pela média das capitais que foi de 1,88 leitos/1000 em dezembro de 2014.

Gráfico 30: Brasil – leitos SUS por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Quanto aos leitos Não SUS, o Gráfico 31 abaixo nos demonstra uma tendência predominante de redução de oferta quando comparamos dezembro de 2005 e dezembro de 2014. Observamos aumento de oferta no Acre, Pará e Rio de Janeiro.

Gráfico 31: Brasil – Evolução do número de leitos Não SUS por 1000 habitantes nas unidades federadas, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

O Gráfico 32 mostra a oferta de leitos Não SUS por unidade federada, colocando-a em ordem decrescente. Assim temos a maior oferta de leitos/1000 habitantes no Pará - 5,46 leitos/1000 e a menor em Roraima, com 1,31 leitos/1000 habitantes, passando por 2,41 leitos/1000 para o Brasil. Para a obtenção destes números foram utilizados os percentuais de cobertura dos planos de saúde disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde Suplementar¹².

¹² Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Disponível em: www.ans.gov.br

Gráfico 32: Brasil – leitos Não SUS por 1000 habitantes por unidade federada em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

A oferta de leitos Não SUS nas Capitais também mostra tendência de redução, conforme podemos observar no Gráfico 33. As cidades de Rio Branco, Belém, Palmas, Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo, no entanto, apresentaram aumento do número de leitos Não SUS por 1000 habitantes entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Gráfico 33: Brasil – Evolução do número de leitos Não SUS por 1000 habitantes nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Quando comparamos a oferta em ordem decrescente, para as capitais, conforme Gráfico 34 a seguir, observamos a maior oferta – 6,14 leitos/1000 habitantes em Goiânia e a menor – 1,35 em Boa Vista.

Gráfico 34 - Brasil – leitos Não SUS por 1000 habitantes por capital em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Foi elaborado um quadro exaustivo da evolução do número absoluto de leitos Existentes, SUS e Não SUS, bem como a relação por mil habitantes em cada uma das unidades da federação e em suas respectivas capitais, regiões metropolitanas e interior. Tal quadro, não anexado a esta Tese, revela o processo de migração de leitos de estabelecimentos privados e filantrópicos prestadores de serviços ao SUS para a Saúde Suplementar. O volume de cobertura hospitalar SS aumentou mas não houve aumento proporcional de leitos no seu estoque, provocando queda no número de leitos por 1000 habitantes.

2.3.2 Leitos por tipo de prestador

A partir da constatação da redução progressiva do número de leitos que observamos na última década, julgamos importante aproximar o olhar e analisar em maior detalhe o comportamento dos leitos SUS. Desta forma, no Gráfico 35, observamos sua distribuição entre os estabelecimentos Públicos, Filantrópicos e Privados, onde vemos que os leitos públicos apresentaram uma tendência de crescimento, com aumento de 18853 leitos no período (13%), os leitos SUS em

estabelecimentos filantrópicos apresentaram uma queda de 5,6%, com redução de 5908 leitos e os leitos SUS em estabelecimentos privados mostraram uma grande queda, com redução de 50214 leitos entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014 (48,8%).

Gráfico 35 – Brasil: Evolução do número de Leitos SUS em estabelecimentos Públicos, Filantrópicos e Privados, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Entendendo melhor este comportamento em cada uma das unidades da federação, observamos que os leitos públicos apresentaram crescimento entre 2005 e 2014, exceto nos estados do Piauí (4866 – 4852) e Minas Gerais (9548 – 8931), conforme se vê na figura 30 abaixo.

Gráfico 36 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Públicos, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Quando olhamos as capitais, o padrão de crescimento de leitos SUS se manteve de uma forma geral, com aumento de 11,9% no período, indo de 52441 leitos em 2005 para 58695 em 2014, exceto em algumas cidades onde houve diminuição da oferta de leitos públicos, como Rio Branco (557 – 529), Maceió (810 – 785), Belo Horizonte (2546 – 2265), Florianópolis (847 – 818) e Porto Alegre (2746 – 2640).

Gráfico 37 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Públicos, por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Na rede SUS de estabelecimentos filantrópicos, houve diminuição do número total de leitos, caindo de 105.085 leitos em 2005 para 99177 em 2014. Observando cada unidade da federação vemos que houve diminuição na maioria dos Estados, mas algumas mostraram elevação da oferta de leitos SUS em estabelecimentos filantrópicos, como Rondônia (85 – 108), Pará (1031 – 1180), Amapá (75 – 103), Ceará (2116 – 3608), Pernambuco (2503 – 3293), Paraná (5960 – 6487), Rio Grande do Sul (13131 – 14177), Mato Grosso (952 – 1188) e Goiás (1988 – 2250). É fato que as ampliações de oferta de leitos SUS no setor filantrópico oscilam desde 7,9% no Rio Grande do Sul a 70,5% no Ceará. As diminuições também oscilam grandemente, indo de 1,9% no Espírito Santo a 57,4% no Tocantins.

Gráfico 39 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Filantrópicos, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FORTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Nas capitais a tendência de redução se repete, embora em menor escala, caindo a oferta de 21313 leitos para 20833, com 2,3% de redução. Alguns estados apresentaram discreta tendência de aumento de leitos SUS filantrópicos que não se reproduziram em suas capitais, como Paraná (8,9%) e Rio Grande do Sul (8%). Em contrapartida, estados que mostraram reduções como Alagoas (3,8%), Maranhão (17,7%), Mato Grosso do Sul (25,1%) e Minas Gerais (1,9%) mostraram discreto aumento destes leitos nas capitais, sugerindo que as reduções se deram no interior do estado.

Gráfico 40 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Filantrópicos nas capitais, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Quanto à oferta de leitos SUS em estabelecimentos privados, como já mencionado acima, o número caiu de 102820 em 2005, para 52606 em 2014, com redução de 48,8%. Esta redução está distribuída pelos diferentes estados da federação, conforme se vê no Gráfico 41. À exceção dos estados de Rondônia (12,3%) e Amazonas (10,2%) que apresentaram pequenos aumentos e do DF que aumentou em 3,5 vezes seus leitos SUS em estabelecimentos privados (25 – 89), os demais estados apresentaram reduções que variaram de 18,8% como Alagoas, com redução de 2213 para 1796 leitos, até reduções acima da média nacional, como Pernambuco com 52,3% (6164 – 2941), Bahia com 53,3% (7666 – 3582), Minas Gerais com 54,4% (10705 – 4883), Rio de Janeiro com 56,2% (13996 – 6136), Paraíba com 66,4% (3891 – 1308) e Maranhão com 75,7% (5620 – 1366). Estes números refletem uma migração de leitos privados para a Saúde Suplementar ou o fechamento de leitos que deixam de ser pagos pelo SUS, como no caso específico da saúde mental.

Gráfico 41 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Privados, por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Nas capitais também ocorreu diminuição dos leitos SUS em estabelecimentos privados na maioria das cidades, caindo o total de 20750 em 2005 para 11.326 em 2014 (45,4%). Algumas capitais, no entanto, apresentaram discreto aumento de oferta, como São Luís – 2,1% (607 – 620) e Natal – 8,9% (572 – 623). Outras duas apresentaram percentuais elevados de crescimento de leitos SUS em estabelecimentos privados, a saber: Florianópolis – 120% (94 – 207) e Brasília – 256% (25 – 89). Nas demais capitais houve redução dos leitos que oscilou entre 10% em Maceió (1222 – 1100) a 73,2% no Rio de Janeiro (2913 – 782). Ocorreram ainda altos percentuais de redução em Fortaleza – 69,3% (2571 – 793), Vitória – 68,6% (156 – 49), São Paulo – 67,7% (790 – 255), Salvador – 67,7% (1190 – 399) e Teresina – 63% (508 – 188).

Gráfico 42 – Brasil: Comparação dos leitos SUS em estabelecimentos Privados, por capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Observada a redução no número total de leitos existentes (menos 19141 – 4,1%), resultante do balanço negativo entre um aumento dos leitos públicos (mais 18128 – 16,5%) e uma diminuição numericamente maior dos leitos Não SUS (menos 37.269 – 10,6%), com a maior redução de leitos SUS, observada nos estabelecimentos privados (-50.214), acompanhada por um aumento menor de leitos SUS públicos (+18.853). Buscaremos entender em que especialidades e tipo de prestador ocorreram estes aumentos e diminuições de oferta SUS e como se comportaram, em linhas gerais, estas mudanças nas várias unidades federadas e suas capitais.

Lembrando que temos como ponto de partida uma oferta muito inferior ao que é preconizado como mínimo para responder às necessidades populacionais em sistemas que apostam estrategicamente na Atenção Primária e na ambulatorização de procedimentos, tendo em vista o desempenho desejável na comparação internacional (OCDE,2015). Portanto além da extrema preocupação frente ao fato da diminuição da oferta, é importante destacar a preocupação frente ao não crescimento suficiente e estruturado da oferta pública em estabelecimentos de porte adequado, resultando em leitos pouco resolutivos, com um estoque de leitos diluído em estabelecimentos

pequenos e os acréscimos incrementais no âmbito público não necessariamente compondo a estratégia de uma nova arquitetura assistencial.

2.3.3 Leitos por especialidades

Observando os grandes grupos de especialidades utilizados pelo CNES: cirurgia, clínica, obstetrícia, pediatria, outras especialidades e hospital dia notaremos que houve, ao longo do período estudado, redução dos leitos em todas elas, exceto nos leitos dia. Assim, os leitos clínicos, que em 2005 somavam 108903, em 2014 caíram para 107.527 leitos, com redução de 1,3%, ou seja, 1376 leitos. Os leitos cirúrgicos diminuíram de 75.799 em 2005 para 75.485 em 2014 (-0,4%). Os leitos obstétricos somavam 50.133 em 2005 e em 2014 eram 41.989, com redução de 8144 leitos (-16,2%). Os leitos pediátricos caíram 22,6% no período, indo de 57.238 em 2005 para 44.326 em 2014, ou seja menos 12.912 leitos. Nos leitos denominados outras especialidades, encontramos o maior percentual de redução, com -28,3%, totalizando 16.609 leitos, partindo de 58.630 leitos em 2005 e chegando a 42.021 em 2014. Em relação aos leitos dia, observamos o único aumento entre todas as especialidades, com crescimento de 2.086 leitos (184,8%), indo de 2460 em 2005 para 4.546 em 2014. A figura 36 mostra as linhas das tendências descritas acima.

Gráfico 43 – Brasil: Evolução dos leitos SUS por Especialidade, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Vale lembrar que entre os leitos Não SUS houve crescimento da oferta em todas as especialidades, da ordem de 3% em pediatria e obstetrícia, da ordem de 19% em clínica e cirurgia, 14% em outras especialidades e 149% em leitos dia.

Avaliaremos agora as mudanças ocorridas nas quantidades de leitos SUS ofertadas pelos setores público, filantrópico e privado.

O Gráfico 44 mostra as tendências para cada especialidade nos estabelecimentos públicos no período estudado. Dos 13% de crescimento dos leitos SUS ofertados pelo setor público (18.853 leitos) entre 2005 e 2014, observamos crescimento de 52,1% nos leitos clínicos (9.828, representando um aumento de 20,2% no período), 36,4% nos leitos cirúrgicos (6.863, representando um aumento de 20,8% no período), 8,8% nos leitos obstétricos (1.665, representando um aumento de 7,2% no período), 8% nos leitos dia (1.520, representando um aumento de 146,2% no período), 2% nos leitos pediátricos (383, representando um aumento de 1,6% no período) e 7,5% de redução nos leitos de outras especialidades (1.406, representando uma redução de 9,5% no período). Ou seja a retirada dos leitos privados e filantrópicos foi atenuada em

seu impacto pela criação de leitos públicos, que no entanto não evitaram a redução do estoque geral de leitos e em particular o estoque do SUS.

Gráfico 44 – Brasil: Evolução dos leitos SUS em estabelecimentos públicos, por especialidade, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Vamos avaliar agora a evolução dos leitos SUS por especialidade em estabelecimentos filantrópicos no período compreendido entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014. O Gráfico 45 abaixo mostra alguma oscilação dos leitos clínicos ao longo do período, com discreta redução da oferta total entre 2005 (34.422) e 2014 (34.015). Movimento semelhante ocorre com a oferta de leitos cirúrgicos, que em 2005 era de 25.016 leitos e em 2014 de 24.818. Leitos Obstétricos (14.588 – 12.294) e Pediátricos (16.315 – 12.391) apresentaram redução da oferta. Nas “Outras Especialidades” observamos discreto crescimento (13.975 – 14.335) e ocorre aumento da oferta de leitos dia SUS em estabelecimentos filantrópicos entre 2005 (769) e 2014 (1.324)

Gráfico 45: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por especialidade, em estabelecimentos filantrópicos, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Como já descrito antes, o setor privado mostrou o maior volume de redução de leitos SUS e na figura abaixo vemos que o principal impacto numérico está entre os leitos “Outras Especialidades” que caíram de 29.816 em 2005 para 14.253 em 2014, com redução de 52,2% (-15563 leitos). O segundo maior volume numérico de redução é o de leitos de clínica médica, que foram de 25743 em 2005 para 14.946 em 2014, com redução de 41,9% da oferta (-10797). A seguir vemos os leitos de pediatria, que caíram de 16448 em 2005 para 7077 em 2014, com redução de 57% (-9371 leitos). Os leitos SUS obstétricos no setor privado apresentaram redução de 60,4% (-7515), indo de 12.446 em 2005 para 4.931 em 2014. A menor redução se deu nos leitos cirúrgicos, com diminuição de 6979 leitos (-39,4%), caindo de 17.716 leitos em 2005 para 10.737 em 2014.

Gráfico 46: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por especialidade, em estabelecimentos privados, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Foi realizado ainda que não esteja anexada a esta Tese um mapeamento da evolução da oferta de cada especialidade nos estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados, por unidade da federação e por capital entre dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

• Leitos de outras especialidades

A seguir vamos avaliar com maior detalhe a evolução dos leitos “Outras Especialidades” no período estudado, lembrando, mais uma vez, conforme mostra o Gráfico 47, que há tendência de queda no período, no total de leitos existentes - 21,4% (70.283 – 55.267) e na oferta de leitos SUS - 28,3% (58.630 – 42.021), mas notamos discreto aumento no número de leitos Não SUS – 13,7% (11.653 – 13.246).

Gráfico 47: Brasil – Evolução dos leitos Existentes, SUS e Não SUS, “Outras Especialidades”, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Entre os leitos “Outras Especialidades” estão os leitos de crônicos, psiquiatria, reabilitação e fisiologia. A seguir trataremos de entender como e onde ocorreram as reduções observadas neste conjunto de leitos, conforme se vê no Gráfico 48.

Dos 16.609 leitos SUS de “Outras Especialidades” desativados no período estudado, 15.614 deles (94%) eram leitos psiquiátricos, com uma redução de 33,7% da oferta nesta área (46.324 – 30.710). Nas demais especialidades as reduções foram de 3,1% dos leitos crônicos (9.213 – 8.939), 20,7% dos leitos de fisiologia (1.899 – 1.505) e 26,7% dos leitos de reabilitação (1.194 – 875).

Gráfico 48: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades”, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Dos 42003 leitos SUS ofertados nestas especialidades, 13433 estão em estabelecimentos públicos, 14335 em estabelecimentos filantrópicos e 14253 nos privados, sendo a oferta pública, portanto, a menor delas, mesmo após a marcante redução de leitos SUS observada no setor privado na última década. De fato, houve diminuição na oferta de leitos de outras especialidades (1406 – 9,5%) e de leitos para crônicos em 1,3% e psiquiátricos em 13,2% e aumento da oferta em 2,1% de leitos de tisiologia e 19,3% de reabilitação. Abaixo o Gráfico 49 mostra as linhas de tendência comentadas.

Gráfico 49: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor público, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Nos estabelecimentos filantrópicos, houve discreto crescimento médio (360 leitos – 2,6%), com aumento de 960 leitos crônicos (25,5%) e redução de leitos psiquiátricos (14 – 0,2%), de reabilitação (194 – 33,1%) e tisiologia (392 – 66,1%).

Gráfico 50: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor filantrópico, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Nos estabelecimentos privados houve redução em todas as especialidades, mas a redução de leitos SUS de psiquiatria corresponde a 90,7% da diminuição total de leitos de outras especialidades no setor privado, com uma queda de 53,7% dos leitos psiquiátricos entre 2005 (26347) e 2014 (12189). Os leitos crônicos sofreram redução de 40% (1210 leitos), os de reabilitação de 42,8% (167) e os de tisiologia de 53,8% (28), conforme demonstra o gráfico 51.

Gráfico 51: Brasil – Evolução dos leitos SUS, por cada uma das “Outras Especialidades” no setor privado, de dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Foi realizado ainda que não esteja anexada a esta Tese, um mapeamento da evolução da oferta dos leitos de cada uma das “outras especialidades” nos estabelecimentos públicos, filantrópicos e privados, de dezembro de 2005 e dezembro de 2014, por unidade da federação e por capital.

2.3.4 Leitos complementares

Observemos agora a evolução dos leitos complementares, entre eles os de Terapia Intensiva Adulto, Infantil e Neonatal.

O Gráfico 52 abaixo mostra uma tendência de crescimento no número de leitos complementares, de 2008 a 2014, com aumento de 29,8% nos leitos existentes, 25,7% nos leitos SUS e 34,3% nos leitos Não SUS.

Gráfico 52: Brasil – Evolução do número de Leitos Complementares Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

O Gráfico 53 a seguir mostra que os leitos complementares existentes estão predominantemente instalados no setor privado, com 61,6% dos 54636 leitos cadastrados.

Gráfico 53: Brasil – Distribuição dos leitos complementares existentes no país por esfera administrativa: federal, estadual, municipal e privada, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Quanto à sua distribuição pelas unidades federadas, observamos que houve aumento em todos os estados, com exceção do Amapá e Mato Grosso do Sul. No estado do Acre o crescimento da oferta foi maior que 100%. Podemos observar a tendência de crescimento nos diferentes estados no Gráfico 54.

Gráfico 54: Brasil – Distribuição dos leitos complementares Existentes por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Nas capitais a tendência de crescimento observada nas unidades federadas se repetiu, exceto nas cidades de Macapá, São Paulo e Campo Grande onde foram observadas diminuições da oferta de leitos. Houve crescimento maior que 100% nas cidades de Rio Branco e Palmas.

Gráfico 55: Brasil – Distribuição dos leitos complementares Existentes por Capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Quando olhamos para a oferta de leitos complementares SUS, ela cai para metade do parque existente – 50,8%, com 27749 leitos, sendo 43,6% deles ofertados pelo setor privado, incluídos aqui os estabelecimentos filantrópicos. Os leitos ofertados pela esfera estadual constituem o segundo maior conjunto de leitos complementares SUS, com 33,3% do total, conforme se vê na Tabela 5 e no Gráfico 56.

Tabela 5: Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por tipo de prestador e esfera administrativa em dezembro de 2014

Brasil - Distribuição dos Leitos Complementares SUS por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa - dezembro de 2014				
Esfera	Público	Filantropico	Privado	Total
Federal	1845	0	0	1845
Estadual	9252	0	0	9252
Municipal	4522	0	0	4522
Privada	0	9066	3038	12104
TOTAL	15619	9066	3038	27723

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Gráfico 56: Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por esfera administrativa: federal, estadual, municipal e privada, em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Quando avaliamos a oferta de leitos complementares SUS, observamos que houve crescimento em todas as unidades federadas, exceto em Roraima e no Amapá. Observamos também que os percentuais de crescimento da oferta SUS ultrapassaram os 100% nos estados de Rondônia, Acre e Maranhão, conforme se vê no Gráfico 57 abaixo.

Gráfico 57: Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por Unidade da Federação em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Analisando as capitais observamos uma redução da oferta de leitos complementares SUS nas cidades de Boa Vista, Macapá e Porto Alegre e ampliação maior que 100% em Rio Branco, mantendo-se nas demais capitais a tendência de crescimento de oferta observada nas unidades federadas.

Gráfico 58 - Brasil – Distribuição dos leitos complementares SUS por Capital em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Todos os leitos de terapia intensiva estão cadastrados no CNES dentro deste grupo de leitos, que inclui também os leitos de cuidados intermediários e os leitos de isolamento. Assim, os leitos de terapia intensiva adulto correspondem a 46,4% dos leitos complementares, os de terapia intensiva infantil a 8,5% e os de terapia intensiva neonatal a 16%, ou seja, 71% do total de leitos complementares cadastrados. Os leitos de cuidados intermediários, isolamento e queimados correspondem a outros 22% do total.

- **Leitos de terapia intensiva adulto**

Quando avaliamos a oferta de leitos de Terapia Intensiva Adulto, observamos um crescimento de 31,4% no total de leitos existentes no período deste estudo, sendo 42,4% de crescimento nos leitos de Terapia Intensiva SUS e apenas 22,3% nos leitos Não SUS, embora a oferta total de leitos Não SUS ainda permaneça maior que a de leitos SUS.

Gráfico 59: Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Adulto Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Detalhando um pouco mais a oferta de leitos de UTI Adulto SUS em dezembro de 2014, conforme se pode ver na Tabela 7 e Gráfico 60 abaixo, dos 12.860 leitos disponíveis, 6.877 estavam em estabelecimentos da esfera privada (53%), sendo 5.015 filantrópicos. O segundo maior parque de leitos é o da esfera estadual, com 3.736 leitos, ou seja, 29% do total.

Tabela 7: Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Adulto por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.

Brasil - Distribuição dos Leitos de UTI Adulto SUS por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa – dezembro de 2014				
Esfera	Público	Filantrópico	Privado	Total
Federal	806	0	0	806
Estadual	3736	0	0	3736
Municipal	1441	0	0	1441
Privada	0	5015	1862	687
TOTAL	5983	5015	1862	12860

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Gráfico 60: Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva adulto por esfera administrativa em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Observando agora a distribuição e oferta de leitos SUS de UTI Adulto pelas unidades federadas, conforme se vê no Gráfico 61 abaixo, notamos que no período estudado houve aumento de oferta em todas, sem exceção.

Gráfico 61: Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Adulto por Unidade da Federação, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

Fonte: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Nas capitais, a tendência de crescimento da oferta de leitos SUS de UTI Adulto se mantém, com ampliação maior que 100% em Porto Velho, Boa Vista e Rio de Janeiro e redução nas cidades de Belém e Porto Alegre.

Gráfico 62: Brasil – Distribuição dos leitos de UTI Adulto SUS por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

- **Leitos de terapia intensiva infantil**

Os leitos de Terapia Intensiva Infantil mostraram uma tendência de crescimento dos leitos existentes de 8,7% - 345 leitos, também observada na oferta de leitos SUS com 29,9% de aumento no período - 539 leitos. Porém nos leitos Não SUS ocorre diminuição da oferta ao longo do período, com redução de 194 leitos - 8,9%.

Gráfico 63: Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Infantil Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014

Tabela 8: Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Infantil por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.

Brasil - Distribuição dos Leitos de UTI Infantil SUS por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa - dezembro de 2014				
Esferas	Público	Filantropico	Privado	Total
Federal	150	0	0	150
Estadual	924	0	0	924
Municipal	306	0	0	306
Privada	0	718	242	760
TOTAL	1380	718	242	2340

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Gráfico 64: Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva infantil por esfera administrativa em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Quando observamos a oferta SUS por unidade federada, a tendência de crescimento se mantém (29,9%), exceto nos estados da Paraíba, Minas Gerais, Espírito Santo e Rio Grande do Sul, onde ocorre redução da oferta. Por outro lado, há estados onde o crescimento supera os 100%, como Rondônia, Acre, Sergipe e Rio de Janeiro, conforme se pode ver no Gráfico 65 a seguir.

Gráfico 65: Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Infantil por unidade da federação em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Nas capitais o percentual de ampliação é semelhante ao observado nas unidades federadas e tivemos redução de oferta nas cidades de Belém, João Pessoa e Belo Horizonte e manutenção do número de leitos disponíveis nas cidades de Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Palmas, Vitória e Cuiabá. Nas cidades de Rio Branco, Maceió, Aracaju e Rio de Janeiro, houve aumentos superiores a 100%, conforme se vê no Gráfico 66 abaixo.

Gráfico 66: Brasil – Distribuição dos leitos SUS de UTI Infantil por Capital, em dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

- **Leitos de Terapia Intensiva Neonatal**

Analisando a oferta de leitos de Terapia Intensiva Neonatal, observamos tendência de crescimento geral, com aumento de 22,5% nos leitos existentes (1.612), 38,5% nos leitos SUS (1225) e 9,8% nos leitos Não SUS. Ao longo do período a oferta de leitos SUS cresceu e ultrapassou a oferta de leitos de terapia intensiva neonatal não SUS, conforme pode ser visto no Gráfico 67 abaixo.

Gráfico 67: Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal Existentes, SUS e Não SUS, de dezembro de 2008 a dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 a dezembro de 2014.

Semelhante ao quadro de distribuição dos leitos de terapia intensiva infantil, o total de leitos ofertados pelo setor privado é de 42% e os estabelecimentos estaduais são responsáveis por 34% da oferta de leitos SUS de Terapia Intensiva Neonatal, conforme Tabela 9 e Gráfico 68 abaixo.

Tabela 9: Brasil – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Infantil por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa, em dezembro de 2014.

Brasil - Distribuição dos Leitos de UTI Neonatal SUS por Tipo de Prestador e Esfera Administrativa - dezembro de 2014				
Esferas	Público	Filantropico	Privado	Total
Federal	395	0	0	395
Estadual	1514	0	0	1514
Municipal	669	0	0	669
Privada	0	1484	348	1832
TOTAL	2578	1484	348	4410

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Gráfico 68: Brasil – distribuição percentual dos leitos SUS de terapia intensiva neonatal por esfera administrativa em dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competência dezembro de 2014.

Quanto à distribuição dos leitos SUS de terapia intensiva neonatal nas unidades federadas, observamos a mesma tendência de crescimento do período, com aumento de 38,5% dos leitos, visto em todos os estados, sem nenhuma exceção. Os estados de Rondônia, Roraima e Amapá mantiveram oferta estável no período de dezembro de

2008 a dezembro de 2014. Acre, Piauí, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro apresentaram crescimentos acima de 100% na sua oferta de leitos SUS de terapia intensiva neonatal, conforme se vê no Gráfico 69 abaixo.

Gráfico 69: Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal por unidade da federação em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2008 e dezembro de 2014.

Nas capitais vimos a mesma tendência, mas em escala menor, com crescimento de 24,5%. Houve diminuição da oferta nas cidades de Vitória e Porto Alegre e manutenção do parque de leitos SUS em Porto Velho, Boa Vista, Macapá, Florianópolis e Cuiabá. Rio Branco, Rio de Janeiro e Goiânia apresentaram crescimentos maiores que 100%, conforme Gráfico 70 a seguir.

Gráfico 70: Brasil – Evolução do número de Leitos de Terapia Intensiva Neonatal por capital em dezembro de 2008 e dezembro de 2014.

FONTE: DATASUS – Informações de Saúde – Rede Assistencial – CNES – Recursos Físicos, competências dezembro de 2005 e dezembro de 2014.

2.4 PORTE DOS SERVIÇOS

O Brasil contava, em dezembro de 2014, com 8034 estabelecimentos com leitos de internação. Deste total, 45,5% deles situados na faixa de 01 a 30 leitos e 63,7% na faixa de 01 a 50 leitos. Os estabelecimentos que poderiam ser considerados de médio porte (51 a 150 leitos) compunham 26,3% dos serviços e os de grande porte – acima de 151 leitos, apenas 10%. Ressaltamos aqui que essa classificação por portes sugerida pelo próprio Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, Portaria 2224/2002) já poderia ser fortemente questionada à luz de parâmetros internacionais estudados e que consideram que hospitais com menos de 100 leitos são economicamente inviáveis e, quando instalados em cidades de pequeno porte e baixo desenvolvimento econômico, raramente conseguem compor e fixar suas equipes profissionais, em especial os médicos (McKee e Healy, 2002).

Na Espanha, que apresenta modelo de saúde universalizado e regionalizado nos moldes do sistema brasileiro, se preconiza que haja hospitais gerais regionais e que os

mesmos tenham cerca de 2,5 leitos por mil habitantes ou 250 leitos para cada 100.000 habitante. Muito se debate sobre o número ideal de leitos numa instituição hospitalar, porém no cenário nacional encontramos poucos serviços com mais de 251 até 500 leitos (243 = 3,0%) e um número ainda menor na faixa acima de 500 leitos (53 = 0,7%).

Tabela 10: Brasil – Frequência de estabelecimentos com internação por faixas de leitos, frequência acumulada, percentual de distribuição e percentual acumulado em cada faixa.

Faixa de leitos	Frequências	Frequência acumulada	%	% acumulada
>5	569	569	7,1	7,1
5 a 10	772	1341	9,6	16,7
11 a 20	1275	2616	15,9	32,6
21 a 30	1036	3652	12,9	45,5
31 a 40	830	4482	10,3	55,8
41 a 50	638	5120	7,9	63,7
51 a 100	1485	6605	18,5	82,2
101 a 150	625	7230	7,8	90
151 a 250	508	7738	6,3	96,3
251 a 500	243	7981	3	99,3
> 500	53	8037	0,7	100
TOTAL GERAL	8034		100	

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

Quando analisamos a distribuição dos leitos do conjunto destes estabelecimentos e nestas faixas (Tabela 10), observamos que para o Brasil, 22,4% deles estão localizados nos hospitais de pequeno porte (77836 leitos). Outros 33,3% estão localizados nos hospitais de médio porte, entre 51 e 150 leitos, totalizando 55,5% dos leitos SUS disponíveis. Os 44,3% restantes estão entre as faixas de 151 a 250 (19%), 251 a 500 (16,4%) e maior que 500 leitos (8,9%). A distribuição de leitos entre as várias faixas se apresenta de forma diferente nas várias regiões do país. Para todas temos a maior concentração da oferta em estabelecimentos com 51 a 150 leitos, mas no centro-oeste e nordeste, a segunda maior oferta está entre 1 e 30 leitos e, em contrapartida, nas regiões norte, sul e sudeste a segunda maior concentração está em estabelecimentos com 151 a 250 leitos. As maiores concentrações percentuais de serviços com até 50 leitos estão na região nordeste. Já as maiores concentrações de serviços com em todas as faixas acima dos 51 leitos estão na região sudeste.

Tabela 11 – Brasil: Percentuais de distribuição dos leitos SUS por faixas de números de leitos e por regiões, em dezembro de 2014.

Regiões	% 1 a 30	% 31 a 50	% 51 a 150	% 151 a 250	% 251 a 500	% >500
Centro - Oeste	1,4	0,9	2,3	1	1,3	0,7
Norte	1,1	1,2	3,2	1,3	0,6	0,2
Nordeste	4,9	4,6	10,4	4,5	3,6	1,8
Sul	1,5	2,1	5,8	3,2	2,4	1,7
Sudeste	2	2,8	11,5	9,1	8,5	4,4
Brasil	10,8	11,6	33,3	19	16,4	8,9

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

2.4.1 Taxas de ocupação

Taxas de ocupação hospitalar maiores que 85% são compreendidas como risco ao paciente e em hospital de agudos uma taxa superior a 90% expressa crises periódicas de leitos hospitalares (Bagust, Place, Posnett, 1999).

Por isso, para analisar o banco de internações ocorridas em dezembro de 2014, optamos por criar algumas faixas de taxas de ocupação, entre elas 85 a 90%, 90 a 100% e maior que 100%.

È importante ressaltar, no entanto, que a Portaria Ministerial 2395 estipula que, como condição para o repasse de subsídios financeiros, as taxas de ocupação sejam de, no mínimo, 85% e os tempos médio de permanência de no máximo 10 dias (Brasil, 2011).

A Tabela 12 abaixo demonstra a distribuição dos leitos SUS por faixa de número de leitos dos estabelecimentos e faixa de taxas de ocupação em dezembro de 2014, em valores absolutos. Nela podemos ver que as maiores concentrações de oferta estão nos estabelecimentos com 51 a 150 leitos, com taxas de ocupação entre 10 a 70% (74.744 - 21,7%), seguidas dos estabelecimentos com 151 a 250 leitos, nas taxas de ocupação de 50 a 85% (30.825 - 9%) e dos estabelecimentos com 251 a 500 leitos, também entre 50 a 85% de taxa de ocupação (24.682 - 7,2%). Existe superlotação em 20% dos leitos cadastrados.

Tabela 12: Brasil – Distribuição dos leitos SUS, em números absolutos, nos estabelecimentos por faixas de número de leitos e faixas de taxas de ocupação, em dezembro de 2014.

	0%	> 0 e <10%	≥ 10 e <30 %	≥ 30 e <50%	≥ 50 e <70%	≥ 70 e <85%	≥ 85 e <90 %	≥ 90 e <100 %	>100 %	Vazi o	Brasil
1 a 30	6.635	10.458	12.300	3.967	1.103	362	30	45	54	4	34.958
31 a 50	2.396	7.032	18.679	8.184	2.390	479	152	450	154	4	39.931
51 a 150	5.281	4.567	25026	28651	21067	14844	3.278	6.948	5.302	15	115.007
151 a 250	1.443	286	2.726	4.282	13341	17484	4.250	12.666	9.510	43	66.016
251 a 500	2	231	566	4.091	11037	13645	4.887	14.098	8.388	28	56.957
> 500			132	2.449	3.960	11.502	1.081	7.197	4.470	12	30.791
Brasil	15.757	22.574	59.429	51.324	52.898	58.316	13.678	41.404	27.878	102	343.660

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

O Gráfico 71 a seguir demonstra a divisão percentual dos leitos hospitalares SUS por faixas de taxas de ocupação em cada unidade da federação, em dezembro de 2014. Nela é possível observar que os estados de Roraima, Amapá e Acre não apresentam registro de taxas de ocupação acima de 85%. O Brasil, no entanto, apresenta taxas de ocupação maiores que 90% na utilização de cerca de 20% dos leitos, padrão que se repete no Tocantins, Mato Grosso do Sul (30%), Espírito Santo, Santa Catarina, Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo.

No Amapá, em Sergipe, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Mato Grosso, Ceará, Pernambuco e Paraná, 50% dos leitos apresentam taxas de ocupação até 50% e no Rio Grande do Norte, Piauí, Paraíba, Pará, Goiás, Maranhão e Bahia estes percentuais chegam a 60%.

É interessante observar que assim como para o Brasil, como um todo, e na maioria dos estados, temos um mosaico de cerca de 20% dos leitos com taxas de ocupação acima 90% e outros 50 a 60% deles com taxas de ocupação até 50%, ou seja, há superlotação e ociosidade, mostrando que a localização, acesso e qualificação de leitos e estabelecimentos determinam sua procura e ocupação, compondo um complexo cenário de escassez onde também sobram leitos. Cabe aqui discutir o conceito de leito e

reafirmar, elencar ou delinear um conjunto de critérios mínimos para que uma “cama” possa passar a ser encarada como um leito hospitalar efetivo.

Gráfico 71: Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de taxas de ocupação, por Unidade da Federação, em dezembro de 2014.

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

Nas Capitais encontramos 29,2% (100382) dos leitos existentes no país (343660). Quando analisamos as capitais, a superlotação não aparece em Boa Vista, Brasília, Florianópolis, João Pessoa, Macapá e Rio Branco. Em outras capitais, no entanto, os percentuais de superlotação estão igual ou acima de 20%, como em Belém, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Manaus, Natal, Palmas, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória. Aracaju e Macapá apresentam cerca de 50% dos seus leitos com taxa de ocupação abaixo de 50%.

Gráfico 72: Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de taxas de ocupação, por Capital, em dezembro de 2014.

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

2.4.2 Tempos médios de permanência:

Quanto ao tempo de permanência, observamos que a maior concentração se dá nas faixas de tempo de permanência até 8 dias, somando 73,6% no total das faixas de número de leitos. Nas faixas de 1 a 30 e 31 a 50 leitos a maior frequência de internações tem tempo médio de até 3 dias, já na faixa de 51 a 150 leitos, onde ocorre a maior concentração dos leitos SUS disponíveis, o tempo médio de permanência observado com maior frequência é de até 8 dias (27,1%). O tempo de permanência de 8 a 15 dias é observado na utilização de 10,6% dos leitos, 15 a 30 dias – 8,6% e maior que 30 dias – 5,2%, conforme distribuições da Tabela 13. As maiores concentrações de longa permanência, ou seja, acima de 30 dias, estão nos hospitais de maior porte, nas faixas acima de 151 leitos.

Tabela 13: Brasil - Distribuição dos leitos SUS, em números absolutos, nos estabelecimentos por faixas de número de leitos e faixas de tempos de permanência, em dezembro de 2014.

	até 3 dias	3 a 8 dias	8 a 15 dias	15 a 30 dias	> que 30 dias	Vazio	TOTAL GERAL
1 a 30	15.296	12.873	391	138	87	8.769	37.554
31 a 50	19.504	16.689	910	587	110	2.482	40.282
51 a 150	27.812	66.370	6.702	8.166	909	5.473	115.432
151 a 250	1.596	41.123	7.498	12.253	2.091	1.455	66.016
251 a 500	490	35.897	10.698	7.654	2.206	12	56.957
> 500		17.898	10.767	1.023	1.103		30.791
TOTAL GERAL	64.698	190.850	36.966	29.821	6.506	18.191	347.032

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

Quanto ao tempo de permanência, a publicação *Health at a Glance 2013* (OECD, 2013), cita que o tempo médio de permanência nos países da OCDE caiu de 9,2 no ano 2000, para 8, em 2011. Por essa razão, utilizamos 8 dias como ponto de corte para a nossa análise.

Quando analisamos os tempos de permanência em cada unidade federada, encontramos um percentual variável na categoria “Vazio”, que corresponde a hospitais onde a ausência de registros, em dezembro de 2014, não permitiu a realização do cálculo do indicador.

Para o Brasil, cerca de 20% dos leitos apresentaram utilização com até 3 dias de tempo médio de permanência, assim como também observado nos estados de Alagoas, Amapá, Ceará, Espírito Santo, Paraíba, Paraná, Rio Grande do Norte e Santa Catarina. A maioria dos estados (norte, nordeste e centro-oeste), no entanto, apresentou percentuais bem maiores de leitos nesta faixa, como Acre, Amazonas, Bahia, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rondônia, Sergipe e Tocantins. Por outro lado, alguns estados (sudeste, sul e DF) apresentaram leitos com permanência até três dias da ordem de 10%, como Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, São Paulo e Paraná.

A faixa de tempo de permanência entre 3 a 8 dias é a predominante em todos os estados, apresentando percentual de cerca de 50% para o Brasil, com alguns estados

abaixo da média nacional como Acre, Amazonas e Sergipe com cerca de 30% e 40% em vários outros, como Bahia, Goiás, Maranhão, Pará, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Rondônia. Foram localizados tempos médios de permanência maiores que 30 dias nos estados do Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Santa Catarina e São Paulo, embora esta informação seja altamente incerta, pois no SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), como regra geral, aos trinta dias o paciente recebe alta administrativa e é aberta uma nova AIH (autorização de internação hospitalar).

Gráfico 73: Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de tempos de permanência, por Unidade da Federação, em dezembro de 2014.

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

Analisando os tempos médios de permanência nas capitais, é observado que menos de 5% das internações se apresentaram na primeira faixa (até 3 dias), foram equivalentes à média nacional as internações na faixa média nacional dos 3 a 8 dias e mais que dobraram na faixa de 8 a 15 dias. As concentrações na faixa de 15 a 30 dias também se mostraram mais expressivas na maioria das cidades. Isto parece indicar que há maior concentração de casos graves nos hospitais das capitais, por sua maior complexidade, pois é onde se apresentam com maior densidade os recursos humanos e tecnológicos.

Gráfico 74: Brasil – Distribuição percentual dos leitos hospitalares SUS de acordo com suas faixas de tempos de permanência, por Capital, em dezembro de 2014.

FONTE: Base de Dados do SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares - fornecido pelo DATASUS e tabulados pela CGSI e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - Competência dez/2014.

2.5 EM BUSCA DE UMA SÍNTESE NA COMPLEXIDADE-TERRITÓRIOS CONCÊNTRICOS – MACRO REGIÕES, ESTADOS, CAPITAIS, REGIÕES METROPOLITANAS E INTERIOR:

Buscando uma síntese da profusão de dados apresentados, colocaram-se os dados em tabelas que combinam as populações, os leitos totais, leitos SUS e Não SUS, as coberturas populacionais da Saúde Suplementar e da Saúde Suplementar com acesso hospitalar e finalmente os leitos por mil habitantes totais, leitos SUS e leitos Não SUS, distribuídos por macro regiões, estados, capitais, regiões metropolitanas e interior.

Interessante notar a diluição que em geral ocorre da concentração de leitos da capital quando esta compartilha seus leitos no contexto metropolitano e também é interessante perceber a diversidade de comportamento nas ofertas de leitos nos diferentes contextos de interior, demonstrando variação diretamente relacionada ao grau de riqueza das regiões do interior dos estados.

As Tabelas a seguir (14, 15, 16, 17, 18 19,20), apresentam esta síntese :

Brasil

Tabela 14 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar do Brasil, dezembro 2014.

Localidades	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
	Total	SUS	Não SUS								
Brasil	443.867	315.936	127.931	202.768.562	24,85	50.388.228	95,28	48.008.746	2,19	1,56	2,66
Capitais	146.663	90.854	55.809	48.272.673	43,03	20.769.809	96,00	19.939.252	3,04	1,88	2,80
Região Metropolitana	187.653	119.106	68.547	80.860.916	38,26	30.936.553	95,73	29.614.873	2,32	1,47	2,31
Interior	256.214	196.830	59.384	121.907.646	15,96	19.451.675	94,56	18.393.873	2,10	1,61	3,23

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE,2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Norte

Tabela 15 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Norte, dezembro 2014.

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
			Total	SUS	Não SUS								
Norte	AC	Estado	1.377	1.212	165	790.101	6,11	48.308	98,49	47.577	1,74	1,53	3,47
		Capital	760	611	149	363.928	11,36	41.339	98,40	40.676	2,09	1,68	3,66
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	617	601	16	426.173	1,64	6.969	99,0	6.901	1,45	1,41	2,32
	AP	Estado	1.125	979	146	750.912	9,76	73.279	96,22	70.510	1,50	1,30	2,07
		Capital	754	628	126	446.757	13,92	62.185	95,90	59.636	1,69	1,41	2,11
		Região Metropolitana	857	711	146	446.757	15,49	69.205	96,07	66.488	1,92	1,59	2,20
		Interior	268	268	0	304.155	1,34	4.074	98,72	4.022	0,88	0,88	0,00

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
			Total	SUS	Não SUS								
Norte	AM	Estado	5.708	4.789	919	3.873.743	14,87	576.181	98,06	565.013	1,47	1,24	1,63
		Capital	3.414	2.541	873	2.020.301	27,72	559.994	98,15	549.646	1,69	1,26	1,59
		Região Metropolitana	3.805	2.932	873	2.478.088	22,84	565.917	98,14	555.371	1,54	1,18	1,57
		Interior	1.903	1.857	46	1.395.655	0,74	10.264	93,94	9.642	1,36	1,33	4,77
	PA	Estado	15.944	10.960	4.984	8.073.924	10,94	883.030	99,41	877.834	1,97	1,36	5,68
		Capital	4.707	2.410	2.297	1.432.844	30,99	443.977	99,45	441.547	3,29	1,68	5,20
		Região Metropolitana	6.659	3.906	2.753	2.129.515	26,08	555.380	99,49	552.521	3,13	1,83	4,98
		Interior	9.285	7.054	2.231	5.944.409	5,51	327.650	99,29	325.313	1,56	1,19	6,86
	RO	Estado	4.190	3.228	962	1.748.531	10,64	185.966	98,39	182.980	2,40	1,85	5,26
		Capital	1.624	1.179	445	494.013	22,01	108.747	98,17	106.762	3,29	2,39	4,17
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	2.566	2.049	517	1.254.518	6,16	77.219	98,70	76.218	2,05	1,63	6,78

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
			Total	SUS	Não SUS								
Norte	RR	Estado	903	849	54	496.936	8,11	40.300	96,65	38.950	1,82	1,71	1,39
		Capital	674	620	54	314.900	12,51	39.407	96,64	38.081	2,14	1,97	1,42
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	229	229	0	182.036	0,49	893	97,31	869	1,26	1,26	0,00
	TO	Estado	2.520	2.117	403	1.496.880	7,06	105.655	98,32	103.884	1,68	1,41	3,88
		Capital	594	417	177	265.409	20,67	54.856	98,74	54.166	2,24	1,57	3,27
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	1.926	1.700	226	1.231.471	4,13	50.799	97,87	49.718	1,56	1,38	4,55

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE, 2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar, Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Nordeste

Tabela 16 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Nordeste, dezembro 2014.

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Nordeste	AL	Estado	6.253	5.020	1.233	3.321.730	12,06	400.567	98,83	395.899	1,88	1,51	3,11
		Capital	3.453	2.441	1.012	1.005.319	29,30	294.542	98,61	290.456	3,43	2,43	3,48
		Região Metropolitana	3.609	2.597	1.012	1.246.421	25,40	316.628	98,65	312.339	2,90	2,08	3,24
		Interior	2.644	2.423	221	2.075.309	4,04	83.939	99,55	83.560	1,27	1,17	2,64
	BA	Estado	28.898	24.012	4.886	15.126.371	11,02	1.666.974	97,43	1.624.101	1,91	1,59	3,01
		Capital	7.608	5.452	2.156	2.902.927	28,78	835.391	96,97	810.061	2,62	1,88	2,66
		Região Metropolitana	8.651	6.225	2.426	3.919.864	26,78	1.049.862	97,11	1.019.505	2,21	1,59	2,38
		Interior	20.247	17.787	2.460	11.206.507	5,51	617.112	97,97	604.596	1,81	1,59	4,07
	CE	Estado	17.861	14.244	3.617	8.842.791	14,10	1.247.036	98,81	1.232.252	2,02	1,61	2,94
		Capital	7.694	5.287	2.407	2.571.896	36,86	947.978	98,85	937.081	2,99	2,06	2,57
		Região Metropolitana	9.021	6.413	2.608	3.818.380	28,85	1.101.780	98,76	1.088.108	2,36	1,68	2,40
		Interior	8.840	7.831	1.009	5.024.411	2,89	145.256	99,23	144.144	1,76	1,56	7,00

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Nordeste	MA	Estado	13.597	12.138	1.459	6.850.884	7,15	489.934	97,35	476.962	1,98	1,77	3,06
		Capital	3.786	3.188	598	1.064.197	30,74	327.152	98,21	321.296	3,56	3,00	1,86
		Região Metropolitana	4.309	3.633	676	1.403.111	25,08	351.882	98,26	345.763	3,07	2,59	1,96
		Interior	9.288	8.505	783	5.447.773	2,53	138.052	95,04	131.199	1,70	1,56	5,97
	PB	Estado	8.906	7.425	1.481	3.943.885	10,54	415.544	98,50	409.330	2,26	1,88	3,62
		Capital	2.997	2.072	925	780.738	30,72	239.816	98,31	235.765	3,84	2,65	3,92
		Região Metropolitana	3.288	2.346	942	1.195.904	22,91	273.970	97,99	268.469	2,75	1,96	3,51
		Interior	5.618	5.079	539	2.747.981	5,15	141.574	99,50	140.861	2,04	1,85	3,83
	PE	Estado	21.031	17.441	3.590	9.277.727	15,77	1.463.216	98,10	1.435.368	2,27	1,88	2,50
		Capital	8.453	6.422	2.031	1.608.488	42,05	676.398	98,12	663.673	5,26	3,99	3,06
		Região Metropolitana	10.832	8.385	2.447	3.887.261	30,07	1.168.724	98,02	1.145.533	2,79	2,16	2,14
		Interior	10.199	9.056	1.143	5.390.466	5,46	294.492	98,42	289.835	1,89	1,68	3,94
	PI	Estado	7.503	6.486	1.017	3.194.718	8,90	284.334	96,10	273.231	2,35	2,03	3,72
		Capital	3.031	2.318	713	840.600	26,25	220.684	95,60	210.974	3,61	2,76	3,38
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	4.472	4.168	304	2.354.118	2,70	63.650	97,81	62.257	1,90	1,77	4,88

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Nordeste	RN	Estado	7.142	6.108	1.034	3.408.510	15,68	534.613	98,77	528.029	2,10	1,79	1,96
		Capital	2.819	1.985	834	862.044	37,86	326.336	98,42	321.194	3,27	2,30	2,60
		Região Metropolitana	3.224	2.380	844	1.462.045	28,33	414.238	98,56	408.253	2,21	1,63	2,07
		Interior	3.918	3.728	190	1.946.465	6,18	120.375	99,50	119.776	2,01	1,92	1,59
	SE	Estado	3.263	2.580	683	2.219.574	14,15	314.087	99,55	312.658	1,47	1,16	2,18
		Capital	2.224	1.564	660	623.766	36,58	228.188	99,49	227.015	3,57	2,51	2,91
		Região Metropolitana	2.286	1.626	660	912.647	28,39	259.143	99,51	257.872	2,50	1,78	2,56
		Interior	977	954	23	1.306.927	4,20	54.944	99,71	54.786	0,75	0,73	0,42

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE, 2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar, Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Centro-Oeste

Tabela 17 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Centro-Oeste, dezembro 2014.

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Centro-Oeste	DF	Estado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Capital	6.753	4.581	2.172	2.852.372	32,81	935.754	95,84	896.834	2,37	1,61	2,42
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	GO	Estado	17.092	11.085	6.007	6.523.222	16,25	1.059.989	97,43	1.032.792	2,62	1,70	5,82
		Capital	6.131	3.202	2.929	1.412.364	31,75	448.373	97,84	438.697	4,34	2,27	6,68
		Região Metropolitana	8.043	4.566	3.477	2.296.678	24,52	563.229	97,83	550.995	3,50	1,99	6,31
		Interior	9.049	6.519	2.530	4.226.544	11,75	496.760	96,99	481.797	2,14	1,54	5,25
	MT	Estado	6.849	4.985	1.864	3.224.357	16,78	541.047	98,20	531.324	2,12	1,55	3,51
		Capital	1.872	1.272	600	575.480	40,09	230.708	99,69	229.982	3,25	2,21	2,61
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	4.977	3.713	1.264	2.648.877	11,72	310.339	97,10	301.342	1,88	1,40	4,19

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Centro-Oeste	MS	Estado	5.738	3.730	2.008	2.619.657	20,72	542.683	99,40	539.400	2,19	1,42	3,72
		Capital	2.291	1.433	858	843.120	27,81	234.512	99,44	233.198	2,72	1,70	3,68
		Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		Interior	3.447	2.297	1.150	1.776.537	17,35	308.171	99,36	306.202	1,94	1,29	3,76

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE, 2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar, Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Sudeste

Tabela 18 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Sudeste, dezembro 2014.

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Sudeste	ES	Estado	8.084	5.894	2.190	3.885.049	29,74	1.155.281	89,62	1.035.317	2,08	1,52	2,12
		Capital	1.873	1.343	530	352.104	65,93	232.128	91,96	213.454	5,32	3,81	2,48
		Região Metropolitana	3.844	2.504	1.340	1.884.096	42,56	801.785	89,69	719.106	2,04	1,33	1,86
		Interior	4.240	3.390	850	2.000.953	17,67	353.496	89,45	316.211	2,12	1,69	2,69
	MG	Estado	41.563	29.088	12.475	20.734.097	26,39	5.472.097	90,22	4.936.763	2,00	1,40	2,53
		Capital	8.574	5.238	3.336	2.491.109	53,26	1.326.681	97,01	1.287.047	3,44	2,10	2,59
		Região Metropolitana	10.766	6.824	3.942	5.767.414	38,74	2.234.401	96,29	2.151.511	1,87	1,18	1,83
		Interior	30.797	22.264	8.533	14.966.683	21,63	3.237.696	86,03	2.785.252	2,06	1,49	3,06
	RJ	Estado	43.902	26.613	17.289	16.461.173	37,01	6.092.744	90,87	5.536.637	2,67	1,62	3,12
		Capital	21.659	11.134	10.525	6.453.682	52,88	3.412.629	88,17	3.008.991	3,36	1,73	3,50
		Região Metropolitana	31.549	17.630	13.919	11.973.505	40,84	4.889.900	89,20	4.361.914	2,63	1,47	3,19
		Interior	12.353	8.983	3.370	4.487.668	26,80	1.202.844	97,66	1.174.723	2,75	2,00	2,87

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Sudeste	SP	Estado	93.702	57.429	36.273	44.035.304	42,63	18.771.900	98,59	18.507.376	2,13	1,30	1,96
		Capital	28.686	14.880	13.806	11.895.893	55,65	6.620.345	99,00	6.554.142	2,41	1,25	2,11
		Região Metropolitana	41.576	22.624	18.952	20.935.204	49,83	10.432.100	99,09	10.337.386	1,99	1,08	1,83
		Interior	52.126	34.805	17.321	23.100.100	36,10	8.339.800	97,96	8.169.990	2,26	1,51	2,12

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE,2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - Dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Sul

Tabela 19 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior da Região Sul, dezembro 2014.

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Sul	PR	Estado	27.247	19.522	7.725	11.081.692	25,81	2.860.376	98,47	2.816.482	2,46	1,76	2,74
		Capital	5.529	2.908	2.621	1.864.416	55,36	1.032.086	98,76	1.019.319	2,97	1,56	2,57
		Região Metropolitana	8.427	5.560	2.867	3.414.115	41,55	1.418.607	98,47	1.396.926	2,47	1,63	2,05
		Interior	18.820	13.962	4.858	7.667.577	18,80	1.441.769	98,46	1.419.556	2,45	1,82	3,42
	RS	Estado	31.401	22.089	9.312	11.207.274	24,09	2.700.392	80,93	2.185.560	2,80	1,97	4,26
		Capital	7.362	4.703	2.659	1.472.482	47,05	692.876	80,47	557.589	5,00	3,19	4,77
		Região Metropolitana	11.433	7.978	3.455	4.161.237	34,83	1.449.381	75,16	1.089.376	2,75	1,92	3,17
		Interior	19.968	14.111	5.857	7.046.037	17,75	1.251.011	87,62	1.096.184	2,83	2,00	5,34

Região	UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Sul	SC	Estado	15.315	11.332	3.983	6.727.148	22,70	1.526.941	92,71	1.415.683	2,28	1,68	2,81
		Capital	1.341	1.025	316	461.524	42,63	196.727	97,58	191.970	2,91	2,22	1,65
		Região Metropolitana	2.678	2.028	650	1.111.702	28,17	313.195	96,82	303.238	2,41	1,82	2,14
		Interior	12.637	9.304	3.333	5.615.446	21,61	1.213.746	91,65	1.112.445	2,25	1,66	3,00

1. Interior: Subtração do número Total do Estado e Região Metropolitana de cada item apresentado. As localidades que não foram incluídas as regiões metropolitanas, optou-se pela subtração do número Total de beneficiários e Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais de cada Estado.

Fonte: IBGE,2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Tabela 20 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Unidades da Federação, Capitais, Regiões metropolitanas e interior, dezembro 2014.

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
AC	Estado	1.377	1.212	165	790.101	6,11	48.308	98,49	47.577	1,74	1,53	3,47
	Capital	760	611	49	363.928	11,36	41.339	98,40	40.676	2,09	1,68	3,66
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	617	601	16	426.173	1,64	6.969	99,0	6.901	1,45	1,41	2,32
AL	Estado	6.253	5.020	1.233	3.321.730	12,06	400.567	98,83	395.899	1,88	1,51	3,11
	Capital	3.453	2.441	1.012	1.005.319	29,30	294.542	98,61	290.456	3,43	2,43	3,48
	Região Metropolitana	3.609	2.597	1.012	1.246.421	25,40	316.628	98,65	312.339	2,90	2,08	3,24
	Interior	2.644	2.423	221	2.075.309	4,04	83.939	99,55	83.560	1,27	1,17	2,64
AM	Estado	5.708	4.789	919	3.873.743	14,87	576.181	98,06	565.013	1,47	1,24	1,63
	Capital	3.414	2.541	873	2.020.301	27,72	559.994	98,15	549.646	1,69	1,26	1,59
	Região Metropolitana	3.805	2.932	873	2.478.088	22,84	565.917	98,14	555.371	1,54	1,18	1,57
	Interior	1.903	1.857	46	1.395.655	0,74	10.264	93,94	9.642	1,36	1,33	4,77

[illegible]

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
ES	Estado	8.084	5.894	2.190	3.885.049	29,74	1.155.281	89,62	1.035.317	2,08	1,52	2,12
	Capital	1.873	1.343	530	352.104	65,93	232.128	91,96	213.454	5,32	3,81	2,48
	Região Metropolitana	3.844	2.504	.340	1.884.096	42,56	801.785	89,69	719.106	2,04	1,33	1,86
	Interior	4.240	3.390	850	2.000.953	17,67	353.496	89,45	316.211	2,12	1,69	2,69
GO	Estado	17.092	11.085	.007	6.523.222	16,25	1.059.989	97,43	1.032.792	2,62	1,70	5,82
	Capital	6.131	3.202	2.929	1.412.364	31,75	448.373	97,84	438.697	4,34	2,27	6,68
	Região Metropolitana	8.043	4.566	3.477	2.296.678	24,52	563.229	97,83	550.995	3,50	1,99	6,31
	Interior	9.049	6.519	2.530	4.226.544	11,75	496.760	96,99	481.797	2,14	1,54	5,25
MA	Estado	13.597	12.138	1.459	6.850.884	7,15	489.934	97,35	476.962	1,98	1,77	3,06
	Capital	3.786	3.188	598	1.064.197	30,74	327.152	98,21	321.296	3,56	3,00	1,86
	Região Metropolitana	4.309	3.633	676	1.403.111	25,08	351.882	98,26	345.763	3,07	2,59	1,96
	Interior	9.288	8.505	783	5.447.773	2,53	138.052	95,04	131.199	1,70	1,56	5,97

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
MG	Estado	41.563	29.088	2.475	20.734.097	26,39	5.472.097	90,22	4.936.763	2,00	1,40	2,53
	Capital	8.574	5.238	3.336	2.491.109	53,26	1.326.681	97,01	1.287.047	3,44	2,10	2,59
	Região Metropolitana	10.766	6.824	3.942	5.767.414	38,74	2.234.401	96,29	2.151.511	1,87	1,18	1,83
	Interior	30.797	22.264	8.533	14.966.683	21,63	3.237.696	86,03	2.785.252	2,06	1,49	3,06
MS	Estado	5.738	3.730	2.008	2.619.657	20,72	542.683	99,40	539.400	2,19	1,42	3,72
	Capital	2.291	1.433	858	843.120	27,81	234.512	99,44	233.198	2,72	1,70	3,68
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	3.447	2.297	1.150	1.776.537	17,35	308.171	99,36	306.202	1,94	1,29	3,76
MT	Estado	6.849	4.985	1.864	3.224.357	16,78	541.047	98,20	531.324	2,12	1,55	3,51
	Capital	1.872	1.272	600	575.480	40,09	230.708	99,69	229.982	3,25	2,21	2,61
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	4.977	3.713	1.264	2.648.877	11,72	310.339	97,10	301.342	1,88	1,40	4,19

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
PA	Estado	15.944	10.960	4.984	8.073.924	10,94	883.030	99,41	877.834	1,97	1,36	5,68
	Capital	4.707	2.410	2.297	1.432.844	30,99	443.977	99,45	441.547	3,29	1,68	5,20
	Região Metropolitana	6.659	3.906	2.753	2.129.515	26,08	555.380	99,49	552.521	3,13	1,83	4,98
	Interior	9.285	7.054	2.231	5.944.409	5,51	327.650	99,29	325.313	1,56	1,19	6,86
PB	Estado	8.906	7.425	1.481	3.943.885	10,54	415.544	98,50	409.330	2,26	1,88	3,62
	Capital	2.997	2.072	925	780.738	30,72	239.816	98,31	235.765	3,84	2,65	3,92
	Região Metropolitana	3.288	2.346	942	1.195.904	22,91	273.970	97,99	268.469	2,75	1,96	3,51
	Interior	5.618	5.079	539	2.747.981	5,15	141.574	99,50	140.861	2,04	1,85	3,83
PE	Estado	21.031	17.441	3.590	9.277.727	15,77	1.463.216	98,10	1.435.368	2,27	1,88	2,50
	Capital	8.453	6.422	2.031	1.608.488	42,05	676.398	98,12	663.673	5,26	3,99	3,06
	Região Metropolitana	10.832	8.385	2.447	3.887.261	30,07	1.168.724	98,02	1.145.533	2,79	2,16	2,14
	Interior	10.199	9.056	1.143	5.390.466	5,46	294.492	98,42	289.835	1,89	1,68	3,94
PI	Estado	7.503	6.486	1.017	3.194.718	8,90	284.334	96,10	273.231	2,35	2,03	3,72
	Capital	3.031	2.318	713	840.600	26,25	220.684	95,60	210.974	3,61	2,76	3,38
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	4.472	4.168	304	2.354.118	2,70	63.650	97,81	62.257	1,90	1,77	4,88

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
PR	Estado	27.247	19.522	7.725	11.081.692	25,81	2.860.376	98,47	2.816.482	2,46	1,76	2,74
	Capital	5.529	2.908	2.621	1.864.416	55,36	1.032.086	98,76	1.019.319	2,97	1,56	2,57
	Região Metropolitana	8.427	5.560	2.867	3.414.115	41,55	1.418.607	98,47	1.396.926	2,47	1,63	2,05
	Interior	18.820	13.962	4.858	7.667.577	18,80	1.441.769	98,46	1.419.556	2,45	1,82	3,42
RJ	Estado	43.902	26.613	17.289	16.461.173	37,01	6.092.744	90,87	5.536.637	2,67	1,62	3,12
	Capital	21.659	11.134	10.525	6.453.682	52,88	3.412.629	88,17	3.008.991	3,36	1,73	3,50
	Região Metropolitana	31.549	17.630	3.919	11.973.505	40,84	4.889.900	89,20	4.361.914	2,63	1,47	3,19
	Interior	12.353	8.983	3.370	4.487.668	26,80	1.202.844	97,66	1.174.723	2,75	2,00	2,87
RN	Estado	7.142	6.108	1.034	3.408.510	15,68	534.613	98,77	528.029	2,10	1,79	1,96
	Capital	2.819	1.985	34	862.044	37,86	326.336	98,42	321.194	3,27	2,30	2,60
	Região Metropolitana	3.224	2.380	44	1.462.045	28,33	414.238	98,56	408.253	2,21	1,63	2,07
	Interior	3.918	3.728	90	1.946.465	6,18	120.375	99,50	119.776	2,01	1,92	1,59

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
RO	Estado	4.190	3.228	62	1.748.531	10,64	185.966	98,39	182.980	2,40	1,85	5,26
	Capital	1.624	1.179	45	494.013	22,01	108.747	98,17	106.762	3,29	2,39	4,17
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	2.566	2.049	517	1.254.518	6,16	77.219	98,70	76.218	2,05	1,63	6,78
RR	Estado	903	849	4	496.936	8,11	40.300	96,65	38.950	1,82	1,71	1,39
	Capital	674	620	4	314.900	12,51	39.407	96,64	38.081	2,14	1,97	1,42
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	229	229		182.036	0,49	893	97,31	869	1,26	1,26	0,00
RS	Estado	31.401	22.089	9.312	11.207.274	24,09	2.700.392	80,93	2.185.560	2,80	1,97	4,26
	Capital	7.362	4.703	2.659	1.472.482	47,05	692.876	80,47	557.589	5,00	3,19	4,77
	Região Metropolitana	11.433	7.978	3.455	4.161.237	34,83	1.449.381	75,16	1.089.376	2,75	1,92	3,17
	Interior	19.968	14.111	5.857	7.046.037	17,75	1.251.011	87,62	1.096.184	2,83	2,00	5,34

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
		Total	SUS	Não SUS								
SC	Estado	15.315	11.332	3.983	6.727.148	22,70	1.526.941	92,71	1.415.683	2,28	1,68	2,81
	Capital	1.341	1.025	316	461.524	42,63	196.727	97,58	191.970	2,91	2,22	1,65
	Região Metropolitana	2.678	2.028	650	1.111.702	28,17	313.195	96,82	303.238	2,41	1,82	2,14
	Interior	12.637	9.304	3.333	5.615.446	21,61	1.213.746	91,65	1.112.445	2,25	1,66	3,00
SE	Estado	3.263	2.580	83	2.219.574	14,15	314.087	99,55	312.658	1,47	1,16	2,18
	Capital	2.224	1.564	660	623.766	36,58	228.188	99,49	227.015	3,57	2,51	2,91
	Região Metropolitana	2.286	1.626	660	912.647	28,39	259.143	99,51	257.872	2,50	1,78	2,56
	Interior	977	954	23	1.306.927	4,20	54.944	99,71	54.786	0,75	0,73	0,42
SP	Estado	93.702	57.429	36.273	44.035.304	42,63	18.771.900	98,59	18.507.376	2,13	1,30	1,96
	Capital	28.686	14.880	13.806	11.895.893	55,65	6.620.345	99,00	6.554.142	2,41	1,25	2,11
	Região Metropolitana	41.576	22.624	18.952	20.935.204	49,83	10.432.100	99,09	10.337.386	1,99	1,08	1,83
	Interior	52.126	34.805	17.321	23.100.100	36,10	8.339.800	97,96	8.169.990	2,26	1,51	2,12

UF	Localidades ¹	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS			População total*	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
TO	Estado	2.520	2.117	403	1.496.880	7,06	105.655	98,32	103.884	1,68	1,41	3,88
	Capital	594	417	177	265.409	20,67	54.856	98,74	54.166	2,24	1,57	3,27
	Região Metropolitana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Interior	1.926	1.700	226	1.231.471	4,13	50.799	97,87	49.718	1,56	1,38	4,55

1. Interior: considerada como o resultado da subtração da população metropolitana da população total do Estado. Os Estados em que não foi considerada existência de região metropolitana, a população do interior é a população total do Estado subtraída a população da Capital. Somente foram consideradas as regiões metropolitanas dos núcleos centrais / entorno das capitais.

FONTE: IBGE, 2014. População projetada ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos hospitalares da saúde suplementar em dez/14. Para cobertura hospitalar foi considerada a seguimentação Hospitalar, Hospitalar e Ambulatorial, Referência.

Interessante registrar também o efeito combinado documentado nas tabelas 21, 22 e 23 abaixo, referentes aos anos de 2005, 2014 e 2016 relacionadas ao efeito combinado do: crescimento demográfico, redução com migração de leitos do SUS para a Saúde Suplementar e retração geral do estoque de leitos sobre os número de leitos por mil habitantes , mostrando uma dinâmica rápida de redução dessas taxas e alertando para uma crise mais severa de acesso que vai perfilando-se e que pode afetar ainda mais a qualidade assistencial.

Tabela 21 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, Dezembro 2005.

Região	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS										
	Dez/05										
	População total*	SUS	Não SUS	Total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Norte	14.790.808	22.259	5.373	27.632	6,51	963.086	90,24	869.071	1,87	1,50	6,18
Nordeste	51.947.102	106.620	18.661	125.281	7,93	4.118.332	91,78	3.780.011	2,41	2,05	4,94
Sudeste	78.488.527	140.888	57.328	198.216	30,55	23.978.610	89,32	21.418.758	2,53	1,80	2,68
Sul	26.832.459	55.848	18.952	74.800	17,24	4.624.742	82,32	3.807.230	2,79	2,08	4,98
Centro-Oeste	13.091.910	27.705	9.490	37.195	13,26	1.736.580	88,91	1.543.932	2,84	2,12	6,15
TOTAL	185.150.806	353.320	109.804	463.124	19,13	35.421.350	88,70	31.419.002	2,50	1,91	3,49

FONTE: IBGE,2014. Estimativa da população ano 2005; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos SUS e Não SUS em dez/05. Cobertura hospitalar foi considerada a segmentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência. Excluídas as regiões metropolitanas que não foram contempladas pela ANS.

Tabela 22 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, Dezembro 2014.

Região	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS										
	População total*	Dez/14									
		SUS	Não SUS	Total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Norte	17.231.027	24.134	7.633	31.767	11,10	1.912.719	98,64	1.886.748	1,84	1,40	4,05
Nordeste	56.186.190	95.454	19.000	114.454	12,13	6.816.305	98,12	6.687.830	2,04	1,70	2,84
Sudeste	85.115.623	119.024	68.227	187.251	37,00	31.492.022	95,31	30.016.093	2,20	1,40	2,27
Sul	29.016.114	52.943	21.020	73.963	24,43	7.087.709	90,55	6.417.725	2,55	1,82	3,28
Centro-Oeste	15.219.608	24.381	12.051	36.432	20,23	3.079.473	97,43	3.000.350	2,39	1,60	4,02
TOTAL	202.768.562	315.936	127.931	443.867	24,85	50.388.228	95,28	48.008.746	2,19	1,56	2,66

FONTE: IBGE,2014. . Estimativa da população ano 2014; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos SUS e Não SUS em dez/14 . Cobertura hospitalar foi considerada a segmentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência. Excluídas as regiões metropolitanas que não foram contempladas pela ANS.

Tabela 23 – Número de Leitos Hospitalares de Internação SUS, Não SUS e Saúde Suplementar por Regiões, Junho 2016.

Região	Número total de leitos, leitos SUS e leitos não SUS										
	População total*	Jun/16									
		SUS	Não SUS	Total	% Cobert. SS	População com cobert. SS	% Cobert. hospitalar SS	População com cobert. SS hospitalar	Total leitos/1000 hab.	Leitos SUS/1000 hab.	Leitos não SUS/1000 usuários com SS
Norte	17.707.783	24.140	6.825	30.965	9,99	1.768.388	98,83	1.747.675	1,75	1,36	3,91
Nordeste	56.915.936	92.214	18.604	110.818	11,69	6.650.652	98,50	6.550.943	1,95	1,62	2,84
Sudeste	86.356.952	113.240	63.553	176.793	34,65	29.923.871	95,52	28.582.790	2,05	1,31	2,22
Sul	29.439.773	51.487	21.153	72.640	23,73	6.987.276	90,78	6.343.193	2,47	1,75	3,33
Centro-Oeste	15.660.988	23.711	11.789	35.500	20,08	3.144.707	97,53	3.066.911	2,27	1,51	3,84
TOTAL	206.081.432	304.792	121.924	426.716	23,52	48.474.894	95,50	46.291.512	2,07	1,48	2,63

FONTE: IBGE,2014.Estimativa da população ano 2016; Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos leitos complementares; ANS TABNET, dados consultados em set/2016 sobre número total de leitos SUS e Não SUS em jun/16. Cobertura hospitalar foi considerada a segmentação Hospitalar,Hospitalar e Ambulatorial, Referência. Excluídas as regiões metropolitanas que não foram contempladas pela ANS.

2.6 SOBRE O IMPACTO DO PORTE HOSPITALAR NA COMPOSIÇÃO DA OFERTA DE LEITOS NO BRASIL

Nos Anexos 1 a 5, temos um conjunto de dados sobre a distribuição estado por estado do porte hospitalar e natureza jurídica dos hospitais e leitos , compondo um panorama geral sobre a fragmentação e segmentação da oferta hospitalar.

Analisando estes quadros foi possível verificar a composição da oferta de leitos em estabelecimentos maiores ou menores de 100 leitos, tornando-se de interesse analisar o desempenho dos hospitais a partir do seu porte, testando a hipótese sustentada pela literatura internacional que aconselha ser este porte o mínimo recomendável para um melhor desempenho hospitalar, mesmo com a ressalva de que hospitais menores podem ser efetivos dentro de redes hospitalares regionalizadas ou nichos assistenciais bem definidos ou ainda como unidades de cuidados integrados e continuados de longa permanência e dependência variada (Mckee e Healy, 2002).

2.7 PROPOSTA DE ANÁLISE A PARTIR DA PREMISSE DOS LEITOS EFETIVOS SEGUNDO O DESEMPENHO DOS LEITOS EM RELAÇÃO AO PORTE HOSPITALAR. IDENTIFICAÇÃO DO PESO DOS HOSPITAIS EFETIVOS IDENTIFICADOS PELO SEU VÍNCULO JURÍDICO.

Inspirados por esta análise preliminar da distribuição dos portes hospitalares, procederemos a analisar a efetividade dos hospitais a partir das seguintes variáveis de desempenho para o ano de 2012 ou para o mês de janeiro de 2013 conforme a variável em análise:

1. Disponibilidade de leitos de UTI por porte;
2. Produção de AIH e valores aprovados por porte;
3. Produção de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados por porte;
4. Variação da Taxa de Ocupação por porte
5. Variação do Tempo Médio de Permanência por porte
6. Variação da Taxa de Mortalidade Geral por porte
7. Variação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica por porte

1. Disponibilidade de leitos de UTI por porte

Gráfico 75: Variação da proporção de leitos de UTI SUS sob o total de leitos Gerais SUS, segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2013.

Região	% Leitos UTI SUS / Leitos Existentes SUS						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	0,00%	0,00%	3,52%	5,67%	NE	NE
	AM	0,86%	0,00%	3,45%	5,95%	4,65%	NE
	AP	0,00%	0,00%	NE	3,32%	NE	NE
	PA	0,00%	0,00%	1,19%	7,13%	5,89%	NE
	RO	0,00%	0,00%	1,41%	3,62%	NE	7,20%
	RR	0,00%	0,00%	NE	3,59%	NE	NE
	TO	0,00%	0,00%	0,00%	9,43%	13,55%	NE
Nordeste	AL	0,00%	0,72%	0,75%	7,25%	7,68%	NE
	BA	0,00%	0,00%	0,89%	5,27%	10,77%	6,62%
	CE	0,19%	0,22%	1,93%	3,32%	8,12%	7,38%
	MA	0,98%	0,27%	0,97%	6,24%	3,15%	10,99%
	PB	0,58%	0,75%	3,69%	6,05%	8,63%	NE
	PE	0,24%	0,30%	1,92%	5,39%	8,41%	7,88%
	PI	0,00%	0,42%	2,24%	2,37%	6,49%	NE
Centro-Oeste	RN	0,21%	2,27%	4,87%	6,17%	10,64%	NE
	SE	0,00%	1,70%	2,30%	7,16%	13,09%	13,23%
	DF	4,76%	80,00%	19,10%	10,08%	7,86%	2,65%
	GO	0,00%	0,16%	5,58%	10,31%	5,95%	NE
	MS	0,00%	0,00%	3,27%	6,99%	11,30%	12,59%
	MT	0,00%	0,30%	3,76%	10,67%	7,68%	NE
	PR	0,00%	0,50%	3,52%	9,95%	10,87%	9,80%
Sul	RS	0,00%	0,00%	1,59%	8,72%	8,88%	10,76%
	SC	0,58%	1,04%	2,22%	7,35%	7,26%	NE
Sudeste	ES	0,00%	0,18%	4,03%	9,41%	3,87%	NE
	MG	0,00%	0,23%	4,36%	8,89%	10,04%	12,66%
	RJ	1,26%	2,02%	3,00%	4,02%	4,41%	8,37%
	SP	0,36%	0,54%	3,64%	8,24%	7,73%	11,48%

% Leitos UTI SUS / Leitos Existentes SUS						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	0,19%	0,16%	0,75%	2,37%	3,15%	2,65%
Q1	0,27%	0,27%	1,84%	5,33%	6,22%	7,38%
MEDIANA	0,58%	0,50%	3,14%	6,99%	7,86%	9,80%
Q3	0,95%	1,04%	3,71%	8,80%	10,34%	11,48%
MAX NO	1,26%	2,02%	5,58%	10,67%	13,55%	13,23%

LEGENDA

MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil

OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers
---------	---

Intervalo Interquartil	Q3-Q1
------------------------	-------

NE	Não Existente
----	---------------

FONTE: CNES. Competência jan/2012

2. Produção de AIH e valores aprovados por porte;

Tabela 24: Produção de AIH e valores aprovados segundo porte dos hospitais brasileiros vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

UF	AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH					
	≤ 30		31-50		51-100	
	FREQ AIH	R\$ Aprovado	FREQ AIH	R\$ Aprovado	FREQ AIH	R\$ Aprovado
AC	3.570	R\$ 1.127.603,20	11.493	R\$ 4.656.285,44	10.218	R\$ 5.334.384,64
AM	15.621	R\$ 5.955.525,60	13.672	R\$ 6.094.511,99	52.504	R\$ 29.485.733,77
AP	591	R\$ 161.493,33	4.653	R\$ 1.835.990,24	NE	NE
PA	55.596	R\$ 21.906.264,21	101.545	R\$ 41.398.309,69	166.817	R\$ 88.723.326,85
RO	7.762	R\$ 2.381.103,97	22.636	R\$ 7.652.440,10	28.925	R\$ 13.644.358,90
RR	2.450	R\$ 890.134,54	280	R\$ 110.786,12		
TO	8.832	R\$ 3.067.957,43	15.725	R\$ 7.123.971,07	21.443	R\$ 11.045.128,19
Região Norte	94.422	R\$ 35.490.082,28	170.004	R\$ 68.872.294,65	279.907	R\$ 148.232.932,35
AL	7.987	R\$ 4.642.485,85	19.643	R\$ 10.216.834,51	34.883	R\$ 22.193.065,30
BA	85.422	R\$ 36.593.652,17	172.038	R\$ 78.631.994,55	214.043	R\$ 112.962.897,32
CE	26.624	R\$ 11.231.712,57	56.510	R\$ 27.467.383,12	112.758	R\$ 70.809.479,06
MA	60.169	R\$ 24.377.833,55	86.646	R\$ 35.918.780,22	83.642	R\$ 39.530.340,52
PB	15.435	R\$ 5.862.041,16	14.700	R\$ 6.925.049,54	55.318	R\$ 54.840.726,80
PE	29.518	R\$ 14.997.667,75	43.430	R\$ 27.998.485,74	92.832	R\$ 48.398.350,00
PI	27.240	R\$ 11.125.399,10	51.320	R\$ 22.998.532,46	49.900	R\$ 33.980.187,79
RN	22.728	R\$ 10.668.493,64	14.782	R\$ 12.783.199,41	37.156	R\$ 25.747.871,47
SE	2.596	R\$ 977.710,41	9.750	R\$ 5.735.406,85	15.730	R\$ 7.878.028,09
Região Nordeste	277.719	R\$ 120.476.996,20	468.819	R\$ 228.675.666,40	696.262	R\$ 416.340.946,35
DF	997	R\$ 1.153.429,27	368	R\$ 2.022.977,14	11.463	R\$ 5.826.373,07
GO	54.086	R\$ 22.918.950,04	72.549	R\$ 32.597.513,63	82.217	R\$ 68.824.825,85
MS	19.491	R\$ 7.598.801,31	21.928	R\$ 10.145.421,73	27.833	R\$ 16.868.956,01
MT	24.802	R\$ 10.127.625,47	29.965	R\$ 13.491.008,21	38.799	R\$ 23.677.855,93
Região Centro-Oeste	99.376	R\$ 41.798.806,09	124.810	R\$ 58.256.920,71	160.312	R\$ 115.198.010,86
PR	68.483	R\$ 33.703.471,33	71.407	R\$ 37.039.127,09	153.218	R\$ 104.745.956,78
RS	10.063	R\$ 5.688.743,79	53.931	R\$ 27.306.987,32	124.405	R\$ 76.885.811,67
SC	12.745	R\$ 6.123.781,67	40.147	R\$ 22.442.900,08	79.207	R\$ 56.293.407,72
Região Sul	91.291	R\$ 45.515.996,79	165.485	R\$ 86.789.014,49	356.830	R\$ 237.925.176,17
ES	11.415	R\$ 5.008.357,98	16.108	R\$ 7.653.527,54	66.335	R\$ 40.248.340,63
MG	56.066	R\$ 25.837.536,11	132.095	R\$ 63.551.398,43	258.257	R\$ 199.571.943,26
RJ	8.715	R\$ 3.610.447,94	29.691	R\$ 21.167.282,41	161.901	R\$ 110.536.583,80
SP	43.410	R\$ 19.987.409,30	128.547	R\$ 57.061.336,03	304.563	R\$ 198.799.094,95
Região Sudeste	119.606	R\$ 54.443.751,33	306.441	R\$ 149.433.544,41	791.056	R\$ 549.155.962,64
Total Geral	682.414	R\$ 297.725.632,69	1.235.559	R\$ 592.027.440,66	2.284.367	R\$ 1.466.853.028,37
Valor médio AIH	R\$ 436,28		R\$ 479,16		R\$ 642,13	

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

Tabela 25: Produção de AIH e valores pagos segundo porte dos hospitais brasileiros vinculados ao SUS. Brasil, 2012. (cont.)

UF	AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - AIH					
	101-250		251-500		maior de 501	
	FREQ AIH	R\$ Aprovado	FREQ AIH	R\$ Aprovado	FREQ AIH	R\$ Aprovado
AC	25.972	R\$ 21.811.100,21	NE	NE	NE	NE
AM	53.376	R\$ 52.870.681,58	29.128	R\$ 29.865.183,16	NE	NE
AP	33.004	R\$ 21.149.099,05	NE	NE	NE	NE
PA	138.673	R\$ 122.308.285,96	29.494	R\$ 44.767.877,68	NE	NE
RO	25.389	R\$ 16.244.313,87	NE	NE	7.718	R\$ 10.482.880,46
RR	29.352	R\$ 20.278.987,38	NE	NE	NE	NE
TO	46.991	R\$ 44.901.682,77	13.639	R\$ 20.258.179,42	NE	NE
Região Norte	352.757	R\$ 299.564.150,82	72.261	R\$ 94.891.240,26	7.718	R\$ 10.482.880,46
AL	92.717	R\$ 76.502.283,97	15.118	R\$ 31.796.328,02	NE	NE
BA	264.186	R\$ 271.338.706,41	61.854	R\$ 85.348.153,03	49.487	R\$ 83.775.483,86
CE	140.902	R\$ 132.604.593,79	92.971	R\$ 140.816.866,05	18.054	R\$ 40.580.840,77
MA	103.793	R\$ 92.986.398,83	34.011	R\$ 30.481.578,96	12.323	R\$ 22.532.313,30
PB	112.612	R\$ 106.100.001,24	4.744	R\$ 5.528.880,76	NE	NE
PE	206.236	R\$ 186.779.462,59	73.492	R\$ 93.826.514,62	92.160	R\$ 158.348.759,79
PI	41.145	R\$ 25.841.466,22	47.470	R\$ 54.992.130,49	NE	NE
RN	79.069	R\$ 106.205.605,41	9.873	R\$ 14.629.413,49	NE	NE
SE	19.309	R\$ 18.932.224,79	31.312	R\$ 32.832.161,50	12.748	R\$ 14.919.569,24
Região Nordeste	1.059.969	R\$ 1.017.290.743,25	370.845	R\$ 490.252.026,92	184.772	R\$ 320.156.966,96
DF	51.289	R\$ 53.125.086,52	83.029	R\$ 73.829.642,14	37.981	R\$ 42.973.648,56
GO	83.388	R\$ 121.222.460,59	48.191	R\$ 88.723.427,80	NE	NE
MS	50.285	R\$ 46.264.152,47	12.613	R\$ 18.756.722,18	22.128	R\$ 52.451.322,60
MT	72.720	R\$ 79.219.609,90	14.057	R\$ 20.382.097,40	NE	NE
Região Centro-Oeste	257.682	R\$ 299.831.309,48	157.890	R\$ 201.691.889,52	60.109	R\$ 95.424.971,16
PR	327.249	R\$ 405.943.416,08	119.353	R\$ 288.304.190,47	40.490	R\$ 78.702.737,57
RS	278.430	R\$ 289.035.265,55	121.100	R\$ 175.543.596,15	135.573	R\$ 270.952.233,64
SC	167.664	R\$ 229.441.540,26	98.777	R\$ 184.677.317,43	NE	NE
Região Sul	773.343	R\$ 924.420.221,89	339.230	R\$ 648.525.104,05	176.063	R\$ 349.654.971,21
ES	94.384	R\$ 129.166.529,72	27.616	R\$ 37.838.260,77	NE	NE
MG	426.233	R\$ 531.691.258,19	201.527	R\$ 359.549.585,55	86.986	R\$ 201.347.864,45
RJ	287.474	R\$ 313.263.790,45	172.166	R\$ 204.971.200,93	19.562	R\$ 27.006.163,42
SP	1.114.652	R\$ 1.126.722.372,52	550.048	R\$ 722.609.054,08	308.061	R\$ 791.875.187,81
Região Sudeste	1.922.743	R\$ 2.100.843.950,88	951.357	R\$ 1.324.968.101,33	414.609	R\$ 1.020.229.215,68
Total Geral	4.366.494	R\$ 4.641.950.376,32	1.891.583	R\$ 2.760.328.362,08	843.271	R\$ 1.795.949.005,47
Valor médio AIH	R\$ 1.063,08		R\$ 1.459,27		R\$ 2.129,74	

Fonte: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

Observa-se que a maior variação positiva está no subgrupo de hospitais de 101 a 250 leitos (Gráfico 76), pois apesar de os hospitais acima de 251 leitos apresentarem potencial de produção de internação maior do que aqueles abaixo de 250 leitos, o fato de haver maior número absoluto de hospitais entre 101-250 leitos explica o destaque deste subgrupo na produção de internações. Na Tabela a seguir observa-se a importante mudança de valor médio das AIHs a partir do porte de 100 leitos representando a complexidade da atenção e dos pacientes internados.

Gráfico76: Distribuição do número de AIHs aprovadas segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

Região	Produção de AIH - freq. SIHSUS						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	3.570	11.493	10.218	25.972	NE	NE
	AM	15.621	13.672	52.504	53.376	29.128	NE
	AP	591	4.653	NE	33.004	NE	NE
	PA	55.596	101.545	166.817	138.673	29.494	NE
	RO	7.762	22.636	28.925	25.389	NE	7.718
	RR	2.450	280	NE	29.352	NE	NE
	TO	8.832	15.725	21.443	46.991	13.639	NE
Nordeste	AL	7.987	19.643	34.883	92.717	15.118	NE
	BA	85.422	172.038	214.043	264.186	61.854	49.487
	CE	26.624	56.510	112.758	140.902	92.971	18.054
	MA	60.169	86.646	83.642	103.793	34.011	12.323
	PB	15.435	14.700	55.318	112.612	4.744	NE
	PE	29.518	43.430	92.832	206.236	73.492	92.160
	PI	27.240	51.320	49.900	41.145	47.470	NE
	RN	22.728	14.782	37.156	79.069	9.873	NE
	SE	2.596	9.750	15.730	19.309	31.312	12.748
Centro-Oeste	DF	997	368	11.463	51.289	83.029	37.981
	GO	54.086	72.549	82.217	83.388	48.191	NE
	MS	19.491	21.928	27.833	50.285	12.613	22.128
	MT	24.802	29.965	38.799	72.720	14.057	NE
Sul	PR	68.483	71.407	153.218	327.249	119.353	40.490
	RS	10.063	53.931	124.405	278.430	121.100	135.573
	SC	12.745	40.147	79.207	167.664	98.777	NE
Sudeste	ES	11.415	16.108	66.335	94.384	27.616	NE
	MG	56.066	132.095	258.257	426.233	201.527	86.986
	RJ	8.715	29.691	161.901	287.474	172.166	19.562
	SP	43.410	128.547	304.563	1.114.652	550.048	308.061

Produção de AIH - freq. SIHSUS						
BOXPLOT	? 30	31-50	51-100	101-250	251-500	? 501
MIN NO	591	280	10.218	19.309	4.744	7.718
Q1	8.351	14.741	34.883	48.638	21.367	18.054
MEDIANA	15.621	29.691	66.335	92.717	47.470	37.981
Q3	36.464	63.959	124.405	186.950	95.874	86.986
MAX NO	68.483	132.095	258.257	327.249	201.527	135.573

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers

Intervalo Interquartil	Q3-Q1
------------------------	-------

NE	Não Existente
----	---------------

Fonte: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

Gráfico 77: Variação dos valores médios aprovados de internação segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

Região	VALOR MÉDIO AIH - R\$ APROVADO							VALOR MÉDIO AIH - R\$ APROVADO						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501	BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	R\$ 315,86	R\$ 405,14	R\$ 522,06	R\$ 839,79	NE	NE	MIN NO	R\$ 273,25	R\$ 338,07	R\$ 471,72	R\$ 628,06	R\$ 889,20	R\$ 1.692,88
	AM	R\$ 381,25	R\$ 445,77	R\$ 561,59	R\$ 990,53	R\$ 1.025,31	NE	Q1	R\$ 380,52	R\$ 444,83	R\$ 521,71	R\$ 888,94	R\$ 1.161,95	R\$ 1.692,88
	AP	R\$ 273,25	R\$ 394,58	NE	R\$ 640,80	NE	NE	MEDIANA	R\$ 414,28	R\$ 462,67	R\$ 606,74	R\$ 980,49	R\$ 1.449,96	R\$ 1.718,19
	PA	R\$ 394,03	R\$ 407,68	R\$ 531,86	R\$ 881,99	R\$ 1.517,86	NE	Q3	R\$ 465,12	R\$ 519,42	R\$ 682,30	R\$ 1.089,55	R\$ 1.516,25	R\$ 1.828,48
	RO	R\$ 306,76	R\$ 338,07	R\$ 471,72	R\$ 639,82	NE	R\$ 1.358,24	MAX NO	R\$ 581,26	R\$ 588,25	R\$ 837,11	R\$ 1.368,52	R\$ 1.869,64	R\$ 1.828,48
	RR	R\$ 363,32	R\$ 395,66	NE	R\$ 690,89	NE	NE	LEGENDA MIN NO Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil Q1 1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado MEDIANA Valor que ocupa a posição central de um conjunto de n dados ordenados Q3 3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado MAX NO Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil OUTLIER Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers Intervalo Interquartil Q3-Q1 NE Não Existente						
	TO	R\$ 347,37	R\$ 453,03	R\$ 515,09	R\$ 955,54	R\$ 1.485,31	NE							
	AL	R\$ 581,26	R\$ 520,13	R\$ 636,21	R\$ 825,12	R\$ 2.103,21	NE							
Nordeste	BA	R\$ 428,39	R\$ 457,06	R\$ 527,76	R\$ 1.027,07	R\$ 1.379,83	R\$ 1.692,88							
	CE	R\$ 421,86	R\$ 486,06	R\$ 627,98	R\$ 941,11	R\$ 1.514,63	R\$ 2.247,75							
	MA	R\$ 405,16	R\$ 414,55	R\$ 472,61	R\$ 895,88	R\$ 896,23	R\$ 1.828,48							
	PB	R\$ 379,79	R\$ 471,09	R\$ 991,37	R\$ 942,17	R\$ 1.165,45	NE							
	PE	R\$ 508,09	R\$ 644,68	R\$ 521,35	R\$ 905,66	R\$ 1.276,69	R\$ 1.718,19							
	PI	R\$ 408,42	R\$ 448,14	R\$ 680,97	R\$ 628,06	R\$ 1.158,46	NE							
	RN	R\$ 469,40	R\$ 864,78	R\$ 692,97	R\$ 1.343,20	R\$ 1.481,76	NE							
	SE	R\$ 376,62	R\$ 588,25	R\$ 500,83	R\$ 980,49	R\$ 1.048,55	R\$ 1.170,35							
Centro-Oeste	DF	R\$ 1.156,90	R\$ 5.497,22	R\$ 508,28	R\$ 1.035,80	R\$ 889,20	R\$ 1.131,45							
	GO	R\$ 423,75	R\$ 449,32	R\$ 837,11	R\$ 1.453,72	R\$ 1.841,08	NE							
	MS	R\$ 389,86	R\$ 462,67	R\$ 606,08	R\$ 920,04	R\$ 1.487,09	R\$ 2.370,36							
	MT	R\$ 408,34	R\$ 450,23	R\$ 610,27	R\$ 1.089,38	R\$ 1.449,96	NE							
Sul	PR	R\$ 492,14	R\$ 518,70	R\$ 683,64	R\$ 1.240,47	R\$ 2.415,56	R\$ 1.943,76							
	RS	R\$ 565,31	R\$ 506,33	R\$ 618,03	R\$ 1.038,09	R\$ 1.449,58	R\$ 1.998,57							
	SC	R\$ 480,49	R\$ 559,02	R\$ 710,71	R\$ 1.368,46	R\$ 1.869,64	NE							
Sudeste	ES	R\$ 438,75	R\$ 475,14	R\$ 606,74	R\$ 1.368,52	R\$ 1.370,16	NE							
	MG	R\$ 460,84	R\$ 481,10	R\$ 772,76	R\$ 1.247,42	R\$ 1.784,13	R\$ 2.314,72							
	RJ	R\$ 414,28	R\$ 712,92	R\$ 682,74	R\$ 1.089,71	R\$ 1.190,54	R\$ 1.380,54							
	SP	R\$ 460,43	R\$ 443,89	R\$ 652,74	R\$ 1.010,83	R\$ 1.313,72	R\$ 2.570,51							

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

3. Produção de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados por porte

Tabela 26: Produção de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

UF	SIASUS - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM HOSPITALARES					
	≤ 30		31-50		51-100	
	FREQ AIH	R\$ PAGO	FREQ AIH	R\$ PAGO	FREQ AIH	R\$ PAGO
AC	444.304	R\$ 7.303.210,65	952.438	R\$ 5.167.260,94	897.353	R\$ 8.319.209,54
AM	2.919.335	R\$ 20.511.416,42	1.484.391	R\$ 4.979.984,05	3.388.923	R\$ 13.436.310,74
AP	83.557	R\$ 123.638,67	260.453	R\$ 1.171.325,69	NE	NE
PA	9.455.191	R\$ 20.857.730,06	9.379.035	R\$ 31.551.830,13	12.580.621	R\$ 44.241.923,00
RO	2.981.390	R\$ 2.229.405,22	2.648.874	R\$ 5.787.176,72	1.723.842	R\$ 14.296.242,58
RR	535.611	R\$ 3.130.739,36	96.805	R\$ 372.543,94	NE	NE
TO	869.068	R\$ 3.076.236,44	717.930	R\$ 3.648.977,01	678.502	R\$ 4.768.200,38
Região Norte	17.288.456	R\$ 57.232.376,82	15.539.926	R\$ 52.679.098,48	19.269.241	R\$ 85.061.886,24
AL	1.723.481	R\$ 27.501.150,08	2.235.379	R\$ 9.731.374,84	725.151	R\$ 5.530.468,73
BA	9.380.680	R\$ 33.324.452,90	7.303.059	R\$ 39.985.506,39	10.369.033	R\$ 47.962.545,93
CE	5.137.193	R\$ 35.964.391,22	3.420.606	R\$ 14.525.090,72	6.973.181	R\$ 44.001.675,74
MA	4.140.204	R\$ 13.672.738,08	5.962.437	R\$ 21.555.723,34	5.961.699	R\$ 32.096.014,26
PB	955.762	R\$ 5.435.933,10	1.709.216	R\$ 10.108.959,68	1.909.131	R\$ 41.369.326,08
PE	8.330.662	R\$ 43.091.477,24	5.191.268	R\$ 20.934.700,58	6.521.910	R\$ 60.147.084,07
PI	2.287.284	R\$ 10.745.305,17	1.599.639	R\$ 8.233.650,00	1.753.685	R\$ 11.544.512,15
RN	4.295.132	R\$ 9.467.739,85	1.097.507	R\$ 6.790.920,72	1.829.042	R\$ 11.659.308,03
SE	2.523.161	R\$ 8.082.353,87	474.979	R\$ 3.220.864,02	659.182	R\$ 4.855.375,62
Região Nordeste	38.773.559	R\$ 187.285.541,51	28.994.090	R\$ 135.086.790,29	36.702.014	R\$ 259.166.310,61
DF	74.174	R\$ 1.631.705,27	0	R\$ -	1.380.705	R\$ 10.438.242,60
GO	5.950.500	R\$ 23.899.932,17	5.449.555	R\$ 26.445.015,81	3.575.793	R\$ 29.021.743,40
MS	834.197	R\$ 3.690.443,78	467.062	R\$ 12.986.950,69	796.194	R\$ 9.325.295,22
MT	1.930.262	R\$ 7.055.142,19	1.278.886	R\$ 4.920.837,00	1.349.996	R\$ 8.747.929,70
Região Centro-Oeste	8.789.133	R\$ 36.277.223,41	7.195.503	R\$ 44.352.803,50	7.102.688	R\$ 57.533.210,92
PR	4.425.148	R\$ 28.446.759,28	997.231	R\$ 6.182.363,12	2.579.810	R\$ 43.313.605,10
RS	660.878	R\$ 6.922.671,61	1.238.993	R\$ 13.269.921,45	5.017.458	R\$ 54.872.217,46
SC	363.471	R\$ 2.436.012,98	729.818	R\$ 5.820.650,50	1.184.132	R\$ 14.441.816,31
Região Sul	5.449.497	R\$ 37.805.443,87	2.966.042	R\$ 25.272.935,07	8.781.400	R\$ 112.627.638,87
ES	1.363.915	R\$ 9.258.167,49	778.561	R\$ 15.381.394,99	2.108.069	R\$ 15.814.162,53
MG	7.103.540	R\$ 34.742.251,02	5.720.643	R\$ 39.062.476,00	6.789.149	R\$ 89.236.840,70
RJ	3.012.874	R\$ 10.689.933,44	4.470.354	R\$ 33.329.622,46	16.517.785	R\$ 131.018.079,06
SP	14.516.648	R\$ 97.706.078,23	13.346.992	R\$ 81.353.266,34	22.382.545	R\$ 209.042.791,74
Região Sudeste	25.996.977	R\$ 152.396.430,18	24.316.550	R\$ 169.126.759,79	47.797.548	R\$ 445.111.874,03
Total Geral	96.297.622	R\$ 470.997.015,79	79.012.111	R\$ 426.518.387,13	119.652.891	R\$ 959.500.920,67
MÉDIA APROVADA	R\$ 4,89		R\$ 5,40		R\$ 8,02	

FONTE: DATASUS/TABWIN/SIA 2012.

Tabela 26: Produção de procedimentos ambulatoriais e valores aprovados segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012. (cont.)

UF	SIASUS - PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM HOSPITALARES					
	101-250		251-500		maior de 501	
	FREQ AIH	R\$ PAGO	FREQ AIH	R\$ PAGO	FREQ AIH	R\$ PAGO
AC	2.309.230	R\$ 31.703.843,42	NE	NE	NE	NE
AM	5.851.039	R\$ 57.947.682,46	4.156.759	R\$ 24.211.337,68	NE	NE
AP	2.456.233	R\$ 14.384.280,24	NE	NE	NE	NE
PA	4.595.417	R\$ 39.871.050,65	3.069.920	R\$ 35.550.450,03	NE	NE
RO	1.898.539	R\$ 12.293.427,31	NE	NE	240.246	R\$ 1.679.710,13
RR	1.390.423	R\$ 11.070.368,26	NE	NE	NE	NE
TO	948.286	R\$ 13.968.117,03	416.445	R\$ 9.782.356,42	NE	NE
Região Norte	19.449.167	R\$ 181.238.769,37	7.643.124	R\$ 69.544.144,13	240.246	R\$ 1.679.710,13
AL	2.172.492	R\$ 37.085.975,21	390.972	R\$ 26.819.747,69	NE	NE
BA	16.911.230	R\$ 172.170.795,79	5.294.154	R\$ 51.868.993,49	3.451.426	R\$ 38.781.620,67
CE	11.249.412	R\$ 95.500.992,93	6.370.129	R\$ 56.352.231,44	7.558.785	R\$ 16.506.202,31
MA	9.804.121	R\$ 78.162.322,44	1.068.650	R\$ 11.058.200,70	1.227.751	R\$ 17.440.886,63
PB	3.335.838	R\$ 60.807.213,21	366.202	R\$ 2.673.438,60	NE	NE
PE	6.927.582	R\$ 94.616.246,57	4.708.324	R\$ 68.097.897,98	3.833.411	R\$ 68.691.228,05
PI	657.839	R\$ 8.133.485,24	745.031	R\$ 36.891.197,99	NE	NE
RN	2.473.392	R\$ 57.483.205,98	419.099	R\$ 2.956.302,48	NE	NE
SE	384.032	R\$ 8.327.800,18	318.897	R\$ 6.370.044,12	864.483	R\$ 11.950.622,43
Região Nordeste	53.915.938	R\$ 612.288.037,55	19.681.458	R\$ 263.088.054,49	16.935.856	R\$ 153.370.560,09
DF	5.357.028	R\$ 39.190.958,33	8.012.610	R\$ 52.468.556,22	4.515.531	R\$ 41.281.934,81
GO	2.080.429	R\$ 41.249.871,12	2.292.574	R\$ 77.153.268,41	NE	NE
MS	1.417.382	R\$ 20.254.816,06	368.649	R\$ 7.921.235,69	438.309	R\$ 13.898.854,00
MT	2.099.652	R\$ 32.566.635,07	154.958	R\$ 5.939.410,37	NE	NE
Região Centro-Oeste	10.954.491	R\$ 133.262.280,58	10.828.791	R\$ 143.482.470,69	4.953.840	R\$ 55.180.788,81
PR	16.551.954	R\$ 171.852.436,56	2.574.326	R\$ 53.710.604,39	2.811.967	R\$ 38.806.239,26
RS	31.023.479	R\$ 235.980.901,31	6.031.143	R\$ 104.768.000,99	8.880.862	R\$ 174.660.556,56
SC	60.629.576	R\$ 75.450.287,87	2.983.882	R\$ 83.643.539,61	NE	NE
Região Sul	108.205.009	R\$ 483.283.625,74	11.589.351	R\$ 242.122.144,99	11.692.829	R\$ 213.466.795,82
ES	4.255.386	R\$ 105.864.359,15	1.091.472	R\$ 14.845.369,85	NE	NE
MG	11.275.587	R\$ 284.059.611,36	8.669.334	R\$ 201.203.817,88	1.879.073	R\$ 60.070.164,62
RJ	14.284.418	R\$ 172.341.163,44	8.996.789	R\$ 76.862.638,26	1.249.318	R\$ 14.606.137,16
SP	66.107.403	R\$ 863.532.472,81	33.397.203	R\$ 568.817.401,58	29.877.287	R\$ 516.178.460,02
Região Sudeste	95.922.794	R\$ 1.425.797.606,76	52.154.798	R\$ 861.729.227,57	33.005.678	R\$ 590.854.761,80
Total Geral	203.805.916	R\$ 2.835.870.320,00	101.897.522	R\$ 1.579.966.041,87	66.828.449	R\$ 1.014.552.616,65
MÉDIA APROVADA	R\$ 13,91		R\$ 15,51		R\$ 15,18	

FONTE: DATASUS/TABWIN/SIA 2012.

Novamente observa-se uma variação positiva entre os hospitais de 100 leitos e maiores, com destaque para os de 100 a 250 pelo volume combinado com valor total, indicado complexidade no

valor médio que muda de forma substantiva a partir de 100 leitos.

Gráfico 78: Distribuição do número de procedimentos ambulatoriais aprovados segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

Região	Produção de Procedimentos Ambulatoriais						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	444.304	952.438	897.353	2.309.230	NE	NE
	AM	2.919.335	1.484.391	3.388.923	5.851.039	4.156.759	NE
	AP	83.557	260.453	NE	2.456.233	NE	NE
	PA	9.455.191	9.379.035	12.580.621	4.595.417	3.069.920	NE
	RO	2.981.390	2.648.874	1.723.842	1.898.539	NE	240.246
	RR	535.611	96.805	NE	1.390.423	NE	NE
	TO	869.068	717.930	678.502	948.286	416.445	NE
Nordeste	AL	1.723.481	2.235.379	725.151	2.172.492	390.972	NE
	BA	9.380.680	7.303.059	10.369.033	16.911.230	5.294.154	3.451.426
	CE	5.137.193	3.420.606	6.973.181	11.249.412	6.370.129	7.558.785
	MA	4.140.204	5.962.437	5.961.699	9.804.121	1.068.650	1.227.751
	PB	955.762	1.709.216	1.909.131	3.335.838	366.202	NE
	PE	8.330.662	5.191.268	6.521.910	6.927.582	4.708.324	3.833.411
	PI	2.287.284	1.599.639	1.753.685	657.839	745.031	NE
	RN	4.295.132	1.097.507	1.829.042	2.473.392	419.099	NE
Centro-Oeste	SE	2.523.161	474.979	659.182	384.032	318.897	864.483
	DF	74.174	0	1.380.705	5.357.028	8.012.610	4.515.531
	GO	5.950.500	5.449.555	3.575.793	2.080.429	2.292.574	NE
	MS	834.197	467.062	796.194	1.417.382	368.649	438.309
Sul	MT	1.930.262	1.278.886	1.349.996	2.099.652	154.958	NE
	PR	4.425.148	997.231	2.579.810	6.174.511	2.574.326	2.811.967
	RS	660.878	1.238.993	5.017.458	12.958.732	6.031.143	8.880.862
	SC	363.471	729.818	1.184.132	4.430.283	2.983.882	NE
Sudeste	ES	1.363.915	778.561	2.108.069	4.255.386	1.091.472	NE
	MG	7.103.540	5.720.643	6.789.149	11.275.587	8.669.334	1.879.073
	RJ	3.012.874	4.470.354	16.517.785	14.284.418	8.996.789	1.249.318
	SP	14.516.648	13.346.992	22.382.545	66.107.403	33.397.203	29.877.287

Produção de Procedimentos Ambulatoriais						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	777.459	725.225	690.814	1.706.009	262.814	987.505
Q1	851.633	822.030	1.349.996	2.090.041	417.772	1.227.751
MEDIANA	1.671.529	719.985	758.073	2.165.346	2.156.554	1.584.216
Q3	2.258.010	3.469.025	4.413.841	4.110.466	3.088.323	1.703.564
MAX NO	4.674.021	4.367.996	6.058.711	8.545.379	3.334.141	4.365.331

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers

Intervalo Interquartil	Q3-Q1
NE	Não Existente

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

4. Variação da Taxa de Ocupação por porte

Gráfico 79: Variação da Taxa de Ocupação por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

As taxas de ocupação a partir de 100 leitos se aproximam do padrão desejável de 75 a 85% de ocupação.

Região	Taxa de Ocupação Hospitalar							Taxa de Ocupação Hospitalar						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501	BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	12,24%	35,21%	63,74%	62,81%	NE	NE	MIN NO	8,26%	8,20%	5,62%	13,61%	14,03%	17,02%
	AM	16,05%	17,69%	37,77%	62,92%	73,41%	NE	Q1	10,91%	21,24%	35,66%	62,35%	65,52%	69,18%
	AP	2,65%	21,04%	NE	70,13%	NE	NE	MEDIANA	3,62%	3,28%	3,09%	7,79%	10,27%	14,43%
	PA	31,06%	36,33%	44,33%	59,61%	76,09%	NE	Q3	4,98%	5,93%	3,99%	4,50%	7,67%	4,22%
	RO	10,30%	24,98%	38,60%	48,74%	NE	52,16%	MAX NO	11,54%	9,72%	8,96%	13,50%	22,87%	26,12%
	RR	12,42%	7,21%	NE	81,11%	NE	NE	LEGENDA						
	TO	14,34%	40,17%	47,04%	94,83%	100,20%	NE							
Nordeste	AL	14,53%	21,45%	38,75%	71,28%	79,26%	NE	MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil					
	BA	15,90%	22,03%	34,40%	65,97%	81,39%	87,83%	Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado					
	CE	10,71%	22,84%	30,96%	56,90%	64,21%	113,95%	MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados					
	MA	25,52%	24,96%	23,70%	54,37%	53,73%	69,18%	Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado					
	PB	7,76%	13,04%	30,04%	70,79%	51,49%	NE	MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil					
	PE	10,70%	17,45%	30,62%	62,29%	72,17%	83,61%	OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers					
	PI	14,94%	22,59%	42,34%	42,59%	68,98%	NE							
Centro-Oeste	RN	9,12%	13,82%	39,15%	74,39%	106,33%	NE	Intervalo Interquartil						
	SE	11,11%	19,50%	22,58%	60,00%	65,66%	72,93%							
	DF	20,33%	136,08%	91,84%	88,13%	85,30%	64,01%	NE						
	GO	14,10%	24,95%	38,46%	70,57%	82,85%	NE							
	MS	26,03%	32,70%	51,70%	64,33%	99,72%	85,79%	Intervalo Interquartil						
	MT	16,23%	24,52%	38,61%	86,69%	65,09%	NE							
	Sul	PR	14,79%	26,98%	36,92%	78,36%	96,04%	62,98%	NE					
RS		10,41%	22,82%	43,15%	66,10%	77,39%	99,16%							
SC		14,21%	22,58%	39,63%	74,07%	75,49%	NE	Intervalo Interquartil						
Sudeste	ES	20,65%	32,34%	40,41%	74,15%	86,45%	NE							
	MG	18,70%	26,03%	41,16%	74,87%	81,47%	88,11%	NE						
	RJ	23,44%	28,57%	42,39%	62,40%	69,06%	51,77%							
SP	23,10%	39,33%	55,88%	79,79%	84,70%	94,44%	Intervalo Interquartil							

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

5. Variação do Tempo Médio de Permanência por porte

Gráfico 80: Variação do Tempo Médio de Permanência por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012

Região	Tempo Médio de Permanência						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	2,64	2,56	6,15	5,15	NE	NE
	AM	2,97	3,03	3,57	6,35	7,28	NE
	AP	1,76	2,59	NE	5,53	NE	NE
	PA	2,63	2,66	3,30	4,66	8,77	NE
	RO	2,40	2,71	3,52	5,38	NE	10,29
	RR	3,63	2,88	NE	5,06	NE	NE
	TO	2,38	3,35	3,09	5,03	5,58	NE
Nordeste	AL	2,90	3,77	3,08	6,11	11,19	NE
	BA	2,53	2,45	3,46	5,44	7,84	10,90
	CE	3,07	2,64	3,25	6,06	7,31	9,61
	MA	3,09	2,64	2,94	5,85	6,98	9,86
	PB	2,53	3,25	4,38	6,42	8,52	NE
	PE	2,72	2,90	3,28	6,53	6,73	7,01
	PI	3,35	2,61	3,45	4,97	5,55	NE
	RN	2,75	3,16	4,21	6,78	10,58	NE
	SE	3,21	2,16	3,30	7,54	3,60	9,84
Centro-Oeste	DF	4,18	10,65	8,97	5,75	6,69	8,25
	GO	2,80	3,00	3,85	7,37	9,27	NE
	MS	2,81	2,79	4,21	5,21	7,23	6,73
	MT	2,75	2,87	4,01	5,21	7,44	NE
Sul	PR	2,73	3,43	3,71	5,34	6,88	4,93
	RS	4,48	4,42	4,83	5,63	7,14	7,95
	SC	3,36	3,51	4,36	6,12	5,89	NE
Sudeste	ES	3,25	3,50	3,45	5,84	9,76	NE
	MG	3,49	3,30	4,02	6,43	6,57	7,92
	RJ	5,65	4,73	5,77	8,98	10,54	8,44
	SP	3,22	3,38	4,69	6,08	7,62	8,89

Tempo Médio de Permanência						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	1,76	2,16	2,94	4,66	5,55	6,73
Q1	2,68	2,65	3,30	5,28	6,71	7,92
MEDIANA	2,90	3,00	3,71	5,84	7,28	8,44
Q3	3,30	3,40	4,36	6,38	8,64	9,84
MAX NO	4,18	4,42	5,77	7,54	11,19	10,90

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers
Intervalo Interquartil	Q3-Q1
NE	Não Existente

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

O aumento observado do tempo médio de permanência a partir de 100 leitos corresponde ao esperado para tempos médios de 6 dias para pacientes agudos, conforme os parâmetros internacionais de até oito dias (OCDE, 2015).

6. Variação da Taxa de Mortalidade Geral por porte

Gráfico 81: Variação da Taxa de Mortalidade Geral por porte dos hospitais vinculados ao SUS

Região	Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	0,56%	0,32%	1,69%	3,92%	NE	NE
	AM	0,17%	0,24%	0,45%	2,25%	8,47%	NE
	AP	0,00%	0,95%	NE	2,95%	NE	NE
	PA	0,16%	0,53%	1,49%	3,29%	6,38%	NE
	RO	0,08%	1,10%	1,60%	5,03%	NE	4,21%
	RR	0,12%	0,00%	NE	2,58%	NE	NE
	TO	0,32%	0,70%	0,91%	2,97%	6,73%	NE
	AL	0,99%	1,45%	1,07%	5,00%	3,71%	NE
Nordeste	BA	1,08%	0,97%	1,97%	4,45%	6,54%	5,53%
	CE	1,43%	1,14%	1,51%	2,61%	5,89%	11,43%
	MA	0,16%	0,24%	0,84%	4,00%	3,12%	1,61%
	PB	0,18%	1,41%	3,13%	4,84%	4,87%	NE
	PE	0,79%	1,24%	1,50%	3,42%	4,15%	5,91%
	PI	0,44%	0,51%	1,55%	1,87%	7,16%	NE
	RN	0,63%	1,49%	2,55%	3,58%	15,23%	NE
	SE	0,73%	1,02%	3,31%	1,54%	2,04%	13,19%
Centro-Oeste	DF	4,31%	57,88%	3,36%	2,52%	2,66%	3,87%
	GO	0,51%	0,93%	2,93%	3,49%	5,75%	NE
	MS	1,14%	2,49%	3,20%	3,36%	7,64%	5,08%
	MT	1,17%	1,33%	1,96%	4,16%	9,54%	NE
Sul	PR	1,67%	1,49%	2,63%	4,45%	4,10%	3,63%
	RS	2,56%	3,28%	3,88%	4,85%	5,07%	4,79%
	SC	2,06%	2,25%	2,96%	3,51%	5,81%	NE
Sudeste	ES	1,06%	0,90%	2,38%	4,75%	2,46%	NE
	MG	2,39%	2,66%	4,24%	4,47%	4,94%	4,69%
	RJ	6,49%	4,51%	4,46%	4,89%	7,51%	4,21%
	SP	2,46%	4,09%	3,66%	4,42%	5,32%	4,62%

Taxa de Mortalidade Geral Hospitalar						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	0,00%	0,00%	0,45%	1,54%	2,04%	4,21%
Q1	0,25%	0,80%	1,51%	2,96%	4,13%	4,21%
MEDIANA	0,79%	1,14%	1,97%	3,58%	5,81%	5,53%
Q3	1,55%	1,87%	3,05%	4,46%	6,95%	5,91%
MAX NO	2,56%	3,28%	4,24%	5,03%	9,54%	5,91%

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers
Intervalo Interquartil	Q3-Q1
NE	Não Existente

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

A maior mortalidade costuma indicar a concorrência de casos mais graves , com os hospitais sendo um espaço de tratamento de pacientes graves e fazem parte do cuidado dos moribundos e da morte., portanto o observado a partir de 100 leitos e especialmente nos maiores de 250 leitos corresponde a esta expectativa.

7. Variação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica por porte

Gráfico 82: Variação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica por porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

Região	% de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	44,62%	30,62%	33,93%	8,92%	NE	NE
	AM	24,16%	36,24%	9,62%	16,64%	12,35%	NE
	AP	32,50%	21,97%	21,35%	16,04%	21,63%	NE
	PA	39,76%	22,09%	NE	13,48%	NE	NE
	RO	46,80%	38,90%	26,50%	14,73%	13,32%	17,16%
	RR	34,75%	21,11%	22,39%	13,92%	17,82%	12,95%
	TO	17,65%	26,63%	21,44%	19,71%	17,69%	14,99%
Nordeste	AL	28,12%	36,52%	24,49%	15,20%	6,50%	NE
	BA	37,84%	27,94%	26,12%	19,23%	5,22%	NE
	CE	48,96%	36,71%	32,36%	14,46%	10,08%	5,84%
	MA	41,06%	37,41%	28,05%	16,76%	13,36%	11,79%
	PB	35,60%	29,19%	20,15%	15,98%	16,27%	9,73%
	PE	40,12%	28,49%	25,98%	11,08%	18,77%	NE
	PI	39,39%	34,89%	32,16%	21,22%	7,48%	NE
	RN	54,32%	32,76%	27,34%	13,81%	11,66%	NE
	SE	29,39%	22,75%	23,73%	13,43%	12,30%	12,35%
Centro-Oeste	DF	45,37%	42,53%	26,39%	24,05%	6,00%	NE
	GO	40,85%	36,77%	23,21%	14,92%	13,63%	9,34%
	MS	18,00%	30,54%	21,96%	18,02%	14,75%	10,65%
	MT	30,32%	22,22%	19,33%	10,26%	28,00%	NE
Sul	PR	49,55%	39,59%	24,85%	27,13%	NE	6,82%
	RS	38,69%	31,07%	NE	14,84%	NE	NE
	SC	40,94%	38,64%	24,53%	19,78%	16,77%	18,77%
Sudeste	ES	42,57%	35,02%	21,81%	13,82%	15,30%	NE
	MG	47,88%	14,37%	25,38%	6,54%	5,01%	18,48%
	RJ	32,28%	31,03%	19,97%	14,87%	12,71%	11,66%
	SP	47,20%	27,63%	22,66%	12,78%	9,94%	NE

% de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	17,65%	14,37%	19,33%	8,92%	5,22%	5,84%
Q1	32,39%	26,88%	21,89%	13,65%	10,87%	10,24%
MEDIANA	39,76%	31,05%	24,53%	14,87%	13,36%	12,37%
Q3	45,00%	36,67%	26,45%	17,39%	17,23%	14,48%
MAX NO	54,32%	42,53%	32,36%	21,22%	21,63%	17,16%

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers

Intervalo Interquartil	Q3-Q1
------------------------	-------

NE	Não Existente
----	---------------

FONTE: DATASUS/TABWIN/SIA 2012.

Novamente fica bem caracterizada a maior efetividade dos hospitais maiores de 100 leitos ao reduzirem de forma significativa as internações por condições sensíveis a atenção básica, ficando consistentemente por baixo do patamar de 28.3% estabelecido pelo IDSUS para este item de desempenho.

Gráfico 83: Variação dos valores médios aprovados de internação segundo porte dos hospitais vinculados ao SUS. Brasil, 2012.

Região	VALOR MÉDIO AIH - R\$ APROVADO						
	UF	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
Norte	AC	R\$ 315,86	R\$ 405,14	R\$ 522,06	R\$ 839,79	NE	NE
	AM	R\$ 381,25	R\$ 445,77	R\$ 561,59	R\$ 990,53	R\$ 1.025,31	NE
	AP	R\$ 273,25	R\$ 394,58	NE	R\$ 640,80	NE	NE
	PA	R\$ 394,03	R\$ 407,68	R\$ 531,86	R\$ 881,99	R\$ 1.517,86	NE
	RO	R\$ 306,76	R\$ 338,07	R\$ 471,72	R\$ 639,82	NE	R\$ 1.358,24
	RR	R\$ 363,32	R\$ 395,66	NE	R\$ 690,89	NE	NE
	TO	R\$ 347,37	R\$ 453,03	R\$ 515,09	R\$ 955,54	R\$ 1.485,31	NE
Nordeste	AL	R\$ 581,26	R\$ 520,13	R\$ 636,21	R\$ 825,12	R\$ 2.103,21	NE
	BA	R\$ 428,39	R\$ 457,06	R\$ 527,76	R\$ 1.027,07	R\$ 1.379,83	R\$ 1.692,88
	CE	R\$ 421,86	R\$ 486,06	R\$ 627,98	R\$ 941,11	R\$ 1.514,63	R\$ 2.247,75
	MA	R\$ 405,16	R\$ 414,55	R\$ 472,61	R\$ 895,88	R\$ 896,23	R\$ 1.828,48
	PB	R\$ 379,79	R\$ 471,09	R\$ 991,37	R\$ 942,17	R\$ 1.165,45	NE
	PE	R\$ 508,09	R\$ 644,68	R\$ 521,35	R\$ 905,66	R\$ 1.276,69	R\$ 1.718,19
	PI	R\$ 408,42	R\$ 448,14	R\$ 680,97	R\$ 628,06	R\$ 1.158,46	NE
	RN	R\$ 469,40	R\$ 864,78	R\$ 692,97	R\$ 1.343,20	R\$ 1.481,76	NE
	SE	R\$ 376,62	R\$ 588,25	R\$ 500,83	R\$ 980,49	R\$ 1.048,55	R\$ 1.170,35
Centro-Oeste	DF	R\$ 1.156,90	R\$ 5.497,22	R\$ 508,28	R\$ 1.035,80	R\$ 889,20	R\$ 1.131,45
	GO	R\$ 423,75	R\$ 449,32	R\$ 837,11	R\$ 1.453,72	R\$ 1.841,08	NE
	MS	R\$ 389,86	R\$ 462,67	R\$ 606,08	R\$ 920,04	R\$ 1.487,09	R\$ 2.370,36
	MT	R\$ 408,34	R\$ 450,23	R\$ 610,27	R\$ 1.089,38	R\$ 1.449,96	NE
Sul	PR	R\$ 492,14	R\$ 518,70	R\$ 683,64	R\$ 1.240,47	R\$ 2.415,56	R\$ 1.943,76
	RS	R\$ 565,31	R\$ 506,33	R\$ 618,03	R\$ 1.038,09	R\$ 1.449,58	R\$ 1.998,57
	SC	R\$ 480,49	R\$ 559,02	R\$ 710,71	R\$ 1.368,46	R\$ 1.869,64	NE
Sudeste	ES	R\$ 438,75	R\$ 475,14	R\$ 606,74	R\$ 1.368,52	R\$ 1.370,16	NE
	MG	R\$ 460,84	R\$ 481,10	R\$ 772,76	R\$ 1.247,42	R\$ 1.784,13	R\$ 2.314,72
	RJ	R\$ 414,28	R\$ 712,92	R\$ 682,74	R\$ 1.089,71	R\$ 1.190,54	R\$ 1.380,54
	SP	R\$ 460,43	R\$ 443,89	R\$ 652,74	R\$ 1.010,83	R\$ 1.313,72	R\$ 2.570,51

VALOR MÉDIO AIH - R\$ APROVADO						
BOXPLOT	≤ 30	31-50	51-100	101-250	251-500	≥ 501
MIN NO	R\$ 273,25	R\$ 338,07	R\$ 471,72	R\$ 628,06	R\$ 889,20	R\$ 1.692,88
Q1	R\$ 380,52	R\$ 444,83	R\$ 521,71	R\$ 888,94	R\$ 1.161,95	R\$ 1.692,88
MEDIANA	R\$ 414,28	R\$ 462,67	R\$ 606,74	R\$ 980,49	R\$ 1.449,96	R\$ 1.718,19
Q3	R\$ 465,12	R\$ 519,42	R\$ 682,30	R\$ 1.089,55	R\$ 1.516,25	R\$ 1.828,48
MAX NO	R\$ 581,26	R\$ 588,25	R\$ 837,11	R\$ 1.368,52	R\$ 1.869,64	R\$ 1.828,48

LEGENDA	
MIN NO	Valor Mínimo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil
Q1	1º Quartil - limita os valores entre 0-25% do conjunto de dados avaliado
MEDIANA	Valor que ocupa a posição central de um conjunto de <i>n</i> dados ordenados
Q3	3º Quartil - limita os valores entre 75-100% do conjunto de dados avaliado
MAX NO	Valor Máximo NÃO OUTLIER considerando o Intervalo Interquartil

OUTLIER	Dados que possuem valores extremos, atípicos ou com características bastante distintas dos demais registros são chamados de discrepantes, ou outliers
---------	---

Intervalo Interquartil	Q3-Q1
------------------------	-------

NE	Não Existente
----	---------------

FONTE: DATASUS/ TABWIN/SIH/2012

2.8 - OFERTA DE LEITOS EFETIVOS NO BRASIL

Como é possível observar, o desempenho dos hospitais maiores de 100 leitos é claramente superior em todas as variáveis examinadas em relação aos portes inferiores,.

Com base nesta evidência de efetividade e assumindo portanto como representação de efetividade o fato dos leitos estarem alocados em estabelecimento hospitalares maiores de 100 leitos, examinaremos a seguir qual a oferta de leitos SUS efetivos disponíveis por Estado e no País, por natureza jurídica , de modos a caracterizar a oferta efetiva de leitos e sua distribuição no território nacional.

Brasil

Tabela 27 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos no Brasil por natureza jurídica e leitos por mil habitantes.

Região	Leitos	Natureza Jurídica										Leitos por mil habitantes	
		Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado			TOTAL
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N (%)
Brasil	Leitos SUS	79.153	25,5	67.596	21,8	12.975	4,2	116.235	37,5	34.044	11	310.003	1,5
	Leitos efetivos	20.560	13,6	49.366	32,6	12.228	8,1	54.990	36,3	14.515	9,6	151.659 (48,9%)	0,7

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Norte

Tabela 28 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região norte.

Região	UF	Leitos	Natureza Jurídica										Total	Leitos por mil habitantes
			Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado			
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
NORTE	AC	Leitos SUS	0	0	1.083	89,4	0	0	128	10,6	0	0	1.211	1,5
		Leitos efetivos	0	0	347	100	0	0	0	0	0	0	347 (28,6%)	0,4
	AM	Leitos SUS	781	16,6	3.314	70,3	194	4,1	237	5	187	4	4.713	1,2
		Leitos efetivos	211	13,3	1.141	72,1	103	6,5	127	8,0	0	0	1.582 (33,5%)	0,4
	AP	Leitos SUS	34	3,8	759	84,3	0	0	107	11,9	0	0	900	1,2
		Leitos efetivos	0	0	173	100	0	0	0	0	0	0	173 (19,2%)	0,2
	PA	Leitos SUS	4.404	41,1	1.754	16,4	274	2,6	1.547	14,5	2.724	25,5	10.703	1,3
		Leitos efetivos	564	17,7	1.135	35,6	215	6,7	517	16,2	755	23,7	3.186 (29,7%)	0,4
	RO	Leitos SUS	1.802	57,5	1.057	33,7	0	0	137	4,4	136	4,3	3.132	1,8
		Leitos efetivos	308	24,2	865	67,9	0	0	0	0	100	7,9	1.273 (40,6%)	0,7
	RR	Leitos SUS	89	10,7	698	84	0	0	0	0	44	5,3	831	1,7
		Leitos efetivos	0	0	487	100	0	0	0	0	0	0	487 (58,6%)	1
	TO	Leitos SUS	578	27,4	1.441	68,3	0	0	92	4,4	0	0	2.111	1,4
		Leitos efetivos	0	0	569	100	0	0	0	0	0	0	569 (26,9%)	0,4
	Total	Leitos SUS	7.688	32,6	10.106	42,8	468	2,0	2.248	9,5	3.091	13,1	23.601	1,4
		Leitos efetivos	1.083	14,2	4.717	61,9	318	4,2	644	8,5	855	11,2	7.617 (32,3%)	0,4

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nordeste

Tabela 29 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região nordeste.

Região	UF	Leitos	Natureza Jurídica										Total	Leitos por mil habitantes
			Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado			
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N (%)	
NORDESTE	AL	Leitos SUS	1.138	23,3	825	16,9	170	3,5	1030	21,1	1726	35,3	4.889	2,3
		Leitos efetivos	106	4,4	400	16,5	170	7	756	31,1	996	41	2.428 (49,6%)	1,5
	BA	Leitos SUS	8.364	35,7	5.142	22	390	1,7	6.803	29,1	2.702	11,5	23.401	1,5
		Leitos efetivos	827	10,2	3.853	47,7	390	4,8	2.756	34,1	254	3,1	8.080 (34,5)	0,5
	CE	Leitos SUS	5.535	39,7	2.283	16,4	394	2,8	4.357	31,3	1.356	9,7	13.925	1,6
		Leitos efetivos	747	12,1	2.197	35,7	394	6,4	2.196	35,6	628	10,2	6.162 (44,2)	0,7
	MA	Leitos SUS	7.266	61,8	1.617	13,8	488	4,2	938	8	1.450	12,3	11.759	1,7
		Leitos efetivos	1.645	37,9	778	17,9	488	11,2	669	15,4	760	17,5	4.340 (36,9%)	0,6
	PB	Leitos SUS	2.875	41,4	1.735	25	409	5,9	1.116	16,1	803	11,6	6.938	1,8
		Leitos efetivos	928	30,2	896	29,1	383	12,4	287	9,3	583	18,9	3.077 (44,3%)	0,8
	PE	Leitos SUS	4.693	27,4	5.844	34,1	473	2,8	3.692	21,5	2.446	14,3	17.148	1,8
		Leitos efetivos	125	1,3	4.910	51,3	473	4,9	3.088	32,3	970	10,1	9.566 (55,7%)	1
	PI	Leitos SUS	2.125	34,1	2.371	38	150	2,4	448	7,2	1.142	18,3	6.236	2
		Leitos efetivos	260	14,1	1.129	61,3	150	8,1	193	10,5	109	5,9	1.841 (29,5%)	0,6
	RN	Leitos SUS	1.912	32,9	1.856	31,9	364	6,3	1.346	23,2	334	5,7	5.812	1,7
		Leitos efetivos	160	8,9	917	51,1	313	17,4	404	22,5	0	0	1.794 (30,8%)	0,5
	SE	Leitos SUS	108	4,3	790	31,6	117	4,7	1.221	48,8	266	10,6	2.502	1,1
		Leitos efetivos	0	0	478	35,1	117	8,6	606	44,5	160	11,8	1.361 (54,4%)	0,6
Total	Leitos SUS	34.016	36,7	22.463	24,3	2.955	3,2	20.951	22,6	12.225	13,2	92.610	1,6	
	Leitos efetivos	4.798	12,4	15.558	40,3	2.878	7,4	10.955	28,3	4.460	11,5	38.649 (41,7%)	0,7	

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Centro - Oeste

Tabela 30 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região centro-oeste.

Região	UF	Leitos	Natureza Jurídica										TOTAL	Leitos por mil habitantes
			Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado			
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
CENTRO-OESTE	DF	Leitos SUS	0	0	4.020	87,8	236	5,2	288	6,3	36	0,8	4.580	1,6
		Leitos efetivos	0	0	3.877	90,1	189	4,4	236	5,5	0	0	4.302 (94%)	1,5
	GO	Leitos SUS	4.283	39,1	960	8,8	287	2,6	2.334	21,3	3.080	28,1	10.944	1,7
		Leitos efetivos	0	0	471	17,3	287	10,6	1.580	58,1	382	14	2.720 (24,8%)	0,4
	MS	Leitos SUS	876	23,5	248	6,6	327	8,8	2.216	59,3	68	1,8	3.735	1,4
		Leitos efetivos	104	6	248	14,2	327	18,8	1.064	61	0	0	1.743 (46,6%)	0,7
	MT	Leitos SUS	1.784	37,7	554	11,7	92	1,9	1.556	32,9	746	15,8	4.732	1,5
		Leitos efetivos	385	29	232	17,5	0	0	711	53,5	0	0	1.328 (28%)	0,4
	TOTAL	Leitos SUS	6.943	28,9	5.782	24,1	942	3,9	6.394	26,7	3.930	16,4	23.991	1,6
		Leitos efetivos	489	4,8	4.828	47,8	803	8,0	3.591	35,6	382	3,8	10.093 (42%)	0,7

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Sudeste

Tabela 31 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região sudeste.

Região	UF	Leitos	Natureza Jurídica											Leitos por mil habitantes
			Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado		Total	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N (%)	
SUDESTE	ES	Leitos SUS	489	8,5	1.852	32,2	280	4,9	2.580	44,8	553	9,6	5.754	1,5
		Leitos efetivos	102	3,5	1.246	42,7	280	9,6	933	31,9	360	12,3	2.921 (50,7%)	0,8
	MG	Leitos SUS	4.710	16,3	2.879	9,9	1.269	4,4	18.328	63,3	1.760	6,1	28.946	1,4
		Leitos efetivos	1.764	15,2	2.354	20,3	1269	10,9	5.658	48,7	569	4,9	11.614 (40,1%)	0,6
	RJ	Leitos SUS	8.536	33,2	3.937	15,3	3.574	13,9	4.811	18,7	4.842	18,8	25.700	1,6
		Leitos efetivos	4.644	27,5	2.740	16,3	3.235	19,2	2.475	14,7	3.767	22,3	16.861 (65,6%)	1
	SP	Leitos SUS	9.664	16,8	16.498	28,7	0	0	28.640	49,9	2.593	4,5	57.395	1,3
		Leitos efetivos	5.764	14,5	14.938	37,6	0	0	16.677	42	2.370	6	39.749 (69,2%)	0,9
	Total	Leitos SUS	23.399	13,2	25.166	14,2	5.123	2,9	54.359	30,6	9.748	5,5	117.795	1,4
		Leitos efetivos	12.274	17,3	21.278	29,9	4.784	6,7	25.743	36,2	7.066	9,9	71.145 (60%)	0,84

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Sul

Tabela 32 – Número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado da região sul.

Região	UF	Leitos	Natureza Jurídica											Total
			Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado		Total	Leitos por mil habitantes
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N (%)	
SUL	PR	Leitos SUS	4.278	22,1	1.546	8	543	2,8	8.732	45,2	4.215	21,8	19.314	1,7
		Leitos efetivos	765	9,6	893	11,2	501	6,3	4.228	53,3	1.552	19,5	7.939 (41,1%)	0,7
	RS	Leitos SUS	1.859	8,6	352	1,6	2.754	12,7	16.242	75	461	2,1	21.668	1,9
		Leitos efetivos	920	8,1	258	2,3	2.754	24,2	7.265	63,7	200	1,8	11.397 (52,6%)	1
	SC	Leitos SUS	970	8,8	2.181	19,8	190	1,7	7.309	66,3	374	3,4	11.024	1,6
		Leitos efetivos	231	5,2	1.584	35,5	190	4,3	2.457	55,1	0	0	4.462 (40,5%)	0,7
	Total	Leitos SUS	7.107	13,7	4.079	7,8	3.487	6,7	32.283	62,1	5.050	9,7	52.006	1,8
		Leitos efetivos	1.916	8,1	2.735	11,5	3.445	14,5	13.950	58,6	1.752	7,4	23.798 (45,8%)	0,8

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Como foi possível observar no comportamento dos leitos efetivos em relação ao total de leitos disponíveis, a redução foi dramática, alcançando apenas 48% de leitos efetivos no panorama nacional, com reduções variadas entre regiões e estados, dando uma dimensão mais fidedigna do que se observa no terreno assistencial e marcando as desigualdades para além do número bruto de leitos. Aumentou assim a diferença já reconhecida entre as ofertas no Sul e Sudeste e as demais regiões. Mas é evidente que tal aproximação é muito grosseira em relação às realidades regionais estaduais, o ideal seria classificar a efetividade dos leitos no contexto de cada região e de sua função realizada, por exemplo os hospitais menores de 100 leitos são uma necessidade de escala em situações como a do Estado do Amazonas e Acre e não necessariamente são inefetivos. Esta aproximação geral portanto precisa ser lida em sua totalidade – o Brasil tem poucos leitos efetivos se considerarmos o porte e podemos verificar isso nos estados pela congestão em direção aos hospitais de maior porte, e nas suas regiões teremos que examinar a efetividade a partir do dado geral para corroborar ou derrubar esta constatação.

Como consequência desta leitura dos pesos de leitos efetivos em relação à natureza jurídica dos estabelecimentos, identificamos as secretarias estaduais de saúde como ator chave da prestação efetiva, permitindo imaginar que os governos estaduais possam liderar pelo seu peso como prestador e suas prerrogativas gestoras no estado e nas suas regiões de saúde, um processo de reordenamento hospitalar em aliança primeiro com os demais entes públicos e logo com as filantrópicas (apenas em quatro estados os privados lucrativos tem peso assistencial efetivo), de modo a construir em cada estado um processo de reforma hospitalar.

2. 9 - PESO DOS ESTADOS NA COMPOSIÇÃO DOS LEITOS TOTAIS E EFETIVOS TIPO NA COMPOSICAO DA EFETIVIDADE, DESTAQUE PARA OS ESTADOS E SUAS POSSÍVEIS ALIANÇAS PARA COMPOSIÇÃO DE AGENDA DE REFORMA HOSPITALAR NOS ESTADOS E SUAS REGIÕES

Considerando a diversidade dos pesos dos Estados como prestadores e a ênfase das alianças a construir agrupamos os Estados em grupos conforme a Tabela 33 abaixo.

Tabela 33 – Grupos de agenda e governança divididos de acordo com o número e porcentagem de leitos SUS e efetivos por natureza jurídica e leitos por mil habitantes e por Estado.

Grupos de agenda e governança	UF	Natureza Jurídica										Total Leitos SUS	Leitos SUS por mil habitantes	Total Leitos efetivos	Leitos efetivos por mil habitantes
		Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado					
		% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	N		N	
Grupo I	AC	0,0	0,0	89,4	100,0	0,0	0,0	10,6	0,0	0,0	0,0	1.211	1,5	347	0,4
	AM	16,6	13,3	70,3	72,1	4,1	6,5	5,0	8,0	4,0	0,0	4.713	1,2	1.582	0,4
	AP	3,8	0,0	84,3	100,0	0,0	0,0	11,9	0,0	0,0	0,0	900	1,2	173	0,2
	RR	10,7	0,0	84,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,3	0,0	3.132	1,8	1.273	0,7
	TO	27,4	0,0	68,3	100,0	0,0	0,0	4,4	0,0	0,0	0,0	2.111	1,4	569	0,4
	DF	0,0	0,0	87,8	90,1	5,2	4,4	6,3	5,5	0,8	0,0	4.580	1,6	4.302	1,5

[illegible]

Grupos de agenda e governança	UF	Natureza Jurídica										Total Leitos SUS	Leitos SUS por mil habitantes	Total Leitos efetivos	Leitos efetivos por mil habitantes
		Municipal		Estadual		Federal		Filantrópico		Privado					
		% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	% Leitos SUS	% Leitos efetivos	N		N	
Grupo IV	GO	39,1	0,0	8,8	17,3	2,6	10,6	21,3	58,1	28,1	14,0	10.944	1,7	2.720	0,4
	MS	23,5	6,0	6,6	14,2	8,8	18,8	59,3	61,0	1,8	0,0	3.735	1,4	1.743	0,7
	MG	16,3	15,2	9,9	20,3	4,4	10,9	63,3	48,7	6,1	4,9	28.946	1,4	11.614	0,6
	PR	22,1	9,6	8,0	11,2	2,8	6,3	45,2	53,3	21,8	19,5	19.314	1,7	7.939	0,7
	RS	8,6	8,1	1,6	2,3	12,7	24,2	75,0	63,7	2,1	1,8	21.668	1,9	11.397	1,0

FONTE: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Excluídos os leitos complementares. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

2.9.1 A aposta no ator político com potencial de incidência nos espaços de decisão estratégica – Os Governos Estaduais

A proeminência do prestador de serviços hospitalares público estadual pode ser reconhecida, particularmente, quando utilizamos o critério de proporção de leitos efetivos, associada a sua condição de instituição regente do ordenamento territorial em saúde no estado, e, portanto peça chave no processo de regionalização concertada.

Tal proeminência permite fazer uma aposta de empoderamento deste ator para ordenar os processos de redes hospitalares estaduais e regionais e de sua condição de agente para instalar na alta política o tema hospitalar dentro de cada estado, mas também na construção política nacional, mediante seus governadores, bancadas parlamentares em associação com seus gestores de saúde para suporte técnico e de conhecimento.

Pensando o tema hospitalar como tema econômico e de proteção social ampliada, os investimentos hospitalares e os arranjos para seu custeio terão que ser olhados de forma orgânica com a criação de empregos e atividade em cadeias produtivas, onde a maior soberania na produção de bens e insumos tem que ser pensada de forma estratégica entre os gestores estaduais em escala nacional, propondo pautas ao governo nacional.

O espaço e atividade da meso gestão é fundamental para uma regionalização com a participação estratégica da rede hospitalar e de consolidação do protagonismo estadual como articulador de prestadores, gestões municipais e corpos profissionais no marco de uma ação concertada de caráter regional, como mostra a experiência europeia (Saltman et al., 2011).

O tema da meso gestão, entendida como forma de articular os hospitais em rede interna e externa formando conglomerados, é fundamental. Para tanto, o poder estadual deveria ter assento nos conselhos de direção ou de administração dos hospitais filantrópicos e privados contratados, assim como nas direções das entidades públicas. Manter-se-iam todos com autonomia de gestão no marco da contratualização, porém não ao ponto de se autonomizarem de processos de organização sistêmica da rede regional (autonomia inserida nos sistemas regionais). Ademais as autoridades regionais e os colegiados e conselhos regionais acompanhando, de fato, os procedimentos de decisão que implicam no compromisso dessas estruturas hospitalares com os sistemas regionais de saúde.

Os mecanismos de consorciamento público intermunicipal são essenciais para compor alianças, onde estados e união podem se somar com recursos e assento junto aos conselhos diretivos, por sua vez regidos pelos prefeitos. Criam-se assim espaço para os *trusts* ou redes regionais hospitalares como forma de contra arrestar a dispersão de recursos,

introduzindo o fortalecimento dos mecanismos integrados de participação na decisão sobre alocação de recursos municipais e de emendas parlamentares com base em um plano regional, a exemplo do que foi pesquisado na região de Flandres, na Bélgica, ao buscar a hierarquia do nível correto de decisão para a instalação de cada tipo de serviço: local, regional ou estadual (Jos, Blank, Hulst, 2015)

O exame dos grupos de estados que podem ser formados em sua condição prestadora, em particular os quatro grupos por leitos efetivos, permite pensar os estados assumindo a iniciativa e liderança de processos organizativos regionais formando *trusts* ou redes hospitalares, a partir da construção de alianças com os demais agentes públicos em cada região e com os filantrópicos.

Especialmente, nos estados do Piauí, Rio de Janeiro, Alagoas e Paraná, o estudo realizado revela que também será necessário construir alianças públicas com os hospitais privados lucrativos, compondo as redes hospitalares e sustentando a elaboração e implementação de planos diretores de redes hospitalares com horizonte de longo prazo.

Trata-se, pois, de uma aposta política de integração de uma liderança aglutinadora dos atores existentes compondo blocos de defesa do interesse público.

Ao explorar esta aposta foi realizada a busca de conteúdo da política hospitalar nos planos estaduais de saúde vigentes e publicados até setembro de 2016. Os resultados estão sintetizados no Apêndice (C), mas revelam, sobretudo, ausência de referenciais comuns sobre o tema hospitalar, exceto aqueles derivados de normativas federais, grupos isolados de formulação da política hospitalar, com focos bastante específicos, em especial, de construção de unidades hospitalares dispersas.

Da mesma forma foi feita a busca de documentos técnicos ou políticos de temas hospitalares publicados pelos estados e apenas 8 estados haviam produzido documentos no período estudado, 2008 a 2014 (Apêndice A). Revelando fragilidade conceitual e estratégica frente ao tema, mesmo quando os hospitais consomem parte significativa dos orçamentos estaduais e a população frequentemente acione o estado por problemas de acesso a esses serviços.

Finalmente e ainda prospectando sobre o aprestamento do estado para esta liderança estratégica, buscamos analisar os organogramas das secretarias estaduais de saúde com a finalidade de localizar onde os hospitais e a política hospitalar se situam no mapa do poder institucional. O que se pôde ler na estrutura organizacional é, novamente, um fracionamento e uma baixa hierarquia desta política (Apêndice B).

Posicionar a política hospitalar com força nos planos e nas instituições federativas, com constituição de comunidades de pensamento epistêmicas potentes e bem posicionadas nos organogramas de poder seria fundamental para potencializar a função estadual no tema.

Neste processo não podemos ignorar o poder que de fato existe nos hospitais, mas que até o momento termina se autonomizando frente à autoridade do estado, seja nos hospitais da rede própria ou naqueles contratados de qualquer natureza jurídica.

2.10 - DIFICULDADES, OBSTÁCULOS E DESAFIOS NA EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS DOS BANCOS NACIONAIS

Quando iniciamos esta análise da oferta, era nossa intenção trabalhar de forma crítica com as informações institucionais disponíveis. Boa parte do que desejávamos analisar foi retirada diretamente do site do DATASUS, a partir da base de dados do CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja extração via TABNET nos permitiu fazer vários cruzamentos e análises.

2.10.1 Primeira premissa: analisar estabelecimentos hospitalares e seus leitos

Qual não foi a nossa primeira grande surpresa quando ao tentarmos analisar o parque de leitos da rede hospitalar brasileira, acessando o CNES, via DATASUS, pelo registro de “leitos de internação”, localizamos os seguintes “tipos de estabelecimentos”:

Tabela 34 – Leitos existentes por tipo de estabelecimentos de saúde

Tipo de Estabelecimento	Leitos existentes
Centro de atenção hemoterápica e/ou hematológica	53
Centro de atenção psicossocial - CAPS	1351
Centro de parto normal	141
Central de notif. Captação e distr. órgãos estaduais	73
Clínica especializada/ ambulatório especializado	1737
Hospital especializado	78872
Hospital geral	347829
Hospital Dia	4578
Pronto atendimento	553
Pronto Socorro especializado	2079
Pronto Socorro geral	2488
Serviço de atenção isolado (home care)	123
Unidade mista	12599
unidade móvel fluvial	12
TOTAL	452488

Ora, pela nossa experiência gestora, sabemos que não são feitas “internações” em unidades móveis fluviais, mas não saberíamos ao certo avaliar a inclusão aqui de serviços de “home care” ou até mesmo nossos tão conhecidos Pronto Atendimentos, onde pacientes permanecem internados, mas não deveriam e, assim sendo, tais

internações não deveriam ser computadas ou oficialmente registradas via AIH e, portanto, sob nosso foco e olhar, leitos que não fazem internações, não são leitos.

Assim, inicialmente, fizemos uma série de tabulações e análises extraíndo os dados apenas dos “Hospitais Gerais e Hospitais Especializados”. Porém, após uma reunião com a CGSI, pactuamos incluir também em nosso estudo os “pronto socorros gerais e especializados, além das unidades mistas”, pois, segundo nos foi esclarecido, muitos serviços intitulados “pronto socorros”, na verdade realizam internações e as registram formalmente no sistema.

Desejávamos conhecer também a tipologia hospitalar em relação ao atendimento de pacientes agudos, eletivos ou crônicos, pois alguns trabalhos afirmam que “a separação de leitos agudos e eletivos é indispensável para atender as necessidades futuras da população, implicando uma reforma do sistema de saúde para aumentar a produtividade e o acesso dos pacientes que realmente precisam de cuidados hospitalares agudos”, mas, infelizmente, os bancos de dados não registram este tipo de informação (Scott, 2010).

Para o cálculo da oferta de leitos por mil habitantes, utilizamos, num primeiro momento, as informações disponíveis no site do IBGE. Para nossa surpresa, no entanto, ao longo do período estudado havia projeções e contagens populacionais que implicavam ora em crescimento, ora em redução da população.

Fizemos várias consultas ao IBGE que finalmente nos mandou uma tábua de populações corrigida, na qual não há redução da população entre os anos de nosso estudo. Infelizmente, porém, este material nos chegou depois de todo o trabalho confeccionado e não houve tempo hábil para análises e correções, talvez necessárias. Além disso, o material enviado pelo IBGE não contem as populações das capitais, apenas as totalizações por unidade federada.

Localizamos no site da ANS uma tábua de populações extraídas do IBGE e ponderadas com várias outras fontes que nos pareceu mais equilibrada e foram estes números que utilizamos para os cálculos.

Quanto à saúde suplementar, também utilizamos as taxas de cobertura informadas no site da ANS para planos de saúde com internação, embora nenhum outro detalhamento maior possa ser extraído de lá.

2.10.2 Segunda Premissa: analisar a produtividade dos estabelecimentos hospitalares.

Nossa proposta era analisar as taxas de ocupação hospitalar, os tempos médios de permanência e o número de altas hospitalares. Para o cálculo destes indicadores seria necessário extrair dados de duas bases diferentes: as informações sobre os leitos são extraídas do CNES e as informações sobre as internações são extraídas do SIH-SUS. Os dois sistemas têm linguagens diferentes e algumas questões necessitam ser conciliadas, enquanto outras parecem ser irreconciliáveis. Da extração e análise do conteúdo destes bancos de dados, restaram várias pendências:

- Não há informações sobre altas hospitalares;
- O número de AIHs não corresponde ao número de pessoas internadas e sequer ao número de internações, pois são dadas altas administrativas e feitas novas AIHs para o mesmo paciente numa mesma internação;
- Internações acima de 30 dias parecem causar prejuízos aos hospitais (um dos motivos das altas administrativas mencionadas acima) e, portanto, nossa análise das internações de longa permanência ficou prejudicada;
- Partos às vezes são registrados como procedimentos clínicos, outras vezes como cirúrgicos;
- Internações para cirurgias pediátricas podem ser registradas ora na pediatria, ora na cirurgia.

Por todas as razões mencionadas e outras de caráter operacional não foi possível extrair as taxas de ocupação por clínica, como era nosso desejo fazer, pois sabemos que há uma tendência à deshospitalização em pediatria e uma queda nas internações de obstetrícia e sabemos também, acima de tudo, que a superlotação se expressa mais fortemente na clínica médica que em outras especialidades e, assim sendo, as taxas de ocupação globais não refletem possíveis grandes diferenças nas taxas de ocupação por especialidades.

O mesmo acontece com o tempo médio de permanência, pois, ao analisarmos os tempos de clínica médica (mais longos), com os de obstetrícia (bem curtos) com os de psiquiatria (muito longos), temos tempos médios que não refletem, para fins de planejamento, a realidade da ocupação e permanência dos pacientes.

Por último, mas não menos importante, pretendíamos trabalhar com as informações de todo o ano de 2014, mas houve inúmeras dificuldades de extração dos dados com idas e vindas junto à CGSI e, afinal, só nos foi possível trabalhar com a competência dezembro de 2014.

No banco de dados que nos foi fornecido, num total de 8034 estabelecimentos incluídos, 7193 foram selecionados de acordo com os parâmetros definidos inicialmente (hospitais gerais, hospitais especializados, pronto socorros gerais, pronto socorros especializados e unidades mistas). Ao analisarmos este banco, observamos que 1675 (23,3%) deles apresentaram taxa de ocupação “vazio” e outros 736 (10,2%) igual a zero, num total de 2411 estabelecimentos, ou seja, 33,5% dos serviços. Ora, isso seria naturalmente esperado para os estabelecimentos não prestadores de serviços para o SUS, pois os registros são extraídos do banco do SIH, não utilizado pelos serviços não contratados. Porém, destes 2411 estabelecimentos, 511 (21%) são públicos, sendo 395 municipais (77%), 71 estaduais (14%) e 45 federais (9%). Felizmente, quando analisamos os leitos existentes nestes estabelecimentos sem “taxa de ocupação”, encontramos apenas 4,5% do total.

Desta forma, ficam algumas interrogações: estes estabelecimentos não informam rotineiramente as internações que realizam via SIH-SUS? Não teriam ainda entregue a produção de dezembro e por esta razão a leitura foi “vazia”?

Neste momento, não sabemos responder, ficam estas questões pendentes.

CAPÍTULO 3

O mito da reforma para atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde: meandros multifacetados da insuficiência

Eros, o amor, por ser filho de Poros, o esperto, e de Penia, a penúria, tem o seguinte fado: *é pobre, e muito longe está de ser delicado e belo, como todos vulgarmente pensam. Eros, na realidade, é rude, é sujo, anda descalço, não tem lar, dorme no chão duro, junto aos umbrais das portas, ou nas ruas, sem leito nem conforto. Segue nisso a natureza da mãe que vive na miséria. Por influência da natureza que recebeu do pai, Eros dirige a atenção para tudo que é belo e gracioso: é bravo, audaz, constante e grande caçador: está sempre a deliberar e urdir maquinações, a desejar e a adquirir conhecimentos...Não vive, propriamente, nem como imortal nem como mortal. No mesmo dia, ora floresce e vive, ora morre e renasce, se tem sorte, graças aos dons recebidos pela herança paterna. Rapidamente passam pelas suas mãos os proveitos que lhe trazem a sua esperteza. Assim, nunca se encontra em completo estado de miséria, nem, tampouco, na opulência. Oscila... E quem não se considera incompleto e insuficiente, não deseja aquilo cuja falta não pode notar.* (Platão, O Banquete, 203b¹³)

A filosofia do nascimento de Eros inspira a apresentação deste capítulo cujas perguntas estariam entre quais as razões para uma reforma da atenção hospitalar no SUS e por que, esta ainda oscila entre a real e constante necessidade e as suas históricas insuficiências.

Afinal, uma proposta de melhoria efetiva da atenção hospitalar no Brasil, mesmo quando sugerida (e isso ocorre desde a década de 1940) não perdura, não amadurece, e ainda não se sustenta social, política, econômica e estrategicamente.

O preocupante panorama revelado pela insuficiente oferta de leitos hospitalares no Brasil, em número e qualidade resolutive por si só é uma clara razão para reforma da atenção hospitalar no SUS.

Mas não apenas de razões estabelecem-se processos transformadores. Os inequívocos sinais das crises persistentes que tal insuficiência acarreta e a oferta de leitos hospitalares no Brasil em patamares muito inferiores aos sistemas de saúde universais considerados referências mundiais, evidenciam razões para reforma.

A mais notória delas é a crise dos serviços de urgência ou a crise de acesso à hospitalização daqueles pacientes que acorrem às urgências e dependem de leitos hospitalares para ter acesso ao tratamento que necessitam.

A notoriedade desta crise das urgências está documentada nos trabalhos do Observatório Nacional das Urgências, projeto do âmbito do PROADI SUS e executado pelo LIGRESS/HCor, no qual durante os anos de 2012, 2013 e 2014 foram coletadas na mídia nacional e dos estados 1192 notícias/ocorrências sobre superlotação das urgências, falta de leitos e falta de leitos de UTI. Neste universo de notícias todos os Estados brasileiros estão

¹³ Platão. O banquete. Disponível em: <http://faf1043.blogspot.com.br/2006/06/6-o-mito-do-nascimento-de-eros.html>

representados, revelando um problema sistêmico que afeta a todos os territórios do País e de forma persistente ao longo dos anos (LIGRESS, 2016).

O tema ganhou visibilidade nacional e, pelo menos transitoriamente espaço na agenda da política estratégica de Governo em 2011, quando a Presidenta da República em cadeia nacional de televisão reconheceu a crise dos serviços de urgência hospitalares.

Ademais, o Tribunal de Contas da União – TCU publicou, em 2013, relatório resultante de uma avaliação que elegeu como tema de destaque do ano a “Assistência Hospitalar no SUS”. A superlotação, com pacientes internados nos corredores dos pronto-socorros, em macas, cadeiras ou bancos foi um problema constatado ao revelar que 64% dos hospitais da amostra conservam-se superlotados permanentemente, 19% muitas vezes, 10% poucas vezes e 6% nunca. (TCU, 2013)

A superlotação foi registrada como um fenômeno mais frequente nos hospitais de maior porte e nas grandes cidades. O TCU correlacionou a superlotação a dificuldades na atenção básica, com sua baixa cobertura, especialmente nas grandes cidades, baixa resolutividade, inadequação da oferta diante das reais necessidades da população, inadequação do cuidado diante do quadro de prevalência de doenças crônicas, levando ao aumento do número de Internações Sensíveis à Atenção Básica – ISAB. No Âmbito da Atenção Especializada, relacionou a superlotação à falta de acesso às consultas, exames e procedimentos eletivos. Tais fragilidades, segundo ponderações realizadas, fazem com o número de consultas de urgência se eleve dos 15% esperados, segundo a Portaria 1101/2002, para 35,03% em 2012, mostrando ainda tendência à elevação no período entre 2009 a 2012.

Quanto à Rede Hospitalar propriamente dita, o relatório do TCU apontou que insuficiência de leitos aliada à demora na resolutividade dos casos também impactam na superlotação. Segundo Bittencourt e Hortale (2009), a falta de leitos pode ser considerada a principal causa da superlotação e do atraso no diagnóstico e tratamento, com aumento da mortalidade. Esta escassez pôde ser evidenciada ainda pela permanência de pacientes críticos que necessitam de leito de terapia intensiva nas salas vermelha e amarela, em 59% dos hospitais avaliados.

Diversas fragilidades da Regulação também foram apontadas, tais como a precária integração gestora entre os vários complexos reguladores, a baixa disponibilização dos leitos, a ausência de grade resolutiva que oriente as internações hospitalares, a fragilidade nos sistemas informatizados. Frente à esta realizada o TCU, 2013 apontou que 78% dos hospitais analisados referiram ter dificuldades em encaminhar pacientes para outros serviços.

Também foram citadas dificuldades em concretizar as altas hospitalares por fragilidade social como falta de estrutura e continência familiar para os pacientes.

Outro movimento interessante ocorreu na Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, (CDHM, 2013) que em 2011, aprovou o Requerimento da criação de Grupo de Trabalho objetivando o levantamento da situação dos hospitais de urgências médicas do SUS, após a ocorrência de algumas reportagens denunciando as condições inadequadas do atendimento nos serviços de emergência. Em 2012, com o grupo já criado, foram visitados 8 hospitais em diferentes unidades da federação. Nas diligências foram observadas situações extremas, desde serviços de urgências que apresentavam um nível satisfatório, embora ainda com problemas a solucionar (como na unidade de SP), até casos de enorme desestruturação, em que além de pacientes “internados em macas” nos corredores da emergência, havia aqueles “internados em colchões sobre o chão” (como na unidade de RO). Em todos os movimentos acima destacados, ficou evidente que muitos dos problemas compartilhados devem-se a questões estruturais, ainda não adequadamente resolvidas no Sistema Único de Saúde (SUS), e que estão ferindo a dignidade e os direitos dos cidadãos brasileiros, previstos na Constituição Federal. E, de forma dramática e injusta tais questões estariam afetando particularmente uma numerosa parcela mais pobre da população brasileira, que possui menor capacidade de vocalizar e de se organizar para demandar as soluções adequadas pelo Estado. (CDHM,2013)

Em geral, os serviços de urgência enfrentam um duplo gargalo. O primeiro e mais visível, é o grande volume de pessoas que procuram tais serviços, que reflete a ineficiência do sistema em acolhê-los em serviços de atenção primária. A esse gargalo também contribui a excessiva centralização do atendimento de emergência em poucos serviços, em relação ao tamanho da população e da área territorial de cobertura. Esse é um grave problema estrutural do SUS e envolve melhoria do planejamento, gestão e financiamento do sistema, além de ampliação de recursos humanos.

O segundo gargalo observado nos serviços de urgência e emergência diz respeito à dificuldade em dar solução aos casos atendidos. Há inadequação nos serviços de apoio diagnóstico, regulação interna e externa, restrições de oferta de leitos de terapia intensiva e falta de estrutura para doentes crônicos, gerando uma fila também para sair do serviço. Contudo, como esses serviços representam a última instância disponível aos usuários para preservarem suas vidas, não há como evitar a permanência dos mais graves, mesmo em situações degradantes, como as observadas.

O tema da superlotação ou congestão das urgências hospitalares é um tema de alta relevância, posto que há evidências de que traz prejuízos para os pacientes, para o erário e para os serviços do Sistema Único de Saúde, notadamente no âmbito hospitalar. As evidências sobre tais prejuízos estão documentadas por uma série de trabalhos científicos internacionais:

- aumento de 43% da taxa de mortalidade 10 dias após admissão hospitalar em um serviço de urgência hospitalar superlotado (SHU) (Richardson, 2006).
- se a permanência no SHU ficar entre 4 e 8 horas o aumento do tempo de permanência no leito será em média de 1.3 dias;
- se o tempo de permanência no SHU for de mais de 12 horas, o aumento do tempo médio de permanência no leito hospitalar será de 2,35 dias (Liew, Liew, Kennedy, 2003).
- há boa evidência de que os pacientes que mais esperam para serem atendidos no SHU, tenham maior chance de morrer nos próximos 7 dias (Guttmann et al., 2011).

Tais evidências falam do efeito de perda de vidas, que a falta de fluxo assistencial para aqueles pacientes que necessitam hospitalizações provoca.

O debate na atenção às urgências especialmente no Reino Unido e na Austrália gravita em torno de no máximo 4 horas de permanência do paciente nas urgências, por isso a ênfase nos trabalhos citados no tempo de permanência. Este tempo pressiona então o acesso aos leitos e coloca o tema do número e uso dos leitos em pauta, cobrando quantidade suficiente e alta rotatividade (Liew, Liew, Kennedy, 2003; Richardson 2006; Guttmann 2011)

No Brasil, o tempo de permanência de até 24 horas nos serviços hospitalares de urgências é uma referência cultural muito forte, provocando um comportamento marcado pela ineficiência e baixa eficácia dos processos assistenciais. As 24 horas se explicam apenas como procedimento administrativo sem nenhuma consideração de gestão clínica dos casos.

A escassez com oferta insuficiente de leitos impacta negativamente também nos pacientes que num primeiro momento não estão em situação de urgência. Aqueles que aguardam para realização de cirurgias eletivas, por exemplo, quando não têm acesso aos recursos assistenciais devidos, podem apresentar mudanças no prognóstico, decorrentes da perda de oportunidade terapêutica, e terem como resultado, deterioração funcional, morbidades associadas ao condicionamento da espera e suas representações e, finalmente, maior risco à mortalidade.

Organizar o acesso e qualificar fluxos são movimentos fundamentais, mas não suficientes. O desafio é alcançar um número mínimo de leitos que permita instituir a efetividade necessária aos hospitais e não viver mais em uma síndrome de escassez que impede qualquer reorganização do fluxo dos pacientes. Afinal os avanços incrementais observados têm sido consumidos por uma demanda que continua aumentando, em uma escala maior que o crescimento da oferta, seja pelo crescimento demográfico, seja pelo envelhecimento populacional, sem falar na tríplice carga de doenças e na fragilidade socioeconômica das populações que compõem a sociedade brasileira.

Toda a literatura de crise hospitalar e propostas de melhoria de performance vem de países com uma maioria de leitos efetivos por definição de porte de hospitais e indicadores de performance (o Reino Unido tem 2.8 leitos por mil habitantes e problemas cíclicos de falta de leitos, os australianos 3.8 leitos) (OCDE, 2015).

Se adotássemos os parâmetros de realidade de oferta de leitos ingleses e dos australianos, o Brasil com 206 milhões de habitantes deveria apresentar 576.800 leitos e 782.800 leitos, respectivamente, em lugar dos 310.000 que temos hoje, dos quais apenas 48% em hospitais maiores de 100 leitos, contra 78% dos leitos ingleses. Um déficit, sem descontar leitos não efetivos, de 266.800 ou 472.000 leitos respectivamente (OCDE, 2015).

Portanto, falar em aumentar efetividade no Brasil, sem discutir, concomitantemente, a falta de leitos, é uma forma de tergiversar sobre a complexidade do problema. E até o momento, nem os números claramente distantes dos padrões internacionais, nem a evidência da precariedade do número e funcionamento das estruturas sobrecarregadas pelo efeito sistêmico da insuficiência foram tratados com a dramaticidade que merecem.

Consequentemente o tema é motivo de preocupação, mas não de uma denúncia contundente. Este parece ser justamente o problema. A evidência das necessidades não satisfeitas e a crise do acesso não têm conseguido alcançar uma narrativa suficientemente poderosa para ser alçada à condição de tema estratégico para o Governo que a administra e para a Sociedade que a sofre.

Resta persistir na construção de uma narrativa política com suficiente potencia para mobilizar atores que consigam colocar oportunamente os argumentos em uma agenda estratégica da alta política. E resgatar, brevemente, as mais recentes proposições de abrangência nacional que ocorreram no campo da atenção hospitalar.

Entre 2003 e 2004, o debate da atenção hospitalar no SUS foi marcado pela percepção de uma *crise*, caracterizando, à época, as orientações políticas para este setor como *fragmentadas e inespecíficas*. Buscou-se então constituir uma Reforma do Sistema da

Atenção Hospitalar Brasileira que contrapusesse à incapacidade ou insuficiência dos serviços hospitalares em responder às necessidades de saúde da população. Situação esta agravada pela desarticulação dos hospitais com o restante da rede assistencial, e, pela concentração desses recursos assistenciais em cidades de médio e grande porte e nas regiões Sul e Sudeste do país. O Caderno dedicado à *Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira* (Brasil, Ministério da Saúde, 2004.), organizou as várias dimensões da crise e as formas de enfrentá-las.

Foram elencadas seis dimensões no processo de discussão da situação complexa e desafiadora dos hospitais no SUS. Na dimensão *Financeira* destacaram-se a insuficiência crônica de recursos para custeio das ações e a alocação escassa e irregular de recursos de investimento.

Na dimensão *Política* chamou-se atenção pela necessidade de fragilizar o modelo hospitalocêntrico hegemônico no SUS, que privilegia de forma excludente os hospitais, e pela necessidade de se fortalecer os mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria das práticas realizadas nestas instituições.

Na dimensão *Organizacional* destacou-se o desafio em efetivar a perspectiva macro sistêmica de construção de redes assistenciais, que concomitantemente definam o papel e lugar específicos aos hospitais e que orientem a integração dos serviços assistenciais a partir do princípio da integralidade.

Já na dimensão *Assistencial*, problematizou-se o modelo de cuidados clínicos, que na moderna organização tecnológica da medicina produz fragmentações do objeto de trabalho (doentes, doenças e especialidades). Assim, nesta dimensão, foram postos, enquanto desafios, a promoção da rearticulação do trabalho parcelado e a requalificação das relações entre profissionais e usuários, levando-se em consideração os aspectos da humanização assistencial.

Na dimensão de *Ensino e Pesquisa* foram apontados a necessidade de mudanças nos processos de formação profissional e o possível protagonismo dos hospitais na produção de novos conhecimentos e implantação de novas tecnologias que respondam aos problemas de saúde enfrentados no SUS.

Por fim, na dimensão *Social* apontou-se a falta de acesso e baixa qualidade assistencial, agravadas pela elevação das pressões sociais e políticas por mudanças e, em alguma medida, pela insuficiência de conhecimento ou até mesmo desconhecimento dos múltiplos aspectos inter-relacionados à crise dos hospitais e das alternativas em debate.

Foram também assumidos alguns pressupostos para a reforma da atenção hospitalar como pontos de partida: a *garantia do acesso*, com ampliação da cobertura e melhoria da

qualidade dos serviços; a *humanização*, com integração entre gestão e assistência em prol das necessidades dos pacientes; a *inserção na rede*, a partir da constituição de sistemas de referência e contra-referência a serem conduzidos com destaque pelos gestores locais; a *democratização da gestão*, com enfoque na responsabilidade social dos hospitais, na transparência e no fomentando à participação social; a *contratualização dos serviços*, que deve legitimar obrigações e responsabilidades, pactuar serviços que respondam, de forma quantitativa e qualitativa, à demanda social por saúde, fixar critérios, métodos e instrumentos para monitoramento e avaliação de metas e resultados, e, criar mecanismos de promoção da participação social; e por fim, a *descentralização e regionalização*, com foco no fortalecimento da tomada de decisão e controle loco regionais.

A partir desta revisão, o Ministério da Saúde elencou cinco macroproblemas com relação à assistência hospitalar, a saber: (1) insuficiência relativa e má-distribuição dos leitos hospitalares; (2) insuficiência de políticas e baixa capacidade de gestão (instâncias governamentais) e de gerência (estabelecimentos da rede hospitalar pública e privada); (3) inadequação dos mecanismos de alocação de recursos financeiros e insuficiência dos mecanismos de auditoria, controle e avaliação do seu uso; (4) grau incipiente de implementação da política de regionalização e hierarquização dos serviços; e (5) grau incipiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e qualidade.

Naquela conjuntura, *ações emergenciais em segmentos* “específicos” foram implementadas na atenção hospitalar considerando serem estes *enfoques estratégicos*. Destacam-se a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte (Portaria MS/GM Nº 1.044, de 01 de junho de 2004); a implantação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS (Brasil, 2004c; 2005).

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte previu a adesão voluntária de hospitais de 5 a 30 leitos, localizados em municípios com até 30.000 habitantes, e anunciou implementar *um novo modelo de organização e financiamento para a sua adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade* (Brasil, 2004c).

Ademais, também renunciou ajuste de leitos, baseado nas características epidemiológicas e populacionais da área de abrangência; adequação do perfil assistencial da unidade para realização de procedimentos de baixa e média complexidade nas clínicas: médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e odontológica; ajuste do modelo de alocação de recursos financeiros utilizando sistemas globais de orçamentação; e, contratação das unidades hospitalares, mediante definição de metas quantitativas e qualitativas (Lopez, 2004).

Arelada à portaria acima referida, publicou-se, ainda em 2004, a Portaria MS/SAS nº 287, que definiu a forma de financiamento da política para os HPP. O valor a ser repassado para financiamento das internações hospitalares foi estabelecido em R\$ 1.473,00/leito/mês a cada leito cadastrado no CNES, sendo este calculado a partir do valor médio da AIH desse segmento de hospitais no ano de 2003 (Brasil, 2004b).

Em recente trabalho, Carmo (2016) publicizou que 511 hospitais aderiram à política, número este quase insignificativo frente ao total de estabelecimentos deste porte no Brasil (n=2697). E concluiu que se “tratou de um política de com pouca atratividade”, podendo estar atrelado ao seu baixíssimo grau de implantação os condicionantes quantitativos e qualitativos exigidos, a restrição do financiamento ao número de leitos, que por sua vez estiveram limitados à 5% da população de referência, e, ao compartilhamento do financiamento com as Secretarias de Estado da Saúde (Carmo, 2016, p. 55).

Ademais, é sabido que até o momento não ocorreram mais adesões de hospitais à política de 2004, tão pouco os valores ou as estratégias previstas foram ajustados. E para agravar a situação deste segmento, a mais recente portaria que normatiza novos recursos financeiros de custeio aos hospitais no Brasil, sendo estes vinculados à contratualização e em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar de 2013 (PNHOSP), a Portaria MS/GM nº 142 de 27 de janeiro de 2014, simplesmente exclui os hospitais abaixo de 30 leitos, quando se trata de hospitais de natureza jurídica privada sem fins lucrativos, e, abandona todos os hospitais públicos abaixo de 50 leitos ao futuro ainda incerto de negociações políticas e aos ainda improváveis recursos novos (Brasil, 2014).

Já o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS pretendeu alteração do padrão organizativo desses hospitais, apostando em mudanças substanciais no modelo de atenção e investindo na relação do HE com o SUS. O instrumento previsto para indução a tais mudanças e formalização dos investimentos foi o contrato de metas. Previu-se então a transferência de significativos recursos financeiros aos gestores municipais e estaduais do SUS, para investimento na redefinição de metas assistenciais, de ensino, formação e educação permanente, além do fomento aos HE como referências para inserção e análise tecnológica em saúde (Chioro dos Reis, 2011).

Entre 2004 e 2014, observa-se uma curva ascendente de certificação dos HE e adesão ao programa federal com alguns episódios de ajustes no volume de recursos repassados. No entanto, este “saldo positivo” é muito tímido, pois a cada ano um número menor de hospitais foram certificados e este programa está limitado a um número muito restrito de hospitais,

sendo 198 hospitais certificados como hospitais de ensino no Brasil até 2014 e cerca de 80% destes contratualizados¹⁴.

Com relação aos recursos financeiros, o último movimento de ajuste do valor de seu incentivo (Incentivo de Adesão à Contratualização - IAC), ocorreu no final do ano de 2013 e considerou para fins de cálculos o teto máximo de 60% da produção aprovada ambulatorial e hospitalar (SIASUS e SIHSUS) para o IAC, totalizando atualmente cerca de R\$300 milhões de reais/ano.

Em estudo avaliativo recente sobre o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, uma das mais chamativas conclusões foi de que *ao se propor dar conta de tudo, a política de contratualização dos HEs acaba praticamente não dando conta de nada* (Chioro dos Reis, 2011, p.418).

Chioro dos Reis (2011) chegou a esta conclusão quando observou vários pontos dentre os quais podemos destacar: apesar da ampliação do aporte de recursos e das mudanças implementadas no modelo de financiamento via contratualização serem um dos impactos mais relevantes deste programa, de fato houve diferentes interpretações e usos com relação ao recurso a depender do cenário em que os HE analisados se encontravam. Quando endividados, o maior equilíbrio econômico financeiro viabilizou a implementação de antigos projetos da alta direção sujeitados, por vezes, aos interesses corporativistas, ou quando não necessariamente imersos em crises financeiras, houve solução de continuidade no repasse destes recursos por parte do gestor e uso dos mesmos para custeio do hospital, amenizando os gastos efetuados com recursos próprios também do gestor. Em ambas as situações houve desvirtuação dos propósitos originais do programa, agravada pela falta de sustentabilidade política e risco de sua descontinuidade, inclusive no governo federal.

A situação também se agrava em ambos os cenários pela não implementação dos mecanismos de monitoramento e avaliação do processo, considerando, o autor, que a contratualização foi “um jogo de atores ausentes” (Chioro dos Reis, 2011, p.58)

Observou-se que o gestor do contrato não se apropriou efetivamente dos pressupostos da contratualização, nem tão pouco percebeu que as mudanças a serem induzidas exigiriam tantas outras ações integradas e articuladas. Tornou-se portando uma *postura simplista* acreditar que as transformações almejadas seriam “efetivadas a partir de metas estabelecidas e vinculadas ao repasse de recursos financeiros” (Chioro dos Reis, 2011, p.83).

¹⁴ Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgências. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. CGHOSP/DAHU/SAS/MS

Tão “simplista” que a efetiva integração dos HE aos SUS via contratualização, um dos objetivos de destaque no programa de reestruturação dos HE, fatalmente produziu um efeito não esperado já que, sob o ponto de vista dos HE, “a percepção reinante é a de que quanto mais o hospital é “tomado” pelo SUS, maior a dificuldade em mantê-lo (e nele desenvolver atividades de ensino e pesquisa)”. Desta maneira, a demanda de média complexidade e as urgências, contratualizadas na lógica de integração ao SUS para responder às necessidades da população, são atreladas à desvinculação vocacional enquanto hospital de ensino, e, à origem, manutenção ou até aumento do desequilíbrio financeiro do hospital após contratualização (Chioro dos Reis, 2011, p.233).

Isto posto podemos considerar que de fato este programa foi importante para o segmento contemplado, já que significaram, sobretudo, descentralização de novos recursos financeiros num montante considerável. Mas apesar disso, considera-se que os mesmos não foram suficientes para induzir o alcance dos pressupostos iniciais da proposta de reforma que os deu origem, especialmente.

Finalmente, para o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, apesar da ausência de estudos específicos de sua implantação, pode-se inferir que os resultados apresentados acima não estariam tão distantes daqueles apontados com relação aos hospitais de ensino. Até porque parte considerável dos HE (cerca de 40%) são também hospitais sem fins lucrativos.

Por outro lado, ao se considerar de antemão que o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS abarcou um número quase 5 vezes maior de hospitais que o programa dos HE, e que hoje representa quase R\$2 bilhões de reais/ano aos cofres públicos da esfera federal, pode-se inferir que o processo de implementação deva ser ainda mais complexo e que os resultados podem ter uma dinâmica ainda mais dispersa, a depender do cenário loco regional e das características intrínsecas ao próprio hospital, tais como papel na rede, complexidade, porte, capacidade de produção e apresentação dos serviços para fins de financiamento, e claro, a “saúde” econômica e financeira desses hospitais.

Passados mais de dez anos da iniciativa de reforma da atenção hospitalar do início da década de 2000, pode-se admirar que apesar de todos os ânimos empenhados não foi possível vencer a fragmentação das orientações programáticas, a inespecificidade de implementação orientada apenas por portarias e a fragilidade nos processos de condução política, estratégica e financeira de implementação de propósitos ideológicos iniciais.

No limite, podemos imaginar que a percepção de *crise* a ser superada com *ações emergenciais em segmentos específicos* muito longe ficou da implementação efetiva de uma proposta de reforma em um sistema de saúde, muito menos quando se tratou do segmento hospitalar.

As análises anteriormente realizadas com relação às urgências evidenciam que a crise declarada no início da década de 2000 perdura até os dias atuais, e mesmo que *velada ou não assumida formalmente* nos últimos tempos, a conjuntura motivou novos movimentos a partir do ano de 2011. E, como de costume, novos programas e novas portarias foram instituídos mais recentemente.

Nesta lógica, podemos destacar a implementação do componente hospitalar das Redes de Urgência e Emergência e Cegonha (respectivamente, Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 e Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011), os Programas SOS Emergências (Portaria MS/GM Nº 1.663, de 6 de agosto de 2012) e Melhor em Casa (Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013, revogada pela Portaria MS/GM nº 825, de 25 de abril de 2016), e, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria MS/GM nº 3390, de 30 de dezembro de 2013) (Brasil, 2011a;2011b; 2012;2013a;2013b;2016).

O componente hospitalar da Rede de Urgências e Emergências previu a qualificação das portas de entrada hospitalares de urgência e de leitos de retaguarda de diferentes tipologias, com previsão de aporte financeiro diferenciado a leitos clínicos; leitos de UTI adulto e pediátrico; leitos de unidades de cuidados prolongados (UCPs); leitos de terapia intensiva em unidade coronariana (UCO) e leitos de cuidados ao paciente com AVC (UAVC) (Brasil, 2014).

Entre 2011 e 2013 foi descentralizado cerca de R\$1,535 bilhão (59% gestão municipal e 41% gestão estadual), que financiou a qualificação de 237 portas de entrada (sendo 22 portas vinculadas ao programa SOS Emergências), a qualificação de 6.165 novos leitos clínicos e de 3.257 leitos de UTI (novos e já existentes) (Brasil, 2014).

O componente hospitalar da Rede Cegonha tratou de investir na ampliação do acesso e qualificação da atenção ao parto e nascimento. Para tanto, estabeleceu-se financiamento diferenciado para qualificação de leitos já existentes e criação de novos leitos, priorizando leitos obstétricos para gestação de alto risco (GAR), UTI adulto, UTI neonatal e UCI neonatal convencional. Entre 2011 e 2013 foram descentralizados cerca de R\$ 660 milhões (65% gestão municipal e 35% gestão estadual), que financiou a qualificação de 6.255 leitos e a criação de 1.050 novos leitos de UTI neonatal e UCI convencional (Brasil, 2014).

Já o Programa Melhor em Casa instituiu no âmbito da RUE a atenção domiciliar, uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, indicada para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa, ou ainda, para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. Até 2013 foram implantadas 294 equipes multidisciplinares de Atenção Domiciliar e 151 equipes multidisciplinares de Apoio, distribuídas em 145 municípios de 23 estados federativos do Brasil¹⁵ (Brasil, 2014).

Chama atenção que entre os anos de 2011 e 2013 os programas desenhados no campo da atenção hospitalar empreenderam-se em responder, especialmente, aos problemas enfrentados nas urgências hospitalares, seja diretamente como no caso das Redes de Urgência e Cegonha e o SOS Emergências, seja indiretamente como no caso do Programa Melhor em Casa.

Mesmo não havendo diagnóstico publicado e *crise declarada* como em 2004, os investimentos programáticos deste período confirmam a dramaticidade vivenciada no cotidiano destas instituições, e sugerem, mais uma vez, que os programas anteriores não foram suficientemente capazes de garantir acesso e integrar os hospitais em rede, apesar de todos os seus esforços.

Mas não apenas para responder à situação das urgências no Brasil, movimentos foram realizados. É preciso elucidar que na conjuntura em que nasceram as mais recentes propostas para a atenção hospitalar havia também a necessidade em complementar a discussão da Rede de Atenção à Saúde (RAS), instituída na Portaria MS/GM nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Afinal, a RAS ainda estava “manca” de diretrizes nacionais, quando até 2013, apenas um dos “extremos” de qualquer sistema de saúde tinha se organizado e legitimado enquanto política nacional de saúde, neste caso, a Política Nacional de Atenção Básica, atualizada em 2011, por meio da Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2010;2011).

Neste sentido, iniciam-se em 2012 discussões para formulação de uma Política Nacional de Atenção Hospitalar, tendo como marco a publicação de sua consulta pública.¹⁶ Nesta ficou estabelecido que o Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS) coordenaria a avaliação das proposições apresentadas e a elaboração da versão final da

¹⁵ Não foram encontrados balanços financeiros de implantação do Programa Melhor em Casa.

¹⁶ Consulta Pública nº 19, de 1º de novembro de 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/cop0019_01_11_2012.html

PNHOSP para fins de posterior aprovação e publicação, com vigência em todo o território nacional.

A finalidade e objetivo geral da PNHOSP propostas em consulta pública, foram, respectivamente:

...promover o desenvolvimento sistemático das estratégias de aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, visando à construção de soluções integradas (art. 1º Parágrafo Único).
estabelecer as diretrizes para a reorganização da Atenção Hospitalar no SUS visando fortalecer as práticas assistenciais e gerenciais estratégicas, uso racional de recursos, incorporação de tecnologias em saúde e qualificação dos processos de trabalho, proporcionando cuidado integral em saúde com resolutividade, atuação em rede, participação social e transparência (Capítulo I DOS OBJETIVOS art. 2º).

E, ainda na consulta pública, foram atribuídos os seguintes objetivos específicos à PNHOSP:

- I - Reformular o atual modelo de gestão e atenção hospitalar no SUS;
- II - Definir e classificar os estabelecimentos hospitalares;
- III - Estabelecer os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde - RAS;
- IV - Estabelecer as competências de cada esfera de gestão no processo de reorganização, execução e acompanhamento da PNHOSP no SUS.

Chama atenção na proposta da PNHOSP de 2012: (i) referência ao número mínimo de 50 (cinquenta) leitos com que os hospitais deveriam contar, ou, excepcionalmente, 40 (quarenta) leitos, quanto fossem hospitais especializados em pediatria e cuidados prolongados e as maternidades; (ii) a determinação do enquadramento das unidades hospitalares menores de 50 leitos em outros perfis assistenciais ou tipologias de estabelecimentos de saúde, num período de três anos; e, (iii) a indução de tal enquadramento à um planejamento loco regional, com pactuação em CIR e CIB (Comissão Intergestores Regional e Comissão Intergestores Bipartite);

Entre a consulta pública e a publicação da Portaria que instituiu a PNHOSP passaram-se 13 meses, e, certamente, discussões político-técnicas ocorreram nos espaços públicos de decisão e gestão do SUS.

Durante o ano de 2013, podemos destacar alguns movimentos importantes dentro do Ministério da Saúde na gestão da atenção hospitalar: o ano inicia-se com a mudança do ator da condução técnico-política do então Departamento de Atenção Especializada (DAE/SAS/MS); perpassa pelos movimentos de ajuste dos novos valores de IAC e com

adesão de novos hospitais aos programas de reestruturação de hospitais filantrópicos e de ensino (aporte de cerca de R\$1,7 bilhão ao IAC); tensionam-se as discussões sobre o “futuro” dos hospitais de pequeno porte, já que estes também deveriam se adequar à nova proposta, seja com revisão de seu dimensionamento a partir do número de leitos, seja no remanejamento de seus perfis assistenciais com novas finalidades e classificações na RAS.

Finalmente, aos 30 de dezembro de 2013 institui-se a PNHOSP, que se diferencia de sua consulta pública especialmente nos seguintes aspectos: ao conceituar os hospitais não se estabelece o número de leitos mínimo; não são instituídos clara e especificamente os objetivos desta política; nem são dispostas definições e classificações dos hospitais por porte e tipologia.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi desenhada em quatorze diretrizes e seis eixos estruturadores e, já nas disposições iniciais foram tratados a definição do que são as organizações hospitalares, o seu papel, a sua organização no SUS, bem como vinte e dois (22) conceitos imprescindíveis à implementação da PNHOSP.

Atualmente o Ministério da Saúde entende os hospitais como:

...instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (Portaria MS/GM nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, Art. 3º).

E, o primeiro eixo da PNHOSP é o da Assistência Hospitalar que trata objetivamente de dois objetivos: organizar a Atenção Hospitalar partir das necessidades da população e integrá-la aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde – RAS.

O segundo eixo é o da Gestão Hospitalar que pauta seis grandes questões: (1) a definição do papel do hospital na RAS; (2) a implementação de fluxos regulatórios; (3) a contratualização; (4) a eficiência e transparência da aplicação dos recursos; (5) o planejamento participativo e democrático; e (6) os critérios de monitoramento e avaliação.

O terceiro eixo da PNHOSP é o de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho, que trata da: (a) avaliação de desempenho, (b) da educação permanente, (c) da avaliação da atenção à saúde do trabalhador.

O quarto eixo é o do Financiamento, que confirma as disposições gerais do financiamento tripartite para investimento e custeio, ratifica a transferência de recursos vinculada à contratualização, e menciona a busca constante pela sustentabilidade.

Ao quinto eixo, da Contratualização, confia a prerrogativa de formalização da relação entre gestores SUS e dirigentes dos hospitais, com efeitos postos em maior detalhe em portaria específica.

E no último eixo estruturador da PNHOSP são descritas as responsabilidades por esfera de gestão (federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal), sendo a maioria comum a todos, embora condicionadas à abrangência de responsabilidade, a saber: (i) implementar, monitorar e avaliar a PNHOSP; (ii) elaborar planos quadrienais; (iii) definir, monitorar e avaliar a contratualização; (iv) co-financiar a atenção hospitalar; prestar assessoria técnica; (v) propor diretrizes municipais de Educação Permanente; e, (vi) registrar e atualizar as informações relativas aos hospitais nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.

Pode-se dizer que a portaria de que trata a PNHOSP tentou abranger a maioria das temáticas com relação à atenção hospitalar, no entanto, por limitação própria a este tipo de documento não estipulou mecanismos para seu alcance. Também não tratou do impacto almejado, não estabeleceu tempos e critérios de sua avaliação e fez referência a poucos produtos esperados.

Quase que concomitantemente à publicação da PNHOSP, foram publicadas a Portaria MS/GM nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e, a Portaria GM/MS nº 142, de 27 de janeiro de 2014, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH) (Brasil, 2014).

Estas portarias diretamente vinculadas à PNHOSP acabaram por criar confusões de interpretação desta política quando definiram, a partir do número mínimo de leitos, os hospitais cujas diretrizes de contratualização devem ser aplicadas e que, portanto, terão direito ao IGH. Mas não apenas isso, tal restrição criou novos cenários de tensionamento entre Ministério da Saúde e demais atores políticos e de gestão do SUS, exatamente quando não se pactuou e aprovou diretrizes políticas e de financiamento para os hospitais de pequeno porte, em especial os públicos menores de 50 leitos.

A partir de então, e em todo o ano de 2014, retomam-se as discussões com relação aos HPP que, infelizmente, não conseguiram lograr êxito. Tal frustração, agregada à confusão de interpretação da PNHOSP com relação aos HPP, acabou por politicamente estagnar o processo de sua implementação.

E, para piorar a situação, no segundo semestre de 2014, concomitantemente ao agravamento da crise econômica, gestores voltam-se ao processo de eleição para os cargos de

Presidente e Vice-Presidente da República, Governador e Vice-Governador de Estado e do Distrito Federal, Senador, Deputado Federal, Deputado Estadual e Deputado Distrital.

Daquela época aos dias atuais, nada de relevante aconteceu no processo de implementação da PNHOSP, nem tão pouco, na negociação com relação aos HPP. Vivenciou-se sim uma grave escassez de recursos financeiros em todas as esferas de gestão e uma crise política de grandes proporções, que culminou no impeachment da presidente eleita em 2016.

Podemos nos inspirar em Coelho quando, em 2013, desenhou alguns cenários possíveis para os hospitais nos próximos 10 anos. Apesar desse autor realizar uma análise prospectiva, podemos aludir para o decênio analisado neste capítulo que flutuamos entre “*os avanços que foram feitos para que tudo permanecesse como estava*” (2003-2013) e a conjuntura de “*salve-se quem puder*” de 2014 até os dias atuais (Coelho, 2013).

Isto posto, parece-nos então serem muitos os meandros multifacetados das insuficiências da atenção hospitalar no SUS, tanto quando tratamentos de sua oferta, quanto quando tratamos das propostas políticas para sua reforma. Dentre as insuficiências podemos destacar:

- ausência de referências claras e de centralidade na discussão do número de leitos mínimo como um problema de saúde a ser superado para garantia de acesso no Brasil, quando nos reportamos à proposta de reforma de 2004 e à PNHOSP em 2013.
- insistência em avanços incrementais, a partir de ações programáticas e emergenciais, em segmentos específicos (HPP, Filantrópicos, de Ensino; portas de entrada, leitos de UTI e de retaguarda, etc).
- solução de continuidade das políticas desenhadas, seja a partir de mudanças de orientação de governo, seja em situações de novas crises epidemiológicas, organizações, financeiras e políticas;
- necessária superação da lógica de construção de políticas de saúde a partir de publicação de portarias. Estes instrumentos normativos apresentam limites próprios de sua natureza e não conseguem dispor de análises de contexto, de diagnósticos balizadores, de mecanismos de implantação (quando, como, com quem, com quais recursos?), de descrição de produtos e efeitos esperados etc.
- incapacidade de organizar a complexa teia de intervenções já realizadas e garantir convergência entre as mesmas. Há uma cadeia de ações e reações em um sistema de saúde, claro! Se forem coordenadas ou não elas continuarão a existir.

No entanto, quanto maior for a possibilidade de seu encadeamento, com planejamento estratégico e diálogo, maior potencialidade poderão alcançar e com maior eficiência.

- poucas e frágeis análises reflexivas da real situação dos hospitais no Brasil, carência de avaliações contundentes com relação à implantação das propostas realizadas; fragilidade na capacidade teórico-política, inclusive nas instâncias gestoras do SUS, para avaliação de efetividade das ações implementadas e de análises estratégias prospectivas; ausência ou omissão de uma comunidade epistêmica que articule viabilidade política e a sustentação de processos dentro do próprio ciclo da política;
- incapacidade de reconhecimento da complexidade e de intervenção na atenção hospitalar a partir dos pressupostos de transformação de grandes sistemas.
- ausência de reivindicação social estruturada e agenda política na alta direção que provoquem a implantação de iniciativas perenes e suficientemente capazes de transformar a realidade;
- fragilidade dos mecanismos de indução para a organização de redes assistenciais nos sistemas regionais no marco do processo de regionalização, com supervalorização da municipalização do SUS;
- precarização do papel reitor dos estados;
- fragilidade dos processos de regulação e reprodução do paternalismo e do clientelismo.

Discussão e Conclusões

O objeto proposto como tema a ser incluído na agenda estratégica da reforma hospitalar brasileira é o do número e tipos de leitos e hospitais suficientes para dar resposta às necessidades sociais, que derivam dos direitos humanos que deveriam ser garantidos pelo Estado Brasileiro segundo a Constituição Federal de 1988.

Este objeto gerou um conjunto de desafios. Em primeiro lugar, a definição através de análise comparada, de qual seria o número necessário e o tipo desses leitos e hospitais e sua forma de inserção nas redes e sistemas territoriais. Qual seriam esses números e esses tipos dentro da experiência de sistemas regionalizados e em redes que se propõem a serem sistemas nacionais universais, integrais e que cheguem de forma acessível e efetiva às populações em todos os territórios do País.

Esses critérios de aproximação comparativa entre experiências nacionais diversas em processos históricos, em dimensões territoriais, em condições materiais de financiamento e sustentação social e política, têm como foco comum, como tema de convergência, o tenso equilíbrio o consumo e a produção dos serviços e suas formas de previsão para evitar crises de acesso e qualidade. Sendo o leito uma representação chave da estrutura assistencial hospitalar e, portanto, seu elemento de maior restrição, posta a ideia de que um leito é ocupado por apenas um paciente a cada momento, esse leito representa uma síntese de uma série de funções que apenas o hospital pode realizar enquanto instituição que opera dentro da lógica de acolher o paciente e cuidá-lo em regime de internação.

Certamente é possível deslocar a demanda de pacientes que necessitam de internação, mas não, necessariamente, de uma estrutura hospitalar. Esses pacientes poderiam ser alocados em estruturas assistenciais distintas ao hospital, tais como abrigos com foco na assistência social, ou no caso daqueles que precisam de cuidados de enfermagem, cuidados gerais e também de suporte social ser internados em unidades de cuidado integrado e continuado.

Essas unidades de internação não hospitalares estão fortemente representadas, no movimento que países com sistemas universais fizeram para criar uma alternativa adequada do ponto de vista da necessidade humana, mas economicamente menos onerosos do ponto de vista da sua operação quando comparados com o custo hospitalar, daí as referidas *nursing homes* na Inglaterra e outras estruturas equivalentes nos países abordados na revisão de literatura apresentada no capítulo 1, e que sinalizam a integração do setor saúde com a previdência e a assistência social.

A análise baseada na revisão integrativa da literatura, produziu um panorama que nos localiza em torno das possibilidades de tratamento político desse objeto de número e tipo de leitos, dentro do contexto histórico dos últimos 30 a 40 anos.

Outro elemento muito importante derivado dessa revisão de literatura, foi o desafio de pensar o número de leitos necessários a partir de um conjunto de tentativas de representação do consumo futuro, de maneira que isso também estabeleça estratégias de expansão de rede hospitalar com potencia prospectiva, com previsão ou *forecast* das respostas a constituir, com suas consequências tecnológicas, de força de trabalho e econômicas.

Reconhecer esse objeto como complexo significa que é preciso ir além de uma mera discussão sobre um número referencial de quantos e de que tipos de leitos precisaríamos desenvolver. Pois envolve a construção de um marco analítico sobre como esse tema encontra expressão no campo da política pública e, nesse ponto, é importante tomar a ideia do ciclo da política, ou dos ciclos que uma política pública pode ou deve ter.

Entende-se que toda política pública para ser adotada e logo implementada, passa por uma construção da viabilidade dos seus temas na agenda política de decisões, ou seja, no espaço da decisão onde a inclusão ou não das perguntas sobre o tema, sinalizam a apropriação e a determinação da “decisão em decidir” (Walt, 1984).

Dá a intenção de incluir as perguntas do número e tipo de leitos na agenda política para a reforma hospitalar do SUS. Esse potencial de inclusão do objeto na agenda e o seu desdobramento em um ciclo completo da política (reconhecimento do problema, implementação das propostas de solução, avaliação dos resultados, e substituição ou cessação de estratégias escolhidas), passa a ser importantíssimo. A potencia e a oportunidade dos argumentos em torno ao tema serão decisivos para sua inclusão na agenda.

Somente a completude do ciclo da política pública e seus desdobramentos é que garantirá que o problema do acesso aos serviços hospitalares seja devidamente tratado e que resulte em algo efetivamente capaz de transformar uma realidade, nesse caso a escassez da oferta de leitos e as consequências dessa escassez na forma de crise de acesso e qualidade da atenção hospitalar do SUS.

Qualquer reflexão sobre a dimensão da necessidade da atenção hospitalar no SUS deve considerar o seu contexto: uma sociedade profundamente desigual e iníqua, com uma população numerosa, em um país de dimensões continentais, com uma natureza diversa e uma acessibilidade nem sempre resolvida do ponto de vista da infraestrutura de transporte e comunicações, com uma infraestrutura sanitária e especialmente hospitalar bastante segmentada e fragmentada; onde há predominância de estabelecimentos de pequeno porte,

dispersos e desconectados dos demais pontos da rede assistencial; e com ausência de referencial regional para sua organização. Com qualquer proposição de intervenção demandando o reconhecimento desse objeto dentro de uma abordagem da complexidade do exercício de transformação de um grande sistema, o SUS.

Privilegiando uma ideia de abordagem sistêmica, o enfoque de transformação de grandes sistemas – *large systems transformation* – (Best, 2012) é uma abordagem da reforma hospitalar a partir do campo ampliado da política de saúde e que insere nesse esforço, o desenvolvimento de conhecimentos para a decisão e implementação da política pública, reforçando a ideia de processo e poder que a caracterizam (Walt, 1984).

No próprio desdobramento do trabalho da tese nos aproximamos do campo do que são chamadas as revisões realistas utilizadas na abordagem dos processos de transformação de grandes sistemas, ou seja, aquelas revisões motivadas, como no caso desta tese, por um tema que se quer tratar para apresentar caminhos alternativos de aplicação imediata no campo da política de saúde e que busca responder um problema concreto, neste caso, trilhar um caminho da decisão política que gere soluções para as necessidades não satisfeitas da população no campo da atenção hospitalar.

Portanto, entende-se que um caminho interessante para tratar das inúmeras e desafiadoras dimensões do complexo objeto da atenção hospitalar no SUS seria o reconhecimento do tamanho do problema, sua definição e intervenções possíveis a partir da lógica de transformação de grandes sistemas e, a utilização de critérios derivados de uma revisão realista e da disposição de variadas estratégias (Best, 2012)

Evidentemente não foi possível tratar nesta tese, toda a amplitude gerada por esse mosaico de elementos complexos da atenção hospitalar em um grande sistema de saúde e nem mobilizar a discussão de todos os objetos associados a esse tipo de enfoque. Mas a ideia é realizar um início de trajetória, que indicasse o lugar do conceito dos *large systems transformation* como opção de manejo da complexidade, no campo das pesquisas sobre políticas e sistemas de saúde.

Adicionalmente é importante reiterar a utilidade do conceito de comunidade epistêmica e a necessidade de definir atores estratégicos dentro do marco da abordagem de grandes sistemas, de maneira que constituam um espaço de permanente criação de respostas aos desafios que tal processo demanda (Hass, 1992). Constituem comunidades epistêmicas, agrupamentos de atores identificados em torno a ideias fundamentais, que articulam e advogam pela viabilidade política e a implementação de temas e a sustentação de processos dentro do ciclo da política pública (Adler e Hass, 1992).

Criar comunidades epistêmicas em áreas em que elas não existem ou desenvolver essas comunidades em áreas onde os atores de conhecimento e ação estão dispersos é fundamental para a viabilidade de qualquer ciclo de política pública, e nesse caso com mais razão, posto que há uma fragilidade teórico ideológica em torno da questão hospitalar.

A referência ao proposto no período do Estado Novo, como um plano de desenvolvimento da oferta hospitalar no Brasil (Almeida, 1964), resgatou um elemento que não deveria perder-se do ponto de vista da elaboração desse objeto complexo de que tratamos, que foi a ideia de abordar uma realidade a partir de um princípio, nesse caso, o princípio de levar assistência hospitalar ao conjunto da população em todo o território nacional, como ideia de bem-estar, de inclusão, de construção de identidade nacional, que poderia ser apropriada aqui em um marco de projeto nacionalista e desenvolvimentista, e que para fazê-lo, adotou uma estratégia de primeiro dimensionar e qualificar essa necessidade ou essa ausência de resposta hospitalar, organizando um censo dos estabelecimentos hospitalares, fazendo uma contagem de leitos nesse exercício, classificando esses leitos e, em seguida, projetando, a partir de parâmetros inspirados pela política norte-americana de atenção hospitalar, qual seria a meta ou o número que expressaria a suficiência de oferta dentro da realidade brasileira, conjugando a questão do rural e do urbano em redes de hospitais.

A ideia do *district hospital* proposta articulou a conexão entre um hospital de base, como um hospital de especialidades central dentro de uma acessibilidade territorial, conectado a um conjunto de hospitais gerais, intermediários, de caráter regional ou distrital, com estes hospitais por sua vez conectados a outro conjunto de hospitais menores, de natureza comunitária ou local. Essa ideia de uma rede orgânica, sistêmica de hospitais projetava também centros de saúde, que por sua vez chegavam às comunidades menores e com isso criavam uma rede integrada de serviços.

Essa imagem do hospital geral como um hospital distrital e articulador de uma rede hospitalar projetada em uma rede de atenção básica, é uma ideia forte e poderosa e ainda muito presente no desenho de uma arquitetura organizacional de distribuição racional de recursos hospitalares, mas, sobretudo, traz também duas questões-chaves para nosso debate, que é a ideia do hospital em rede hospitalar com uma integração administrativa, ou seja, a possibilidade de juntar essas várias peças hospitalares dentro de uma única organização em rede, a partir do hospital regional ou do próprio hospital base, dependendo da dimensão desse desenho regional, criando uma possibilidade integradora da força de trabalho, das cadeias logísticas de sustentação, e, sobretudo, de uma conexão na forma de atuar com padrões assistenciais integrados e que permitam a abordagem comunitária dos processos de promoção

de qualidade de vida e de saúde, integrando ações no campo da prevenção, da educação, da proteção, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação.

Uma atualização do proposto no Estado Novo, inspirada então pelo *district hospital* norte americano, se projetaria hoje na ideia das redes de atenção territorializadas com foco nas necessidades das populações e não apenas dos pacientes individuais. Aqui se poderia aplicar o conceito de coortes abertas de intervenção, sob cuidado de uma rede integrada hospitalar e de atenção básica onde esta atenção básica estaria respaldada pelo hospital assim como o hospital estaria respaldado pela atenção básica, compartilhando profissionais, recursos diagnósticos e terapêuticos em um sistema de condomínio integrado de recursos, a imagem do *comprehensive hospital* de Mckee (Mckee e Healy, 2002). Portanto, é uma ideia atual, forte, e que encontra eco dentro de um conjunto de disposições normativas e doutrinárias do sistema de saúde, pois a regionalização e o planejamento baseado em necessidades demanda uma integração em rede de saúde com redes temáticas e linhas de cuidado compondo uma arquitetura que só culminará através de um processo vigoroso de convocar o hospital a participar com força e de forma orgânica na rede de atenção a saúde, o que implica atribuir poder e utilizar os recursos que o hospital pode prover para suportar e dinamizar processos assistenciais integrados, fazendo uma transformação de dentro para fora dos hospitais. Com o desenvolvimento da meso gestão, conforme proposto no capítulo 2 (Saltman, Durán e Dubois 2011), com os governos estaduais ocupando assentos nas direções dos hospitais contratados ou membros do sistema de saúde, deveria ser possível dar impulso a uma integração real dos hospitais nas redes regionais e por outro lado mover as direções dos hospitais a pactuar com seus serviços os compromissos regionais requeridos, buscando o delicado equilíbrio entre autonomia e integração regional.

A ideia do desdobramento desse conceito do *district hospital* e da rede hospitalar foi desenvolvida na experiência britânica ao formar os *trusts* hospitalares e com isso desegmentando, mas, sobretudo, desfragmentando a oferta hospitalar ao construir o espaço de identidade jurídica, organizativa e operacional de hospitais que passam a atuar em sistemas e complexos hospitalares distribuídos no território.

O proposto na era Vargas de adotar um número meta nacional, no caso, 5 leitos por 1.000 habitantes como leitos gerais, excluídos os leitos que eram dados na época como de longa permanência, como tuberculose, saúde mental e hanseníase, além de colocar numa sessão especial o cálculo de leitos para maternidade e atenção ao recém-nascido, fazia com que a proposta meta de 5 leitos por 1.000 habitantes fosse algo estruturante do ponto de vista da política a ser implementada.

Isso é algo muito distinto do que tivemos depois de 1965 e particularmente de 2002 para cá, através da Portaria 1101/2002 e nos 20 anos que a precederam desde 1982, com os padrões adotados pelo INAMPS sobre o número de leitos estabelecendo uma espécie de teto da oferta. Também existia na experiência norte-americana a referência a um teto de 4,5 leitos, mas era um teto-meta, um esforço de financiamento, de expansão de rede e de força de trabalho, para chegar nesse número, o qual era entendido como, finalmente sendo alcançado, um número limite, um número para além do qual deveria haver uma justificativa muito forte, dado que esse número era como um ponto de equilíbrio – menos gerava escassez, mais gerava excesso, desperdício.

Acredito que nos falta na história recente, sobretudo a partir da adoção do Sistema Único, esse tratamento de um número-meta, dado que a Portaria 1101/2002 criava uma janela de 2,5 a 3 leitos como uma espécie de espaço de convergência referencial, mas não criou no processo de ciclo de política nenhuma sustentação para alcançar essa meta. Ou melhor dito, posto que não era meta, não houve nenhum desdobramento na forma de ciclo da política pública para torná-la viável.

Na análise da oferta realizada no capítulo 2, observa-se restrição de oferta com afastamento desse campo referencial, com a queda contínua do estoque de leitos, afetando também o tamanho médio dos hospitais e levando a uma fragmentação da oferta hospitalar cada vez maior, na contramão do que sinalizam as experiências internacionais, que propõem não apenas a integração de redes hospitalares dentro de sistemas regionais, mas também a valorização de hospitais de portes que tornem viável econômica, técnica e profissionalmente a organização hospitalar (Mckee e Healy, 2002).

Estamos referindo um debate que converge para um porte em torno de 200 leitos, com hospitais menores sendo considerados dentro de um contexto especial de hospitais locais em territórios muito vastos e dispersão populacional, e hospitais maiores para temas que sugerem ganhos de escala, oscilando entre 100 e 600 leitos, como portes mimo e máximo, com um tamanho ótimo em torno de 200 leitos, dentro de uma realidade de contextos específicos ajustados as necessidades populacionais (Mckee e Healy, 2002).

Segue válida a projeção da década de 1940 no Estado Novo (Almeida, 1964), com respeito à meta-número de 5 leitos por 1.000 habitantes e a ponderação sobre como esse número ganhava configuração específicas, com 5,5 leitos por mil habitantes nas cidades capitais e , chegando a 2,5 nas zonas rurais, onde a densidade tecnológica e profissional do que poderia ser oferecido estaria correspondendo a certo perfil de necessidade tratável no âmbito local, numa proporção de leito menor em relação a 1.000 habitantes, posto que a

utilização do leito hospitalar por essa mesma população local convergiria em caso de outras necessidades para hospitais distritais ou de base, dentro de uma lógica de referência aos recursos especializados que não teriam razão de se fazer no âmbito local.

Isso também é importante do ponto de vista do planejamento e foi muito bem trabalhado em uma pesquisa realizada no território dos departamentos de Flandres na Bélgica (Blank e Hulst, 2015), que mostra que existem certos serviços que quando discutidos em termos de planejamento no âmbito local, geram desperdício, porque do ponto de vista da percepção local da necessidade, esta existe, mas tratada como um serviço de natureza local, ela reproduz vários serviços em várias localidades, mesmo que o tema somente ganhe densidade como demanda assistencial no âmbito regional. Então, em lugar de termos um único serviço ou rede regional, acabam se reproduzindo vários serviços locais, posto que ao planejar localmente a dimensão de necessidade regional fica ausente. Tal racionalidade aponta para a necessidade de um planejamento regional de serviços em rede, desfragmentando os planejamentos municipais isolados e repercutindo no porte dos serviços e redes hospitalares a serem constituídos.

É fundamental a adequada localização de serviços para fins de objeto do planejamento, na hierarquia que corresponde a uma maior efetividade da disposição desse recurso, o que deve ser planejado com uma perspectiva estadual, regional ou local conforme a natureza das necessidades a atender. No caso da oferta hospitalar, isso é crucial, todos os serviços de vinculação hospitalar deveriam se inserir em uma racionalidade de dimensões onde o espaço, o locus do planejamento correspondesse a uma maior efetividade e, portanto, eficiência e eficácia combinadas em uma perspectiva de evitar o desperdício e a ociosidade, mas ao mesmo tempo evitar que essa ociosidade derive justamente de uma locação insuficiente de capacidade nesse serviço, que estando mal localizado, não consegue incorporar econômica e tecnicamente os recursos que o sustentem. Problema que a abordagem sistêmica da rede hospitalar ajudaria a superar.

Logo, o proposto na era Vargas, aporta vários elementos de atualidade para pensar e integrar, conceitualmente, o hospital em redes regionais. Particularmente interessante foi a proposta inovadora de acolher e tratar toda a população em uma rede hospitalar única, em que todos pacientes fossem acolhidos e tratados pelos mesmos profissionais, com a mesma plataforma tecnológica. Evitando a separação da rede hospitalar entre um sistema público (com prestadores estatais e privados) e um sistema privado de atenção.

Se olharmos a realidade que temos hoje, essa pretensão universalista e integral no campo da assistência continua sendo um desafio, sobretudo porque temos na prática dois

subsistemas e vamos ver que há uma tensão contínua em termos de recurso hospitalar entre o que está disposto no Sistema Único e aquilo que está disposto no âmbito da prática da Saúde Suplementar, com migração de leitos, de profissionais e com compartilhamento profissional. Tensões que refletem uma competição na organização do próprio sistema e na captação de recursos sociais.

Essa duplicidade ou dupla frente do sistema de saúde brasileiro, no que diz respeito à dinâmica hospitalar, precisa ser trabalhada de uma forma mais estruturada. Algo a ser anotado para futuros estudos e definição de estratégias. Porque a arquitetura da oferta da atenção hospitalar brasileira no seu conjunto, entendido aqui o sistema de saúde com essas duas dimensões – SUS e Saúde Suplementar, precisaria passar por um processo de convergência estratégica. Aí há um debate necessário a ser enfrentado, principalmente no que diz respeito a uma regulação pública do estoque geral de leitos e da racionalidade da organização dessa oferta de leitos no país.

Isso implica uma aposta em planos diretores estaduais e regionais, ou seja, em fórmulas disciplinadoras, por exemplo, sobre o porte das estruturas hospitalares, a forma em que elas se organizam, se conectam, posto que o estoque de leitos no país é um tema fundamental de soberania, de segurança do ponto de vista de seguridade geral, social, econômica e política da cidadania.

Portanto, há uma dimensão de tratamento integral da oferta hospitalar do país e suas prerrogativas normativas estão legalmente dadas para o Estado Brasileiro, mas não têm sido exercidas com a amplitude e precisão que o tema merece.

O exercício dessas prerrogativas é que sustenta a ideia de construir planos diretores de redes hospitalares com horizontes de 25 anos, que nos permitam debater como disciplinar essa oferta em termos de sua sustentabilidade e também de sua capacidade de responder as necessidades sociais de forma adequada e dessa maneira garantir os direitos da cidadania em toda a sua amplitude.

A existência de privilégios em termos de acesso ao recurso hospitalar, caracterizado por um parque de leitos SUS acessível a toda a população, e outro parque de ofertas da Saúde Suplementar somente acessível aos portadores de seguros, segundo seus prestadores, disponíveis em cada contrato. O que gera privilégios no acesso aos recursos hospitalares, os quais deveriam ser claramente eliminados se queremos tornar o direito à saúde de fato igualitário, como parte da promessa de uma universalização integral.

O privilégio pode ser visto nos dados da Saúde Suplementar (ANS, 2015), que apresenta o número de 166 hospitalizações por ano por 1.000 habitantes da população

assegurada, comparado a um número de hospitalizações do SUS de 56 hospitalizações por 1.000 habitantes/ano.

Haverá excesso nesse número da ANS no que diz respeito ao desempenho da Saúde Suplementar, hospitalizando mais do que precisa? É possível, embora também se documente que hoje o parque de leitos da Saúde Suplementar também tem sido pressionado por filas de espera. Então, teoricamente há uma demanda do consumidor, usuário, desse sistema de Saúde Suplementar que já encontra dificuldades em muitas regiões, nas modalidades de atenção com internação. De todos modos essa diferença entre acesso hospitalar, documentado nos informes da ANS, seria um fator de privilégio, dado que vivemos em um contexto no marco constitucional em que o acesso ao leito é parte do estatuto do direito à saúde e do acesso à atenção à saúde, e essa diferença poderia estar aí identificando uma desigualdade, uma iniquidade forte entre os dois subsistemas.

Em todo caso, se considerarmos que na OCDE esse número de internações é de 155 (OCDE, 2015), temos uma prova de que há, para além das 56 hospitalizações por 1.000 habitantes/ano do SUS, uma dimensão de demanda que provavelmente não estamos conseguido absorver claramente no Brasil, até porque não temos filas de espera organizadas em uma lógica assistencial qualificada. Então, diante da ausência dessas filas de espera documentadas, temos uma dificuldade de dimensionar claramente qual seria o déficit a ser enfrentado.

A Portaria Nº 1631, de 1º de outubro de 2015, que define os parâmetros assistenciais, trata de incorporar esse registro do que não é atendido, do que estaria em filas de espera, que seria o déficit a considerar para projetar o número necessário de leitos e de outros recursos assistenciais. Essa é uma promessa interessante, mas que ainda carece de implementação. Não foi objeto desta tese, explorar as repercussões e os usos dessa Portaria, até porque ela ainda está sendo testada e as máscaras de aplicação estão sendo desenvolvidas.

A pergunta central da tese interroga sobre a possibilidade de se colocar em uma agenda de alta política a pergunta sobre qual o número e tipo de leitos e, portanto, número, porte e tipo de hospitais que precisamos para responder às necessidades sociais derivadas do direito constitucional à saúde que possuem os cidadãos e cidadãs do Brasil, reconhecendo que satisfazer essas necessidades encerra uma complexidade muito grande em escala e diversidade de recursos a mobilizar.

A definição em torno ao tipo e função dos leitos hospitalares é um tema em constante debate. E dentro dessa definição de leito, a ideia de um leito que não é uma mera peça de

mobiliário, mas um conjunto de recursos e capacidades humanas, materiais, plataformas tecnológicas, insumos, espaços, que se configuram dinamicamente para responder à necessidade de cada paciente em um tempo e espaço adequados. Essas duas dimensões espaço-tempo definem a acessibilidade desse recurso leito, portanto, o acesso derivado de uma quantidade suficiente e a acessibilidade derivada de uma localização tempo-espaço adequada para a necessidade do paciente, projeta uma complexidade na definição e distribuição desse recurso no território nacional e os vetores que permitem aos pacientes chegarem a tempo dentro das exigências do seu tempo clinicamente relevante para o melhor resultado prognóstico possível. Evidente que essa configuração do leito encerra também a sua capacidade resolutiva, a configuração dos recursos profissionais e materiais organizados em torno às necessidades igualmente configurativas que os pacientes apresentam em cada caso e que constituem necessidades tipo para as quais os serviços tem que estar permanentemente preparados. De tal modo que se possa adotar e exercer padrões de respostas com alta possibilidade de resolver as necessidades que expressam a condição do paciente em cada configuração em que se apresente. A ideia de centralidade no paciente, no sujeito de direitos ganha assim materialidade organizacional, para tanto a disposição espacial dos recursos em circuitos acessíveis e com capacidades definidas em rede passa a ser fundamental e, nesse contexto, o recurso leito hospitalar assume uma função chave como recurso de restrição que precisa ser adequadamente disponibilizado.

O debate em torno ao leito, entendido então como leito efetivo, pois disponível e resolutivo em sua configuração dinâmica frente a cada necessidade de cada paciente resulta em recurso polivalente, onde se justifica a indiferenciação do leito, o qual deixa de ter definição de uso por sexo do paciente ou especialidade, para ser um recurso plástico na organização do sistema regional de saúde, da rede hospitalar e do próprio hospital.

O debate em torno ao leito efetivo contém essa ideia do leito *staffed*, o leito que tem pessoal em número e perfil adequado para as necessidades que vão se configurando em torno ao leito como espaço articulador de atenção e de cuidado. Por isso a importância de se pensar em taxa de ocupação de leito não simplesmente como uma distribuição numérica no tempo, mas como uma questão de ocupação por necessidades configurativas de pacientes, ocupação de leitos por CID, para que a organização hospitalar e do sistema de saúde disponha desses recursos que cada caso requer dentro de um comportamento esperado, projetado ou previsto em termos populacionais em termos de consumo / frequência e uso do serviço. De modo que o planejamento da oferta oriente-se para fazer frente a um consumo esperado, uma

frequência esperada e dessa forma organize-se para sustentar seu desempenho como melhor resultado prognóstico no tempo e no espaço adequados.

A resposta à pergunta sobre os leitos necessários está marcada por essa complexa relação entre necessidade e oferta, encerrada em um contrato social de garantia do direito, mas também dentro de uma disposição de recursos no tempo e no espaço, que hoje está dominada por um conceito de aumento incremental mínimo da própria oferta sem tomar em conta as necessidades inclusive expressas como demanda pela população usuária dos serviços.

Portanto, o capítulo 2, de análise da oferta atual não é simplesmente uma disposição enfadonha de dados sobre a realidade, é a organização de uma visão geral preliminar sobre a complexidade do tema no território nacional.

Dentro dessa visão da complexidade do tema no território nacional, a análise da oferta tem que enfrentar o jogo de espelhos dessa realidade, onde o todo não é a soma das partes, ou seja, o olhar sobre a oferta nacional e suas tendências não se esgota em números gerais e nos obriga, então, a incursionar, e daí a extensão do capítulo e as formas como isso se desdobra na representação da oferta de leitos e suas tendências nos territórios, nos estados, dentro dos estados, nas capitais, com as capitais no contexto metropolitano. Com os estados representados, portanto, nessas dimensões concêntricas – capital-região metropolitana-interior, com dinâmicas similares, mas não iguais entre os vários estados, pois isso está marcado também por toda uma tensão da demografia, da densidade demográfica na distribuição das populações entre capital, região metropolitana e interior. Também na densidade da distribuição de recursos assistenciais, lembrando que essa distribuição responde a uma trajetória histórica de como se desenvolve a urbanização nos territórios, como a concentração ou intensidade do capital no território vai definindo o desdobramento das infraestruturas no Brasil, onde foi e é importante o protagonismo histórico de setores não estatais na construção da infraestrutura hospitalar em muitas das regiões do País. Em consequência, se torna necessário caracterizar o peso da oferta estatal, com extremos de forte presença estatal nas estruturas hospitalares como no caso da região Norte, passando por áreas de transição ou mistas em termos de presença estatal e privada de natureza filantrópica ou lucrativa, mas com uma configuração que tem que ser vista de forma particular em cada estado, entendendo uma trajetória histórica dessa disposição e inclusive particular em cada região dentro de cada estado, já que há regiões de muito mais densidade em resposta estatal do que outras e também regiões de muito mais interesse e intensidade da resposta filantrópica e/ou privada lucrativa de acordo com a disposição de recursos e consumos privados.

Portanto, a complexidade do capítulo 2, representa uma busca de totalidade e o desafio da totalidade sempre é sua incompletude, como definiu Edgar Morin (2015), o problema da complexidade é a representação da completude. E nessa busca permanente da completude é que se coloca o tema de compreensão de totalidades que se constituem de todos e partes de forma complementar, mas também autônoma, na medida em que precisamos entender essas dinâmicas gerais e as dinâmicas específicas. Daí a ideia da historicidade e contexto para esse tipo de análise. A importância dessa historicidade e contexto fica mais evidente na medida em que se queira aproximar ao objeto, no caso a oferta hospitalar, com a intenção de superar as desigualdades de acesso da população a esse recurso e constituir uma espécie de mapa da rota que é necessária para essa construção futura.

Nessa perspectiva, a análise que passa pelas dimensões territoriais dos estados, dimensões de capital-região metropolitana-interior, também nos anima a olhar a disposição em termos da vinculação dos recursos entre municípios, estados e União. Precisamos compor uma visão abrangente, estratégica sobre o que ocorre no trânsito dos recursos e serviços estatais das três esferas da Federação e idem para o setor filantrópico e o setor privado lucrativo dentro do sistema, sem perder no nosso campo de visão a representação da Saúde Suplementar, ou seja, do subsistema suplementar e sua dinâmica, posto que aí há uma dinâmica de vasos comunicantes dos prestadores e, portanto, de hospitais e leitos que trafegam entre o SUS e a Saúde Suplementar, e que no último período histórico, do ano de 1992 até 2014, tem representado um fluxo constante de setores privados lucrativos que abandonam em grande escala o SUS, reforçando a resposta da Saúde Suplementar frente a uma expressiva expansão dos seus usuários, em consequência da melhoria da condição econômica da população e sua empregabilidade. E, por outro lado, um crescimento sustentado, mas em uma escala muito baixa do setor estatal, sem pretensões de reorganizar a oferta hospitalar e um comportamento, vamos chamá-lo de *fidelidade interessada*, do setor filantrópico, mas o qual também cede parte da sua capacidade para a Saúde Suplementar, muitas vezes por uma questão de sobrevivência financeira, utilizando as prerrogativas do convênio filantrópico que facultam, então, o limite possível de serviços a serem disponibilizados no mercado suplementar.

Essa complexa dinâmica que se constrói ou se reforça no lapso de tempo da última década, é algo que precisa ser melhor entendida em seus desdobramentos e repercussões sistêmicas.

Observou-se no capítulo 2, que há continuidade na tendência histórica, já reconhecida e documentada, de redução do estoque de leitos e de migração de leitos privados

do sistema público para o sistema suplementar, mas há reconfigurações incompletas em curso, no que diz respeito a assumir um perfil que seja mais efetivo no âmbito privado e cujas consequências irão de uma forma ou outra aparecer como perspectiva estratégica, como já foi registrado no Documento Livro Branco da ANAHP e nos critérios de valorização dos hospitais da ANAHP, utilizando seu Observatório Anual, para destacar seus portes condizentes com níveis 3 e 4 da Portaria Ministerial 2224/2002, valorizando assim terem mais de 100 leitos e concentrar capacidade resolutive (ANAHP, 2015).

Isso está materializado, sobretudo, na questão do porte dos hospitais e essa contínua tendência histórica da redução do número médio de leitos por estabelecimento hospitalar. E então agregamos um elemento nessa complexidade e sua totalidade e incompletude: a discussão específica sobre o porte hospitalar e seu relacionamento com a questão do perfil de efetividade.

A literatura revisada, seja em uma perspectiva de economia de escala, seja em uma questão projetada na construção de comunidades médicas e de integração de recursos assistenciais territoriais, fala da importância dos hospitais alcançarem um tamanho mínimo de 100 leitos, a partir do qual haveria possibilidade de uma maior efetividade (McKee e Healy, 2002). Essa maior efetividade, utilizando o critério mínimo de 100 leitos, lança outro olhar sobre a escassez de leitos no Brasil.

Estando distante da média da OCDE, de 4,9 leitos gerais por 1.000 habitantes ou de um padrão aproximado entre 3,5 e 4 nos países da OCDE que estão mais próximos ao perfil da oferta brasileira, mas de todos modos, estamos falando de um déficit nominal importante.

No entanto, quando me refiro ao déficit nominal, falo do estoque geral de leitos, que em 2014 já estava em 2,19 por 1.000 habitantes e no SUS em 1,56, sendo que esse déficit se aprofunda quando, utilizando o critério de leito efetivo como esse leito devidamente equipado com recursos técnico-materiais e profissionais, caracterizado genericamente como o leito que está vinculado ao porte hospitalar, ou seja, o leito em um estabelecimento de no mínimo 100 leitos.

Ao fazer essa aproximação, o universo de hospitais efetivos se torna muito mais limitado no contexto nacional. E ao utilizar o critério de número de leitos que estariam em entidades hospitalares efetivas, isso faz com que a oferta de leitos do país passe de 1,56 para 0,7 por 1.000 habitantes, dando uma cor muito mais dramática a uma escassez que é visível.

Ao utilizar esse critério de estabelecimentos com mais de 100 leitos, para definir o leito efetivo, acabamos tornando mais explícito aquilo que se observa empiricamente ao percorrer o sistema de saúde nos estados. Pois salta aos olhos, então, o grau relativo de

escassez entre as unidades da Federação. Este enfoque tem o efeito de mudar a lente da nossa análise e romper o paisagismo, o naturalismo, com que se tem olhado esse número excessivamente baixo de leitos no país, criando um alerta renovado sobre uma tendência em direção a uma catástrofe. Nem seria desastre, pois o desastre é a escassez persistente, o desequilíbrio entre a necessidade e a oferta. Aqui estamos falando de um ponto em que podemos ficar tão distantes do suficiente que o desastre cotidiano da escassez se transforme em uma catástrofe onde os recursos existentes sejam anulados pelo volume do necessário, paralisando todo o processo de produção da oferta existente.

Isto poderia ocorrer a partir de não reagirmos adequadamente a uma tendência histórica e bem clara desde 1992 de limitação de número e não enfrentamento da desigualdade da oferta no país, que faz com que o recurso da análise por essa figura do leito efetivo, e, portanto, do hospital efetivo, nos leve com mais intensidade a uma discussão sobre a disposição não só de quantidade, mas a disposição orgânica, sistêmica, desses leitos dentro do processo assistencial brasileiro e da função do hospital no fortalecimento dos sistemas regionais e a necessidade de desfragmentar o sistema que, fica claro nos quadros de distribuição de entidades hospitalares e leitos entre tantas instituições, com uma segmentação muito forte do setor, juntamente com uma fragmentação da oferta de leitos dentro dos pequenos hospitais e com uma disposição territorial que não obedeceu nenhum planejamento racional.

Portanto, estamos falando de trabalhar o ponto de corte do leito efetivo como uma reconfiguração para fins de potencializar um debate de agenda, lançando um novo alerta que rompa a inércia política frente ao tema do número insuficiente de leitos agora denominados *efetivos*. Ou seja, o argumento do leito efetivo e a dramatização dos números existentes frente à necessidade da população projetaria uma retomada possível, quiçá, do tema no âmbito da agenda política, dependendo da nossa estratégia comunicativa para tratar o tema.

Dentro dessa ideia de dar novo potencial ao debate da insuficiência, o Capítulo da análise da oferta vai, na sua conclusão, em direção à construção desses argumentos de efetividade do disposto ou existente hoje e projetado na reavaliação dos próprios números. Se nosso déficit já era grande utilizando os padrões assistenciais adotados pela experiência internacional como configuração de critérios, ele se torna muito maior, mais dramático quando se usa esse filtro do critério do leito efetivo existente. Então, parece que esse é um recurso argumentativo chave para a disputa política.

Finalmente, no capítulo da análise da oferta, emerge outra questão muito importante que é a maneira como percebemos a função de atores estratégicos e o nosso olhar se dirigiu à

possibilidade de encontrar na administração pública estadual o ator chave para representar esse nexo entre as realidades locais e regionais, essas diversas e complexas realidades que compõem os estados, expressas no mosaico das regiões de saúde propostas a partir do Decreto Presidencial 7508/2011 que trata da regionalização. Nessa configuração de regiões, o desafio é construir organicamente a resposta do âmbito hospitalar, sistêmica à organização das redes regionais, enquanto redes de atenção e linhas integradas de cuidado e, dentro dessa perspectiva, uma horizontalização da resposta hospitalar.

Para que isso possa ocorrer há que desenhar estratégias onde o hospital seja visto de uma forma articulada e articuladora das redes regionais de atenção a saúde, que é um tema que foi colocado no Capítulo 1, mas que contem no Capítulo 2, nessa análise da complexidade da oferta, uma questão chave, que é assumir uma aposta em atores capazes de liderar esse processo e onde os estados possam se constituir, no âmbito da regionalização, em um ator fundamental, um mediador dos processos entre municípios, frente à própria administração do estado como um todo e diante das disposições organizativas gerais do Governo Federal, no que tange à saúde e à oferta hospitalar.

Portanto, esse ator estadual, que é uma aposta nesse contexto de regionalização e na configuração dos sistemas regionais ou redes regionais estaduais, dentro do marco nacional, é valorizado primariamente pelo peso da sua condição de prestador, gerando então uma caracterização do peso dos estados em 4 grupos, onde o peso assistencial da sua condição prestadora é destacado. E, sobretudo quando se faz a análise da condição prestadora a partir do volume de leitos efetivos, o que torna em geral o estado muito mais preponderante no ordenamento da oferta. Daí deriva-se a uma ideia de projetá-lo não só como prestador, mas como aquele que, sendo ordenador, reitor da oferta, assume essa condição com maior ou menor força na medida em que exerce uma condição de prestação mais qualificada em rede e, portanto, detentora de um potencial de organização funcional das redes assistenciais.

Os quatro grupos de estados, formados por critérios que podem ser refinados, e o mapeamento das alianças preferenciais no contexto de cada território estadual e depois em cada uma das regiões dos estados, no que diz respeito às alianças com os outros elementos prestadores efetivos públicos, formando um primeiro bloco de soma com as capacidades municipais e federais em termos de efetividade, e logo projetado no fiel da balança dos privados, que frequentemente será a oferta dos filantrópicos.

Os filantrópicos, portanto, se tornam o fiel da balança em vários estados devido ao peso, esse é o critério que utilizamos, do seu aporte em termos de leitos efetivos, que seriam

aqueles leitos em torno dos quais poderíamos construir uma ideia sistêmica de reorganização, difusão, integração de redes hospitalares, nas redes assistenciais regionais.

Portanto, a análise da oferta com esse elemento de ordem política, no sentido de fazer emergir um ator estratégico, no caso as administrações estaduais, implica aproximar essas administrações estaduais a um debate realmente capaz de compor horizonte estratégico, então, o que sustenta a aposta nos planos diretores hospitalares por estado e suas regiões. A configuração desses planos no âmbito de cada região de saúde dos estados, ao mesmo tempo incide na exigência de compor capacidades de comunidades de conhecimento, comunidades epistêmicas, em torno a esse esforço, compondo uma inteligência dentro do quadro dos estados para lidar com o tema e dialogar com os vários atores / gestores municipais e prestadores em geral, incluindo-os no esforço de compor essas comunidades de conhecimento e essa inteligência de caráter estratégico e operativo. A qualificação via essas comunidades de conhecimento, seria o caminho para apropriar e superar os limites e impasses do debate sobre a reforma hospitalar, analisados no Capítulo 3.

Insistimos na complexidade que encerra esse panorama da oferta como algo que reflete uma revisão realista de elementos conceituais e também de informações de dados e, embora apresentados no capítulo 2 de uma forma descritiva, permitiriam a partir desse ponto e futuramente uma análise mais refinada sobre as dinâmicas de consumo projetadas e oferta necessária configurando respostas adequadas e capazes de gerar equidade entre e dentro dos territórios sociais.

O detalhamento dos dados expostos no capítulo 2 materializa uma dimensão de elementos argumentativos para alimentar uma agenda política, que tomem em uma esfera de alta política decisões capazes de sustentar a resposta a essa complexidade.

Como conclusões, o percurso dos trabalhos desta tese construíram os seguintes argumentos:

1.As necessidades comparadas nos autorizam a projetar uma demanda de 4 leitos por mil habitantes como demanda presente projetada no futuro, posto que o déficit que este parâmetro estabelece hoje é de 519.120 leitos se considerarmos que os 1.48/1000 habitantes leitos SUS disponíveis hoje de fato são efetivos para os 206.000.000 de usuários, ou 808.000 leitos se usarmos o critério de leitos efetivos como aqueles instalados apenas em estabelecimentos de mais de 100 camas ou seja 0.7/1000 habitantes. O estudo da oferta entre 2005 e 2014 mostrou que diminuímos o estoque de leitos existentes e no SUS perdemos quase

39 mil leitos em 10 anos, ainda que tenhamos acrescentado 18.000 leitos públicos estatais. Mas o tamanho médio dos hospitais caiu, e o problema é que não estamos crescendo em oferta quantitativa nem em estrutura hospitalar organizada e efetiva.

Projetada para 2042, a população maior de 60 anos será de 57.000.000 de pessoas. Estamos caminhando para um colapso anunciado. Em algum momento teremos que reagir sob pressão, mas estamos perdendo o tempo de fazer isto de forma racional e a um custo possível de distribuir no tempo. Temos 25 anos críticos pela frente.

Aumentando 1.000.000 de pessoas / ano significa 4000 leitos de déficit /ano, para uma adição de leitos públicos na ultima década de apenas 18.000, não temos como contar apenas com o modesto crescimento estatal para dar resposta a este desafio.

Esses 18.000 leitos representam um incrementalismo vácuo, pois não temos uma meta capaz de equilibrar o déficit que vai se acumulando de forma continuada e que já afeta a saúde suplementar. No baixo ritmo incremental que adotamos no setor público estatal demoraríamos 100 anos para construir mais 180.000 leitos quando precisamos hoje mais de 500.000.

“O Problema dos pobres no Brasil é que só tem amigos pobres”, frase que reflete a maneira como os que detêm recursos de poder e dinheiro se movem na sociedade, revela o problema desvelado por Hart em 1971 ao conceber a ideia da Inverse Care Law sobre o fato de que no *National Health Service* inglês, havia uma enorme desigualdade em que os mais ricos se utilizavam do sistema universal em franca vantagem sobre os mais pobres, especialmente no acesso aos serviços especializados e hospitalares (Hart, 1971).

A crítica de Hart teve enorme repercussão e colocou o tema das desigualdades e iniquidades na pauta do sistema da Inglaterra (Watt, 2002).

No caso do debate do sistema hospitalar brasileiro cabe esta discussão para avaliar justamente a forma como se distribuem os hospitais no território social do País, concentrados nas áreas mais ricas das capitais, mas mantendo uma relação de centro – periferia nessas mesmas cidades, nas regiões metropolitanas e na relação capital – interior.

A desigualdade naturalizada autorizou o incrementalismo moroso que se observa na política hospitalar da ultima década, onde as insuficiências do realizado terminam por cristalizar a retração da oferta e a ausência de uma mudança estratégica que responda aos déficits que vão se acumulando. É possível que a crise econômica faça voltar à agenda política o debate sobre o colapso hospitalar, especialmente com o regresso progressivo da chamada Classe C ao universo do SUS.

Enfrentar a desigualdade implica então empoderar atores sociais e políticos que tomem consciência desta necessidade e para tanto a bandeira dos 4 leitos /1000 se transforma em tema de potencial decisão política. Esgrimido com argumentos técnicos e científicos , em particular relançados com o enfoque dos leitos efetivos e sua distribuição nos territórios sociais, pode tornar-se fator de aglutinação de forças políticas e movimentos sociais.

2. Para tanto torna-se fundamental empoderar os atores interessados mediante a constituição de comunidades epistêmicas, em torno ao papel do hospital no sistema e a necessidade dos leitos hospitalares para garantia do direito a saúde, evidentemente que não suficiente se isolado, mas fundamental na organização de redes regionalizadas de atenção.

Cabe aqui reforçar a aposta no protagonismo dos Estados como reitores e provedores estratégicos de atenção efetiva e pensar estratégias específicas para o cenário de cada estado e região nos estados.

O projeto de planos diretores de redes hospitalares, pode gerar o espaço de diálogo entre prestadores, corpo de profissionais – especialmente médicos – e usuários em torno a uma materialidade de demandas estruturadas a serem consideradas no planejamento e implementação das políticas hospitalares.

3. Aprofundar a análise dos impactos positivos e negativos das políticas de incentivos e contratualização dos hospitais brasileiros, pode ajudar as limitações identificadas na constituição de uma totalidade para sustentar a implementação e possível correção do disposto em torno a PNHOSP, ajudando a superar o ponto morto em que se encontra.

4. Precisariíamos materializar em espaços públicos o alcance da crise hospitalar, com as formas e dimensões de sua solução, para tanto os conhecimentos e os números que permitem interpretar a realidade devem se tornar conhecidos e entendidos em seus contextos regionais, criando novos referenciais para o debate público.

5. A continuidade dos trabalhos que compõem esta tese demandam pesquisar sobre a oferta hospitalar existente, nos estados e regiões, com vistas a superar os limites dos bancos de dados secundários – CNES, SIH e SIA. Ao mesmo tempo se trabalha o aperfeiçoamento do desenho e utilização / atualização desses bancos.

6. A conexão, em ambiente de redes cooperativas de pesquisas nacionais e internacionais, poderá ser o caminho para sintonizar o debate da reforma hospitalar brasileira com os desafios, fracassos e avanços da política hospitalar em sistemas universais e integrais de saúde organizados em redes regionais.

Anexos

Anexo 1 - NÚMERO E PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SUS, POR PORTE.

BRASIL, REGIÃO E UF, 2014

Dados Seleccionados sobre a Rede SUS -

Número e Percentual de Estabelecimentos de Saúde Cadastrados no SUS, por Porte. Brasil, Região e UF, 2014.

Abrangência Geográfica	Estabelecimento por Porte														Total	
	<=19 LEITOS		20 A 49 LEITOS		50 A 99 LEITOS		100 A 149 LEITOS		150 A 199 LEITOS		200 A 499 LEITOS		>=500 LEITOS			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DF	10	33,3	3	10,0	2	6,7	3	10,0	2	6,7	8	26,7	2	6,7	30	100,0
GO	112	37,5	125	41,8	47	15,7	6	2,0	5	1,7	4	1,3	0	0,0	299	100,0
MS	42	48,8	24	27,9	11	12,8	4	4,7	3	3,5	2	2,3	0	0,0	86	100,0
MT	30	25,9	57	49,1	20	17,2	6	5,2	2	1,7	1	0,9	0	0,0	116	100,0
R. Centro Oeste	194	36,5	209	39,4	80	15,1	19	3,6	12	2,3	15	2,8	2	0,4	531	100,0
AL	19	22,6	36	42,9	13	15,5	6	7,1	8	9,5	2	2,4	0	0,0	84	100,0
BA	93	19,5	244	51,0	97	20,3	22	4,6	14	2,9	6	1,3	2	0,4	478	100,0
CE	65	25,9	95	37,8	59	23,5	14	5,6	6	2,4	12	4,8	0	0,0	251	100,0
MA	60	24,8	112	46,3	46	19,0	14	5,8	3	1,2	7	2,9	0	0,0	242	100,0
PB	40	28,4	53	37,6	26	18,4	15	10,6	6	4,3	1	0,7	0	0,0	141	100,0
PE	74	27,9	89	33,6	55	20,8	25	9,4	11	4,2	8	3,0	3	1,1	265	100,0
PI	61	36,5	81	48,5	15	9,0	4	2,4	3	1,8	3	1,8	0	0,0	167	100,0
RN	58	36,5	71	44,7	18	11,3	6	3,8	4	2,5	2	1,3	0	0,0	159	100,0
SE	20	44,4	9	20,0	10	22,2	1	2,2	2	4,4	3	6,7	0	0,0	45	100,0
R. Nordeste	490	26,7	790	43,1	339	18,5	107	5,8	57	3,1	44	2,4	5	0,3	1.832	100,0
AC	8	29,6	11	40,7	6	22,2	1	3,7	0	0,0	1	3,7	0	0,0	27	100,0
AM	15	15,6	47	49,0	23	24,0	7	7,3	2	2,1	2	2,1	0	0,0	96	100,0
AP	1	8,3	5	41,7	2	16,7	3	25,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12	100,0
PA	25	12,3	100	49,0	59	28,9	11	5,4	4	2,0	5	2,5	0	0,0	204	100,0
RO	19	31,1	26	42,6	9	14,8	5	8,2	1	1,6	1	1,6	0	0,0	61	100,0
RR	7	43,8	6	37,5	1	6,3	0	0,0	0	0,0	2	12,5	0	0,0	16	100,0
TO	16	32,7	20	40,8	11	22,4	0	0,0	0	0,0	2	4,1	0	0,0	49	100,0
R. Norte	91	19,6	215	46,2	111	23,9	27	5,8	8	1,7	13	2,8	0	0,0	465	100,0
ES	8	9,4	35	41,2	24	28,2	11	12,9	4	4,7	3	3,5	0	0,0	85	100,0
MG	103	19,8	239	46,0	120	23,1	28	5,4	13	2,5	16	3,1	1	0,2	520	100,0
RJ	26	9,7	60	22,3	91	33,8	42	15,6	18	6,7	32	11,9	0	0,0	269	100,0
SP	129	20,3	188	29,6	137	21,5	63	9,9	46	7,2	63	9,9	10	1,6	636	100,0
R. Sudeste	266	17,6	522	34,6	372	24,6	144	9,5	81	5,4	114	7,5	11	0,7	1.510	100,0
PR	98	25,3	177	45,7	67	17,3	24	6,2	11	2,8	9	2,3	1	0,3	387	100,0
RS	44	13,8	146	45,8	73	22,9	27	8,5	14	4,4	12	3,8	3	0,9	319	100,0
SC	30	15,5	91	46,9	46	23,7	13	6,7	8	4,1	6	3,1	0	0,0	194	100,0
R. Sul	172	19,1	414	46,0	186	20,7	64	7,1	33	3,7	27	3,0	4	0,4	900	100,0
Brasil	1.213	23,2	2.150	41,0	1.088	20,8	361	6,9	191	3,6	213	4,1	22	0,4	5.238	100,0

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical

Anexo 2 - NÚMERO E PERCENTUAL DE ESTABELECIMENTOS CADASTRADOS NO SUS, POR PORTE E NATUREZA JURÍDICA. BRASIL, REGIÃO E UF SELECIONADAS, 2014

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica								Total		
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%		Privado	%
CENTRO OESTE	DF	<=19 LEITOS	0	-	1	10,0	0	-	2	20,0	7	70,0	10
	DF	20 A 49 LEITOS	0	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	-	3
	DF	50 A 99 LEITOS	0	-	2	100,0	0	-	0	-	0	-	2
	DF	100 A 149 LEITOS	0	-	3	100,0	0	-	0	-	0	-	3
	DF	150 A 199 LEITOS	0	-	1	50,0	1	50,0	0	-	0	-	2
	DF	200 A 499 LEITOS	0	-	7	87,5	0	-	1	12,5	0	-	8
	DF	>=500 LEITOS	0	-	2	100,0	0	-	0	-	0	-	2
	DF Total		0	-	17	56,7	2	6,7	4	13,3	7	23,3	30
	GO	<=19 LEITOS	77	68,8	0	-	0	-	4	3,6	31	27,7	112
	GO	20 A 49 LEITOS	65	52,0	2	1,6	0	-	14	11,2	44	35,2	125
	GO	50 A 99 LEITOS	22	46,8	6	12,8	0	-	4	8,5	15	31,9	47
	GO	100 A 149 LEITOS	0	-	1	16,7	0	-	3	50,0	2	33,3	6
	GO	150 A 199 LEITOS	0	-	2	40,0	0	-	2	40,0	1	20,0	5
	GO	200 A 499 LEITOS	0	-	0	-	1	25,0	3	75,0	0	-	4
	GO	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	GO Total		164	54,8	11	3,7	1	0,3	30	10,0	93	31,1	299
	MS	<=19 LEITOS	25	59,5	0	-	0	-	15	35,7	2	4,8	42
	MS	20 A 49 LEITOS	5	20,8	0	-	0	-	17	70,8	2	8,3	24
	MS	50 A 99 LEITOS	5	45,5	0	-	0	-	6	54,5	0	-	11
	MS	100 A 149 LEITOS	1	25,0	0	-	1	25,0	2	50,0	0	-	4
	MS	150 A 199 LEITOS	0	-	0	-	1	33,3	2	66,7	0	-	3
	MS	200 A 499 LEITOS	0	-	1	50,0	0	-	1	50,0	0	-	2
	MS	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	MS Total		36	41,9	1	1,2	2	2,3	43	50,0	4	4,7	86
	MT	<=19 LEITOS	14	46,7	0	-	0	-	1	3,3	15	50,0	30
	MT	20 A 49 LEITOS	32	56,1	1	1,8	0	-	8	14,0	16	28,1	57
	MT	50 A 99 LEITOS	4	20,0	5	25,0	1	5,0	8	40,0	2	10,0	20
	MT	100 A 149 LEITOS	1	16,7	2	33,3	0	-	3	50,0	0	-	6
	MT	150 A 199 LEITOS	0	-	0	-	0	-	2	100,0	0	-	2
	MT	200 A 499 LEITOS	1	100,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1
	MT	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	MT Total		52	44,8	8	6,9	1	0,9	22	19,0	33	28,4	116

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
NORDESTE	PB	<=19 LEITOS	15	42,9	3	8,6	0	-	5	14,3	12	34,3	35
	PB	20 A 49 LEITOS	23	52,3	8	18,2	1	2,3	8	18,2	4	9,1	44
	PB	50 A 99 LEITOS	6	28,6	7	33,3	0	-	7	33,3	1	4,8	21
	PB	100 A 149 LEITOS	1	9,1	5	45,5	1	9,1	2	18,2	2	18,2	11
	PB	150 A 199 LEITOS	1	20,0	2	40,0	0	-	0	-	2	40,0	5
	PB	200 A 499 LEITOS	0	-	0	-	1	100,0	0	-	0	-	1
	PB	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	PB Total		46	39,3	25	21,4	3	2,6	22	18,8	21	17,9	117
	PE	<=19 LEITOS	0	-	2	13,3	0	-	3	20,0	10	66,7	15
	PE	20 A 49 LEITOS	0	-	2	11,8	0	-	5	29,4	10	58,8	17
	PE	50 A 99 LEITOS	1	3,2	11	35,5	0	-	5	16,1	14	45,2	31
	PE	100 A 149 LEITOS	0	-	9	37,5	1	4,2	11	45,8	3	12,5	24
	PE	150 A 199 LEITOS	0	-	5	45,5	0	-	2	18,2	4	36,4	11
	PE	200 A 499 LEITOS	0	-	5	62,5	1	12,5	2	25,0	0	-	8
	PE	>=500 LEITOS	0	-	2	66,7	0	-	1	33,3	0	-	3
	PE Total		1	0,9	36	33,0	2	1,8	29	26,6	41	37,6	109
	PI	<=19 LEITOS	16	51,6	3	9,7	0	-	1	3,2	11	35,5	31
	PI	20 A 49 LEITOS	11	20,4	16	29,6	0	-	5	9,3	22	40,7	54
	PI	50 A 99 LEITOS	2	15,4	8	61,5	0	-	1	7,7	2	15,4	13
	PI	100 A 149 LEITOS	0	-	3	75,0	0	-	0	-	1	25,0	4
	PI	150 A 199 LEITOS	0	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	0	-	3
	PI	200 A 499 LEITOS	0	-	2	100,0	0	-	0	-	0	-	2
	PI	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	PI Total		29	27,1	33	30,8	1	0,9	8	7,5	36	33,6	107
	RN	<=19 LEITOS	15	57,7	0	-	0	-	6	23,1	5	19,2	26
	RN	20 A 49 LEITOS	23	39,7	13	22,4	0	-	16	27,6	6	10,3	58
	RN	50 A 99 LEITOS	1	6,3	7	43,8	1	6,3	5	31,3	2	12,5	16
	RN	100 A 149 LEITOS	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,6	0	-	7
	RN	150 A 199 LEITOS	0	-	2	66,7	0	-	1	33,3	0	-	3
	RN	200 A 499 LEITOS	0	-	1	50,0	1	50,0	0	-	0	-	2
	RN	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RN Total		40	35,7	26	23,2	3	2,7	30	26,8	13	11,6	112

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantrópico	%	Privado	%	
NORDESTE	SE	<=19 LEITOS	55	79,7	2	2,9	0	-	5	7,2	7	10,1	69
	SE	20 A 49 LEITOS	160	95,2	4	2,4	0	-	4	2,4	0	-	168
	SE	50 A 99 LEITOS	29	74,4	2	5,1	0	-	7	17,9	1	2,6	39
	SE	100 A 149 LEITOS	6	85,7	0	-	1	14,3	0	-	0	-	7
	SE	150 A 199 LEITOS	1	33,3	0	-	0	-	1	33,3	1	33,3	3
	SE	200 A 499 LEITOS	0	-	1	33,3	0	-	2	66,7	0	-	3
	SE	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	SE Total		251	86,9	9	3,1	1	0,3	19	6,6	9	3,1	289
NORTE	AC	<=19 LEITOS	48	85,7	8	14,3	0	-	0	-	0	-	56
	AC	20 A 49 LEITOS	79	87,8	10	11,1	0	-	1	1,1	0	-	90
	AC	50 A 99 LEITOS	26	81,3	5	15,6	0	-	1	3,1	0	-	32
	AC	100 A 149 LEITOS	3	75,0	1	25,0	0	-	0	-	0	-	4
	AC	150 A 199 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	AC	200 A 499 LEITOS	1	50,0	1	50,0	0	-	0	-	0	-	2
	AC	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	AC Total		157	85,3	25	13,6	0	-	2	1,1	0	-	184
	AM	<=19 LEITOS	51	77,3	12	18,2	0	-	0	-	3	4,5	66
	AM	20 A 49 LEITOS	89	68,5	38	29,2	1	0,8	0	-	2	1,5	130
	AM	50 A 99 LEITOS	32	62,7	14	27,5	1	2,0	2	3,9	2	3,9	51
	AM	100 A 149 LEITOS	8	61,5	3	23,1	1	7,7	1	7,7	0	-	13
	AM	150 A 199 LEITOS	2	50,0	2	50,0	0	-	0	-	0	-	4
	AM	200 A 499 LEITOS	1	33,3	2	66,7	0	-	0	-	0	-	3
	AM	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	AM Total		183	68,5	71	26,6	3	1,1	3	1,1	7	2,6	267
	AP	<=19 LEITOS	20	95,2	1	4,8	0	-	0	-	0	-	21
	AP	20 A 49 LEITOS	32	88,9	4	11,1	0	-	0	-	0	-	36
	AP	50 A 99 LEITOS	11	84,6	2	15,4	0	-	0	-	0	-	13
	AP	100 A 149 LEITOS	5	62,5	2	25,0	0	-	1	12,5	0	-	8
	AP	150 A 199 LEITOS	2	66,7	1	33,3	0	-	0	-	0	-	3
	AP	200 A 499 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	AP	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	AP Total		70	86,4	10	12,3	0	-	1	1,2	0	-	81

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
NORTE	PA	<=19 LEITOS	59	85,5	2	2,9	0	-	0	-	8	11,6	69
	PA	20 A 49 LEITOS	72	71,3	3	3,0	2	2,0	3	3,0	21	20,8	101
	PA	50 A 99 LEITOS	25	41,0	7	11,5	0	-	12	19,7	17	27,9	61
	PA	100 A 149 LEITOS	1	9,1	2	18,2	0	-	3	27,3	5	45,5	11
	PA	150 A 199 LEITOS	0	-	1	33,3	0	-	1	33,3	1	33,3	3
	PA	200 A 499 LEITOS	0	-	3	75,0	1	25,0	0	-	0	-	4
	PA	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	PA Total		157	63,1	18	7,2	3	1,2	19	7,6	52	20,9	249
	RO	<=19 LEITOS	46	92,0	0	-	0	-	0	-	4	8,0	50
	RO	20 A 49 LEITOS	38	92,7	3	7,3	0	-	0	-	0	-	41
	RO	50 A 99 LEITOS	4	57,1	1	14,3	0	-	2	28,6	0	-	7
	RO	100 A 149 LEITOS	0	-	3	75,0	0	-	0	-	1	25,0	4
	RO	150 A 199 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RO	200 A 499 LEITOS	1	50,0	1	50,0	0	-	0	-	0	-	2
	RO	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RO Total		89	85,6	8	7,7	0	-	2	1,9	5	4,8	104
	RR	<=19 LEITOS	47	87,0	7	13,0	0	-	0	-	0	-	54
	RR	20 A 49 LEITOS	36	85,7	5	11,9	0	-	0	-	1	2,4	42
	RR	50 A 99 LEITOS	3	100,0	0	-	0	-	0	-	0	-	3
	RR	100 A 149 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RR	150 A 199 LEITOS	1	100,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1
	RR	200 A 499 LEITOS	0	-	2	100,0	0	-	0	-	0	-	2
	RR	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RR Total		87	85,3	14	13,7	0	-	0	-	1	1,0	102
	TO	<=19 LEITOS	6	100,0	0	-	0	-	0	-	0	-	6
	TO	20 A 49 LEITOS	1	10,0	9	90,0	0	-	0	-	0	-	10
	TO	50 A 99 LEITOS	0	-	8	88,9	0	-	1	11,1	0	-	9
	TO	100 A 149 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	TO	150 A 199 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	TO	200 A 499 LEITOS	0	-	2	100,0	0	-	0	-	0	-	2
	TO	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	TO Total		7	25,9	19	70,4	0	-	1	3,7	0	-	27

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado

lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
SUDESTE	ES	<=19 LEITOS	53	93,0	0	-	0	-	0	-	4	7,0	57
	ES	20 A 49 LEITOS	72	72,7	4	4,0	0	-	19	19,2	4	4,0	99
	ES	50 A 99 LEITOS	12	35,3	6	17,6	0	-	16	47,1	0	-	34
	ES	100 A 149 LEITOS	5	33,3	4	26,7	0	-	6	40,0	0	-	15
	ES	150 A 199 LEITOS	1	20,0	3	60,0	0	-	1	20,0	0	-	5
	ES	200 A 499 LEITOS	0	-	1	33,3	1	33,3	0	-	1	33,3	3
	ES	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	ES Total		143	67,1	18	8,5	1	0,5	42	19,7	9	4,2	213
	MG	<=19 LEITOS	17	21,8	1	1,3	0	-	44	56,4	16	20,5	78
	MG	20 A 49 LEITOS	13	6,4	0	-	0	-	169	83,7	20	9,9	202
	MG	50 A 99 LEITOS	4	3,6	6	5,4	0	-	95	85,6	6	5,4	111
	MG	100 A 149 LEITOS	1	4,3	6	26,1	1	4,3	14	60,9	1	4,3	23
	MG	150 A 199 LEITOS	2	14,3	3	21,4	0	-	8	57,1	1	7,1	14
	MG	200 A 499 LEITOS	2	13,3	3	20,0	3	20,0	6	40,0	1	6,7	15
	MG	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	1	100,0	0	-	1
	MG Total		39	8,8	19	4,3	4	0,9	337	75,9	45	10,1	444
	RJ	<=19 LEITOS	8	28,6	4	14,3	2	7,1	2	7,1	12	42,9	28
	RJ	20 A 49 LEITOS	10	23,8	3	7,1	1	2,4	20	47,6	8	19,0	42
	RJ	50 A 99 LEITOS	5	8,9	14	25,0	4	7,1	23	41,1	10	17,9	56
	RJ	100 A 149 LEITOS	0	-	6	20,0	3	10,0	12	40,0	9	30,0	30
	RJ	150 A 199 LEITOS	0	-	3	21,4	3	21,4	4	28,6	4	28,6	14
	RJ	200 A 499 LEITOS	1	4,3	5	21,7	8	34,8	1	4,3	8	34,8	23
	RJ	>=500 LEITOS	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0
	RJ Total		24	12,4	35	18,1	21	10,9	62	32,1	51	26,4	193
	SP	<=19 LEITOS	4	5,2	9	11,7	0	-	57	74,0	7	9,1	77
	SP	20 A 49 LEITOS	8	5,0	7	4,4	0	-	143	89,9	1	0,6	159
	SP	50 A 99 LEITOS	2	1,8	16	14,2	0	-	92	81,4	3	2,7	113
	SP	100 A 149 LEITOS	1	1,9	12	22,6	0	-	40	75,5	0	-	53
	SP	150 A 199 LEITOS	0	-	13	38,2	0	-	18	52,9	3	8,8	34
	SP	200 A 499 LEITOS	0	-	32	57,1	0	-	20	35,7	4	7,1	56
	SP	>=500 LEITOS	0	-	3	33,3	0	-	5	55,6	1	11,1	9
	SP Total		15	3,0	92	18,4	0	-	375	74,9	19	3,8	501

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Estabelecimentos Cadastrados no SUS, por Porte e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
SUL	PR	<=19 LEITOS	42	48,3	0	-	0	-	10	11,5	35	40,2	87
	PR	20 A 49 LEITOS	50	32,3	4	2,6	1	0,6	56	36,1	44	28,4	155
	PR	50 A 99 LEITOS	13	19,1	6	8,8	0	-	37	54,4	12	17,6	68
	PR	100 A 149 LEITOS	6	24,0	1	4,0	0	-	16	64,0	2	8,0	25
	PR	150 A 199 LEITOS	1	9,1	3	27,3	0	-	5	45,5	2	18,2	11
	PR	200 A 499 LEITOS	3	25,0	1	8,3	0	-	5	41,7	3	25,0	12
	PR	>=500 LEITOS	0	-	0	-	1	100,0	0	-	0	-	1
	PR Total		115	32,0	15	4,2	2	0,6	129	35,9	98	27,3	359
	RS	<=19 LEITOS	6	18,2	0	-	0	-	25	75,8	2	6,1	33
	RS	20 A 49 LEITOS	28	17,4	0	-	0	-	125	77,6	8	5,0	161
	RS	50 A 99 LEITOS	40	36,7	1	0,9	0	-	68	62,4	0	-	109
	RS	100 A 149 LEITOS	12	31,6	2	5,3	1	2,6	23	60,5	0	-	38
	RS	150 A 199 LEITOS	4	25,0	0	-	2	12,5	10	62,5	0	-	16
	RS	200 A 499 LEITOS	10	50,0	0	-	2	10,0	7	35,0	1	5,0	20
	RS	>=500 LEITOS	0	-	0	-	2	66,7	1	33,3	0	-	3
	RS Total		100	26,3	3	0,8	7	1,8	259	68,2	11	2,9	380
	SC	<=19 LEITOS	56	71,8	0	-	0	-	18	23,1	4	5,1	78
	SC	20 A 49 LEITOS	37	31,4	2	1,7	0	-	68	57,6	11	9,3	118
	SC	50 A 99 LEITOS	26	38,8	6	9,0	0	-	34	50,7	1	1,5	67
	SC	100 A 149 LEITOS	11	45,8	3	12,5	0	-	10	41,7	0	-	24
	SC	150 A 199 LEITOS	12	60,0	4	20,0	1	5,0	3	15,0	0	-	20
	SC	200 A 499 LEITOS	7	58,3	2	16,7	0	-	3	25,0	0	-	12
	SC	>=500 LEITOS	1	100,0	0	-	0	-	0	-	0	-	1
	SC Total		150	46,9	17	5,3	1	0,3	136	42,5	16	5,0	320
Brasil	<=19 LEITOS	695	57,3	56	4,6	2	0,2	203	16,7	257	21,2	1213	
	20 A 49 LEITOS	962	44,7	163	7,6	7	0,3	734	34,1	284	13,2	2150	
	50 A 99 LEITOS	300	27,6	166	15,3	7	0,6	498	45,8	117	10,8	1088	
	100 A 149 LEITOS	66	18,3	84	23,3	11	3,0	170	47,1	30	8,3	361	
	150 A 199 LEITOS	28	14,7	56	29,3	13	6,8	69	36,1	25	13,1	191	
	200 A 499 LEITOS	28	13,1	85	39,9	21	9,9	56	26,3	23	10,8	213	
	>=500 LEITOS	1	4,5	8	36,4	3	13,6	9	40,9	1	4,5	22	
	Total Geral BRASIL		2.080	39,7	618	11,8	64	1,2	1.739	33,2	737	14,1	5238

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Anexo 3 - NÚMERO DE LEITOS SUS, POR PORTE DO ESTABELECIMENTO E NATUREZA JURÍDICA. BRASIL, REGIÃO E UF, 2014

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
CENTRO OESTE	DF	<=19 LEITOS	-	-	13	24,5	-	-	4	7,5	36	67,9	53
	DF	20 A 49 LEITOS	-	-	22	18,8	47	40,2	48	41,0	-	-	117
	DF	50 A 99 LEITOS	-	-	108	100,0	-	-	-	-	-	-	108
	DF	100 A 149 LEITOS	-	-	356	100,0	-	-	-	-	-	-	356
	DF	150 A 199 LEITOS	-	-	155	45,1	189	54,9	-	-	-	-	344
	DF	200 A 499 LEITOS	-	-	2.030	89,6	-	-	236	10,4	-	-	2.266
	DF	>=500 LEITOS	-	-	1.336	100,0	-	-	-	-	-	-	1.336
	DF Total		-	-	4.020	87,8	236	5,2	288	6,3	36	0,8	4.580
	GO	<=19 LEITOS	1.164	75,3	-	-	-	-	55	3,6	327	21,2	1.546
	GO	20 A 49 LEITOS	1.848	49,8	50	1,3	-	-	448	12,1	1.368	36,8	3.714
	GO	50 A 99 LEITOS	1.271	42,9	439	14,8	-	-	251	8,5	1.003	33,8	2.964
	GO	100 A 149 LEITOS	-	-	101	14,9	-	-	355	52,4	222	32,7	678
	GO	150 A 199 LEITOS	-	-	370	40,6	-	-	381	41,8	160	17,6	911
	GO	200 A 499 LEITOS	-	-	-	-	287	25,4	844	74,6	-	-	1.131
	GO	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	GO Total		4.283	39,1	960	8,8	287	2,6	2.334	21,3	3.080	28,1	10.944
	MS	<=19 LEITOS	273	60,7	-	-	-	-	162	36,0	15	3,3	450
	MS	20 A 49 LEITOS	140	18,1	-	-	-	-	581	75,1	53	6,8	774
	MS	50 A 99 LEITOS	359	46,7	-	-	-	-	409	53,3	-	-	768
	MS	100 A 149 LEITOS	104	21,6	-	-	137	28,4	241	50,0	-	-	482
	MS	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	190	34,6	359	65,4	-	-	549
	MS	200 A 499 LEITOS	-	-	248	34,8	-	-	464	65,2	-	-	712
	MS	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MS Total		876	23,5	248	6,6	327	8,8	2.216	59,3	68	1,8	3.735
	MT	<=19 LEITOS	222	54,1	-	-	-	-	16	3,9	172	42,0	410
	MT	20 A 49 LEITOS	903	54,3	27	1,6	-	-	265	15,9	467	28,1	1.662
	MT	50 A 99 LEITOS	274	20,6	295	22,1	92	6,9	564	42,3	107	8,0	1.332
	MT	100 A 149 LEITOS	114	16,1	232	32,8	-	-	361	51,1	-	-	707
	MT	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	-	-	350	100,0	-	-	350
	MT	200 A 499 LEITOS	271	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	271
	MT	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MT Total		1.784	37,7	554	11,7	92	1,9	1.556	32,9	746	15,8	4.732

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
NORDESTE	AL	<=19 LEITOS	160	84,7	-	-	-	-	-	-	29	15,3	189
	AL	20 A 49 LEITOS	820	62,8	247	18,9	-	-	-	-	239	18,3	1.306
	AL	50 A 99 LEITOS	52	5,4	178	18,4	-	-	274	28,4	462	47,8	966
	AL	100 A 149 LEITOS	106	16,5	-	-	-	-	417	64,9	120	18,7	643
	AL	150 A 199 LEITOS	-	-	160	12,0	170	12,8	339	25,5	663	49,8	1.332
	AL	200 A 499 LEITOS	-	-	240	53,0	-	-	-	-	213	47,0	453
	AL	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AL Total		1.138	23,3	825	16,9	170	3,5	1.030	21,1	1.726	35,3	4.889
	BA	<=19 LEITOS	756	68,4	5	0,5	-	-	22	2,0	322	29,1	1.105
	BA	20 A 49 LEITOS	4.988	63,6	137	1,7	-	-	1.296	16,5	1.418	18,1	7.839
	BA	50 A 99 LEITOS	1.793	28,1	1.147	18,0	-	-	2.729	42,8	708	11,1	6.377
	BA	100 A 149 LEITOS	667	25,4	974	37,1	-	-	881	33,6	100	3,8	2.622
	BA	150 A 199 LEITOS	160	6,6	1.046	43,3	390	16,1	668	27,6	154	6,4	2.418
	BA	200 A 499 LEITOS	-	-	1.287	85,3	-	-	222	14,7	-	-	1.509
	BA	>=500 LEITOS	-	-	546	35,7	-	-	985	64,3	-	-	1.531
	BA Total		8.364	35,7	5.142	22,0	390	1,7	6.803	29,1	2.702	11,5	23.401
	CE	<=19 LEITOS	703	84,0	-	-	-	-	34	4,1	100	11,9	837
	CE	20 A 49 LEITOS	2.426	81,5	-	-	-	-	366	12,3	186	6,2	2.978
	CE	50 A 99 LEITOS	1.659	42,0	86	2,2	-	-	1.761	44,6	442	11,2	3.948
	CE	100 A 149 LEITOS	319	19,5	121	7,4	-	-	929	56,8	267	16,3	1.636
	CE	150 A 199 LEITOS	-	-	383	37,4	161	15,7	319	31,2	161	15,7	1.024
	CE	200 A 499 LEITOS	428	12,2	1.693	48,3	233	6,7	948	27,1	200	5,7	3.502
	CE	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CE Total		5.535	39,7	2.283	16,4	394	2,8	4.357	31,3	1.356	9,7	13.925
	MA	<=19 LEITOS	777	89,3	-	-	-	-	-	-	93	10,7	870
	MA	20 A 49 LEITOS	2.846	78,9	402	11,1	-	-	176	4,9	183	5,1	3.607
	MA	50 A 99 LEITOS	1.998	67,9	437	14,9	-	-	93	3,2	414	14,1	2.942
	MA	100 A 149 LEITOS	924	56,9	423	26,1	-	-	276	17,0	-	-	1.623
	MA	150 A 199 LEITOS	363	70,3	153	29,7	-	-	-	-	-	-	516
	MA	200 A 499 LEITOS	358	16,3	202	9,2	488	22,2	393	17,9	760	34,5	2.201
	MA	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	MA Total		7.266	61,8	1.617	13,8	488	4,2	938	8,0	1.450	12,3	11.759

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
NORDESTE	PB	<=19 LEITOS	272	61,5	55	12,4	-	-	74	16,7	41	9,3	442
	PB	20 A 49 LEITOS	1.023	60,7	306	18,2	26	1,5	213	12,6	116	6,9	1.684
	PB	50 A 99 LEITOS	652	37,6	478	27,6	-	-	542	31,2	63	3,6	1.735
	PB	100 A 149 LEITOS	587	31,9	559	30,4	145	7,9	287	15,6	261	14,2	1.839
	PB	150 A 199 LEITOS	341	34,1	337	33,7	-	-	-	-	322	32,2	1.000
	PB	200 A 499 LEITOS	-	-	-	-	238	100,0	-	-	-	-	238
	PB	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PB Total		2.875	41,4	1.735	25,0	409	5,9	1.116	16,1	803	11,6	6.938
	PE	<=19 LEITOS	801	88,1	18	2,0	-	-	29	3,2	61	6,7	909
	PE	20 A 49 LEITOS	2.296	78,5	69	2,4	-	-	182	6,2	379	13,0	2.926
	PE	50 A 99 LEITOS	1.471	39,3	847	22,6	-	-	393	10,5	1.036	27,6	3.747
	PE	100 A 149 LEITOS	125	4,0	1.118	36,2	100	3,2	1.401	45,4	345	11,2	3.089
	PE	150 A 199 LEITOS	-	-	878	47,2	-	-	357	19,2	625	33,6	1.860
	PE	200 A 499 LEITOS	-	-	1.560	65,8	373	15,7	438	18,5	-	-	2.371
	PE	>=500 LEITOS	-	-	1.354	60,3	-	-	892	39,7	-	-	2.246
	PE Total		4.693	27,4	5.844	34,1	473	2,8	3.692	21,5	2.446	14,3	17.148
	PI	<=19 LEITOS	492	71,5	38	5,5	-	-	11	1,6	147	21,4	688
	PI	20 A 49 LEITOS	1.098	41,9	577	22,0	-	-	179	6,8	768	29,3	2.622
	PI	50 A 99 LEITOS	275	25,3	627	57,8	-	-	65	6,0	118	10,9	1.085
	PI	100 A 149 LEITOS	-	-	386	78,0	-	-	-	-	109	22,0	495
	PI	150 A 199 LEITOS	-	-	190	35,6	150	28,1	193	36,2	-	-	533
	PI	200 A 499 LEITOS	260	32,0	553	68,0	-	-	-	-	-	-	813
	PI	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PI Total		2.125	34,1	2.371	38,0	150	2,4	448	7,2	1.142	18,3	6.236
	RN	<=19 LEITOS	598	82,6	-	-	-	-	98	13,5	28	3,9	724
	RN	20 A 49 LEITOS	998	46,8	450	21,1	-	-	497	23,3	188	8,8	2.133
	RN	50 A 99 LEITOS	156	13,4	489	42,1	51	4,4	347	29,9	118	10,2	1.161
	RN	100 A 149 LEITOS	-	-	371	51,9	100	14,0	244	34,1	-	-	715
	RN	150 A 199 LEITOS	160	24,5	332	50,9	-	-	160	24,5	-	-	652
	RN	200 A 499 LEITOS	-	-	214	50,1	213	49,9	-	-	-	-	427
	RN	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RN Total		1.912	32,9	1.856	31,9	364	6,3	1.346	23,2	334	5,7	5.812

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento

FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantrópico	%	Privado	%	
NORDESTE	SE	<=19 LEITOS	81	56,3	14	9,7	-	-	23	16,0	26	18,1	144
	SE	20 A 49 LEITOS	27	8,6	148	47,3	-	-	138	44,1	-	-	313
	SE	50 A 99 LEITOS	-	-	150	21,9	-	-	454	66,4	80	11,7	684
	SE	100 A 149 LEITOS	-	-	-	-	117	100,0	-	-	-	-	117
	SE	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	-	-	151	48,6	160	51,4	311
	SE	200 A 499 LEITOS	-	-	478	51,2	-	-	455	48,8	-	-	933
	SE	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SE Total		108	4,3	790	31,6	117	4,7	1.221	48,8	266	10,6	2.502
NORTE	AC	<=19 LEITOS	-	-	108	100,0	-	-	-	-	-	-	108
	AC	20 A 49 LEITOS	-	-	305	86,9	-	-	46	13,1	-	-	351
	AC	50 A 99 LEITOS	-	-	323	79,8	-	-	82	20,2	-	-	405
	AC	100 A 149 LEITOS	-	-	128	100,0	-	-	-	-	-	-	128
	AC	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AC	200 A 499 LEITOS	-	-	219	100,0	-	-	-	-	-	-	219
	AC	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AC Total		-	-	1.083	89,4	-	-	128	10,6	-	-	1.211
	AM	<=19 LEITOS	-	-	185	87,7	-	-	-	-	26	12,3	211
	AM	20 A 49 LEITOS	225	16,7	1.047	77,6	32	2,4	-	-	45	3,3	1.349
	AM	50 A 99 LEITOS	345	22,0	941	59,9	59	3,8	110	7,0	116	7,4	1.571
	AM	100 A 149 LEITOS	211	27,6	324	42,4	103	13,5	127	16,6	-	-	765
	AM	150 A 199 LEITOS	-	-	329	100,0	-	-	-	-	-	-	329
	AM	200 A 499 LEITOS	-	-	488	100,0	-	-	-	-	-	-	488
	AM	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AM Total		781	16,6	3.314	70,3	194	4,1	237	5,0	187	4,0	4.713
	AP	<=19 LEITOS	-	-	10	100,0	-	-	-	-	-	-	10
	AP	20 A 49 LEITOS	34	19,0	145	81,0	-	-	-	-	-	-	179
	AP	50 A 99 LEITOS	-	-	181	100,0	-	-	-	-	-	-	181
	AP	100 A 149 LEITOS	-	-	250	70,0	-	-	107	30,0	-	-	357
	AP	150 A 199 LEITOS	-	-	173	100,0	-	-	-	-	-	-	173
	AP	200 A 499 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AP	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	AP Total		34	3,8	759	84,3	-	-	107	11,9	-	-	900

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
NORTE	PA	<=19 LEITOS	217	73,1	23	7,7	-	-	-	-	57	19,2	297
	PA	20 A 49 LEITOS	2.160	67,1	129	4,0	59	1,8	131	4,1	738	22,9	3.217
	PA	50 A 99 LEITOS	1.463	36,5	467	11,7	-	-	899	22,5	1.174	29,3	4.003
	PA	100 A 149 LEITOS	146	11,0	244	18,4	-	-	349	26,3	589	44,4	1.328
	PA	150 A 199 LEITOS	198	28,4	165	23,7	-	-	168	24,1	166	23,8	697
	PA	200 A 499 LEITOS	220	18,9	726	62,5	215	18,5	-	-	-	-	1.161
	PA	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	PA Total		4.404	41,1	1.754	16,4	274	2,6	1.547	14,5	2.724	25,5	10.703
	RO	<=19 LEITOS	204	85,0	-	-	-	-	-	-	36	15,0	240
	RO	20 A 49 LEITOS	850	89,5	100	10,5	-	-	-	-	-	-	950
	RO	50 A 99 LEITOS	440	65,8	92	13,8	-	-	137	20,5	-	-	669
	RO	100 A 149 LEITOS	120	19,0	411	65,1	-	-	-	-	100	15,8	631
	RO	150 A 199 LEITOS	188	-	-	-	-	-	-	-	-	-	188
	RO	200 A 499 LEITOS	-	-	454	100,0	-	-	-	-	-	-	454
	RO	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RO Total		1.802	57,5	1.057	33,7	-	-	137	4,4	136	4,3	3.132
	RR	<=19 LEITOS	-	-	88	100,0	-	-	-	-	-	-	88
	RR	20 A 49 LEITOS	-	-	123	73,7	-	-	-	-	44	26,3	167
	RR	50 A 99 LEITOS	89	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	89
	RR	100 A 149 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RR	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RR	200 A 499 LEITOS	-	-	487	100,0	-	-	-	-	-	-	487
	RR	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RR Total		89	10,7	698	84,0	-	-	-	-	44	5,3	831
	TO	<=19 LEITOS	125	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	125
	TO	20 A 49 LEITOS	337	53,7	290	46,3	-	-	-	-	-	-	627
	TO	50 A 99 LEITOS	116	14,7	582	73,7	-	-	92	11,6	-	-	790
	TO	100 A 149 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TO	150 A 199 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TO	200 A 499 LEITOS	-	-	569	100,0	-	-	-	-	-	-	569
	TO	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	TO Total		578	27,4	1.441	68,3	-	-	92	4,4	-	-	2.111

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantrópico	%	Privado	%	
SUDESTE	ES	<=19 LEITOS	52	59,1	-	-	-	-	-	-	36	40,9	88
	ES	20 A 49 LEITOS	218	18,8	101	8,7	-	-	681	58,9	157	13,6	1.157
	ES	50 A 99 LEITOS	117	7,4	505	31,8	-	-	966	60,8	-	-	1.588
	ES	100 A 149 LEITOS	102	7,5	510	37,5	-	-	747	55,0	-	-	1.359
	ES	150 A 199 LEITOS	-	-	516	73,5	-	-	186	26,5	-	-	702
	ES	200 A 499 LEITOS	-	-	220	25,6	280	32,6	-	-	360	41,9	860
	ES	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	ES Total		489	8,5	1.852	32,2	280	4,9	2.580	44,8	553	9,6	5.754
	MG	<=19 LEITOS	543	40,4	18	1,3	-	-	653	48,6	130	9,7	1.344
	MG	20 A 49 LEITOS	1.523	19,3	-	-	-	-	5.783	73,1	600	7,6	7.906
	MG	50 A 99 LEITOS	880	10,9	507	6,3	-	-	6.234	77,1	461	5,7	8.082
	MG	100 A 149 LEITOS	717	20,9	773	22,5	148	4,3	1.684	49,0	115	3,3	3.437
	MG	150 A 199 LEITOS	170	7,8	517	23,6	-	-	1.351	61,7	150	6,9	2.188
	MG	200 A 499 LEITOS	877	17,4	1.064	21,1	1.121	22,2	1.683	33,3	304	6,0	5.049
	MG	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	940	100,0	-	-	940
	MG Total		4.710	16,3	2.879	9,9	1.269	4,4	18.328	63,3	1.760	6,1	28.946
	RJ	<=19 LEITOS	71	27,1	31	11,8	24	9,2	12	4,6	124	47,3	262
	RJ	20 A 49 LEITOS	1.012	47,9	92	4,4	31	1,5	743	35,2	233	11,0	2.111
	RJ	50 A 99 LEITOS	2.809	43,4	1.074	16,6	284	4,4	1.581	24,5	718	11,1	6.466
	RJ	100 A 149 LEITOS	1.373	27,7	726	14,6	367	7,4	1.427	28,8	1.068	21,5	4.961
	RJ	150 A 199 LEITOS	646	21,7	487	16,3	518	17,4	656	22,0	675	22,6	2.982
	RJ	200 A 499 LEITOS	2.625	29,4	1.527	17,1	2.350	26,4	392	4,4	2.024	22,7	8.918
	RJ	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	RJ Total		8.536	33,2	3.937	15,3	3.574	13,9	4.811	18,7	4.842	18,8	25.700
	SP	<=19 LEITOS	690	46,1	115	7,7	-	-	653	43,6	39	2,6	1.497
	SP	20 A 49 LEITOS	1.307	20,7	269	4,3	-	-	4.721	74,7	20	0,3	6.317
	SP	50 A 99 LEITOS	1.903	19,4	1.176	12,0	-	-	6.589	67,0	164	1,7	9.832
	SP	100 A 149 LEITOS	1.413	18,1	1.523	19,5	-	-	4.860	62,3	-	-	7.796
	SP	150 A 199 LEITOS	2.047	25,5	2.262	28,2	-	-	3.184	39,6	538	6,7	8.031
	SP	200 A 499 LEITOS	1.792	10,5	8.694	50,7	-	-	5.320	31,0	1.329	7,8	17.135
	SP	>=500 LEITOS	512	7,5	2.459	36,2	-	-	3.313	48,8	503	7,4	6.787
	SP Total		9.664	16,8	16.498	28,7	-	-	28.640	49,9	2.593	4,5	57.395

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantrópico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Nº e Percentual de Leitos Cadastrados no SUS, por Porte do Estabelecimento e Natureza Jurídica. Brasil, Região e UF, 2014.

Região	UF	Porte do Hospital	Natureza Jurídica										Total
			Municipal	%	Estadual	%	Federal	%	Filantropico	%	Privado	%	
SUL	PR	<=19 LEITOS	744	58,2	-	-	-	-	113	8,8	421	32,9	1.278
	PR	20 A 49 LEITOS	2.000	36,5	130	2,4	42	0,8	1.879	34,3	1.432	26,1	5.483
	PR	50 A 99 LEITOS	769	16,7	523	11,3	-	-	2.512	54,4	810	17,6	4.614
	PR	100 A 149 LEITOS	573	20,7	138	5,0	-	-	1.835	66,4	217	7,9	2.763
	PR	150 A 199 LEITOS	192	10,4	492	26,6	-	-	857	46,4	307	16,6	1.848
	PR	200 A 499 LEITOS	-	-	263	9,3	-	-	1.536	54,3	1.028	36,4	2.827
	PR	>=500 LEITOS	-	-	-	-	501	100,0	-	-	-	-	501
	PR Total		4.278	22,1	1.546	8,0	543	2,8	8.732	45,2	4.215	21,8	19.314
	RS	<=19 LEITOS	245	45,4	-	-	-	-	281	52,0	14	2,6	540
	RS	20 A 49 LEITOS	392	8,3	-	-	-	-	4.107	86,5	247	5,2	4.746
	RS	50 A 99 LEITOS	302	6,1	94	1,9	-	-	4.589	92,1	-	-	4.985
	RS	100 A 149 LEITOS	147	4,5	258	7,8	126	3,8	2.757	83,9	-	-	3.288
	RS	150 A 199 LEITOS	313	13,4	-	-	348	14,9	1.670	71,6	-	-	2.331
	RS	200 A 499 LEITOS	460	13,7	-	-	473	14,1	2.229	66,3	200	5,9	3.362
	RS	>=500 LEITOS	-	-	-	-	1.807	74,8	609	25,2	-	-	2.416
	RS Total		1.859	8,6	352	1,6	2.754	12,7	16.242	75,0	461	2,1	21.668
	SC	<=19 LEITOS	105	27,0	-	-	-	-	263	67,6	21	5,4	389
	SC	20 A 49 LEITOS	299	10,3	73	2,5	-	-	2.244	77,0	299	10,3	2.915
	SC	50 A 99 LEITOS	335	10,3	524	16,1	-	-	2.345	72,0	54	1,7	3.258
	SC	100 A 149 LEITOS	-	-	350	22,0	-	-	1.243	78,0	-	-	1.593
	SC	150 A 199 LEITOS	-	-	692	49,1	190	13,5	526	37,4	-	-	1.408
	SC	200 A 499 LEITOS	231	15,8	542	37,1	-	-	688	47,1	-	-	1.461
	SC	>=500 LEITOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	SC Total		970	8,8	2.181	19,8	190	1,7	7.309	66,3	374	3,4	11.024
Brasil	<=19 LEITOS		9.295	62,6	721	4,9	24	0,2	2.503	16,9	2.301	15,5	14.844
	20 A 49 LEITOS		29.770	43,1	5.239	7,6	237	0,3	24.724	35,8	9.180	13,3	69.150
	50 A 99 LEITOS		19.528	26,3	12.270	16,5	486	0,7	34.018	45,8	8.048	10,8	74.350
	100 A 149 LEITOS		7.748	17,8	10.276	23,7	1.343	3,1	20.528	47,3	3.513	8,1	43.408
	150 A 199 LEITOS		4.778	14,6	9.637	29,5	2.306	7,1	11.875	36,3	4.081	12,5	32.677
	200 A 499 LEITOS		7.522	12,6	23.758	39,7	6.271	10,5	15.848	26,5	6.418	10,7	59.817
	>=500 LEITOS		512	3,2	5.695	36,1	2.308	14,6	6.739	42,8	503	3,2	15.757
	Total Geral BRASIL		79.153	25,5	67.596	21,8	12.975	4,2	116.235	37,5	34.044	11,0	310.003

Fonte: Tabwin/CNES - dez 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. *Estabelecimento com 1 ou mais leitos SUS cadastrados no CNES. Estabelecimento FILANTROPICO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES com "Filantropico" e "sem fins lucrativos". Estabelecimento PRIVADO: Soma dos estabelecimentos cadastrados no CNES como "privado lucrativo simples"; "privado lucrativo" e "Sindical"

Anexo 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS LEITOS DE UTI (SUS), POR TIPO, E PARTICIPAÇÃO PROPORCIONAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE LEITOS SUS. BRASIL, REGIÃO E UF, 2014

ERO DE LEITOS SUS, POR PORTE DO ESTABELECIMENTO E NATUREZA JURÍDICA. BRASIL, REGIÃO E UF, 2014

UF/Região	LEITOS DE UTI POR TIPO											TOTAL - LEITOS DE UTI (SUS)	TOTAL - LEITOS SUS	% Leitos de UTI/Total de Leitos
	ADULTO - TIPO I	ADULTO - TIPO II	ADULTO - TIPO III	PEDIATRIC A - TIPO I	PEDIATRIC A - TIPO II	PEDIATRIC A - TIPO III	NEONATA L - TIPO I	NEONATA L - TIPO II	NEONATA L - TIPO III	QUEIMADOS	CORONARIAN A TIPO II - UCO TIPO II			
DF	-	124	54	-	29	11	-	35	51	6	-	310	4.580	6,77
GO	22	370	-	8	85	-	-	105	-	5	20	615	10.944	5,62
MS	-	101	57	-	23	10	-	36	8	-	10	245	3.735	6,56
MT	3	157	14	-	24	-	-	72	-	-	-	270	4.732	5,71
C. OESTE	25	752	125	8	161	21	-	248	59	11	30	1.440	23.991	6,00
AL	36	119	10	-	18	9	-	62	9	-	-	263	4.889	5,38
BA	-	624	31	-	100	4	-	185	-	4	27	975	23.401	4,17
CE	26	325	-	10	79	-	-	155	-	-	27	622	13.925	4,47
MA	-	205	31	-	33	16	-	132	-	-	-	417	11.759	3,55
PB	37	184	2	20	26	-	4	49	-	6	5	333	6.938	4,80
PE	-	627	86	-	81	22	-	106	18	2	18	960	17.148	5,60
PI	14	85	13	-	20	2	-	37	-	-	-	171	6.236	2,74
RN	4	162	19	-	28	-	-	79	-	-	-	292	5.812	5,02
SE	12	124	10	-	17	3	4	7	54	-	-	231	2.502	9,23
NORDESTE	129	2.455	202	30	402	56	8	812	81	12	77	4.264	92.610	4,60
AC	-	30	-	-	11	-	-	15	-	-	-	56	1.211	4,62
AM	11	132	-	-	55	-	-	59	-	-	-	257	4.713	5,45
AP	8	4	-	-	5	-	-	9	-	-	-	26	900	2,89
PA	7	202	-	-	61	-	-	101	6	2	10	389	10.703	3,63
RO	-	129	-	-	18	-	-	13	-	-	-	160	3.132	5,11
RR	-	17	-	-	5	-	-	8	-	-	-	30	831	3,61
TO	-	73	-	-	11	-	-	38	-	12	-	134	2.111	6,35
NORTE	26	587	-	-	166	-	-	243	6	14	10	1.052	23.601	4,46
ES	11	232	-	-	18	-	-	90	-	12	10	373	5.754	6,48
MG	11	1.678	60	-	155	35	-	516	20	20	30	2.525	28.946	8,72
RJ	223	564	129	53	56	16	16	240	41	10	-	1.348	25.700	5,25
SP	176	2.021	1.050	27	424	292	12	822	313	73	6	5.216	57.395	9,09
SUDESTE	421	4.495	1.239	80	653	343	28	1.668	374	115	46	9.462	117.795	8,03
PR	9	847	146	-	94	61	-	317	68	10	12	1.564	19.314	8,10
RS	28	632	294	-	106	74	-	274	80	4	-	1.492	21.668	6,89
SC	13	374	20	8	73	3	-	137	7	8	-	643	11.024	5,83
SUL	50	1.853	460	8	273	138	-	728	155	22	12	3.699	52.006	7,11
BRASIL	651	10.142	2.026	126	1.655	558	36	3.699	675	174	175	19.917	310.003	6,42

Fonte: Tabwin/CNES – comp. 12/2014. *Excluídos os complementares : Unidade intermediária (UI); UI neonatal; Unidade isolamento; UTI; Unidade de cuidados intermed (UCI) neonatal convencional; UCI neonatal canguru; UCI pediátrico; UCI adulto. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado

Anexo 5 - RELAÇÃO LEITO/1.000 HAB, NÚMERO E PERCENTUAL DE LEITOS (SUS), POR ESPECIALIDADES. BRASIL, REGIÃO E UF, 2014

Relação Leito/1.000 Hab. Número e Percentual de Leitos (SUS), por Especialidades. Brasil, Região e UF, 2014.

UF	População 2014	Leitos SUS/1.000 hab.	Nº de estabel. com leito SUS	Nº de Leitos SUS (excluídos complementares)	Especialidade dos Leitos							Total Geral de leitos (incluso complementares)
					1-Cirúrgico	2-Clínico	3-Complementar	4-Obstétrico	5-Pediátrico	6-Outras Especialidades	7-Hospital/DIA	
DF	2.852.372	1,6	30	4.580	1.593	1.540	403	590	576	238	43	4.983
GO	6.523.222	1,7	299	10.944	2.561	3.655	834	1.373	1.617	1.589	149	11.778
MS	2.619.657	1,4	86	3.735	980	1.126	367	633	562	366	68	4.102
MT	3.224.357	1,5	116	4.732	1.277	1.605	358	725	831	273	21	5.090
C. OESTE	15.219.608	1,6	531	23.991	6.411	7.926	1.962	3.321	3.586	2.466	281	25.953
AL	3.321.730	1,5	84	4.889	1.055	1.296	430	880	842	792	24	5.319
BA	15.126.371	1,5	478	23.401	5.490	8.227	1.525	3.785	4.187	1.521	191	24.926
CE	8.842.791	1,6	251	13.925	3.358	4.646	1.031	2.150	2.468	1.027	276	14.956
MA	6.850.884	1,7	242	11.759	2.641	3.848	701	2.091	2.198	862	119	12.460
PB	3.943.885	1,8	141	6.938	1.571	2.378	536	1.130	1.176	628	55	7.474
PE	9.277.727	1,8	265	17.148	4.424	5.810	1.280	2.371	2.400	1.960	183	18.428
PI	3.194.718	2,0	167	6.236	1.444	2.228	324	1.090	1.127	228	119	6.560
RN	3.408.510	1,7	159	5.812	1.336	1.931	412	1.049	908	545	43	6.224
SE	2.219.574	1,1	45	2.502	725	759	299	416	291	300	11	2.801
NORDESTE	56.186.190	1,6	1.832	92.610	22.044	31.123	6.538	14.962	15.597	7.863	1.021	99.148
AC	790.101	1,5	27	1.211	248	497	95	178	181	104	3	1.306
AM	3.873.743	1,2	96	4.713	1.217	1.436	517	1.009	911	103	37	5.230
AP	750.912	1,2	12	900	186	295	36	185	207	27	-	936
PA	8.104.880	1,3	204	10.703	2.713	3.625	774	1.903	2.205	189	68	11.477
RO	1.748.531	1,8	61	3.132	703	1.333	214	462	543	85	6	3.346
RR	496.936	1,7	16	831	190	373	54	175	71	22	-	885
TO	1.496.880	1,4	49	2.111	635	669	216	379	378	44	6	2.327
NORTE	17.261.983	1,4	465	23.601	5.892	8.228	1.906	4.291	4.496	574	120	25.507
ES	3.885.049	1,5	85	5.754	1.640	1.970	493	763	725	567	89	6.247
MG	20.734.097	1,4	520	28.946	6.910	11.624	3.126	3.271	3.846	2.956	339	32.072
RJ	16.461.173	1,6	269	25.700	6.048	7.114	2.120	2.745	2.737	6.510	546	27.820
SP	44.035.304	1,3	636	57.395	13.551	16.313	6.654	5.820	5.755	14.218	1.738	64.049
SUDESTE	85.115.623	1,4	1.510	117.795	28.149	37.021	12.393	12.599	13.063	24.251	2.712	130.188
PR	11.081.692	1,7	387	19.314	4.498	6.669	1.959	2.429	2.702	2.577	439	21.273
RS	11.207.274	1,9	319	21.668	4.737	9.081	1.941	2.217	2.657	2.615	361	23.609
SC	6.727.148	1,6	194	11.024	2.772	4.459	880	1.268	1.168	1.249	108	11.904
SUL	29.016.114	1,8	900	52.006	12.007	20.209	4.780	5.914	6.527	6.441	908	56.786
BRASIL	202.799.518	1,5	5.238	310.003	74.503	104.507	27.579	41.087	43.269	41.595	5.042	337.582

Fonte: Tabwin/CNES – DEZ 2014. Excluídos os estabelecimentos sem registro de leito SUS no período selecionado. Leitos complementares: UNIDADE INTERMEDIARIA; UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL; UNIDADE ISOLAMENTO; UTI ADULTO - TIPO I; UTI ADULTO - TIPO II; UTI ADULTO - TIPO III; UTI PEDIATRICA - TIPO I; UTI PEDIATRICA - TIPO II; UTI PEDIATRICA - TIPO III; UTI NEONATAL - TIPO I; UTI NEONATAL - TIPO II; UTI NEONATAL - TIPO III; UTI DE QUEIMADOS.

Referências

Adler E, Hass PM. Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*. 1992;46(1):367-390.

Agência Nacional de Saúde Suplementar, ANS. Caderno de informação da saúde suplementar [recurso eletrônico]: beneficiários, Agência operadoras e planos. ANS: Rio de Janeiro. 2016;10(1).

Alexander TSWM. Innovations in inpatient flow and bed management: An action research project in a UK acute care hospital. *International Journal of Operations & Production Management*. 2015;35(5):751-781.

Almeida T. Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar. *Trabalhos Publicados pela D.O.H. Coletânea*. Rio de Janeiro: M.S.D.N.S. 1964.

American College of Emergency Physicians. America's Emergency Care Environment, A State-by-State Report Card. 2014 ed. Disponível em: <http://www.emreportcard.org/>

Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde promovido pelo Ministério da Saúde. Niterói: Fundação Municipal de Saúde; 1992.

Antunes JLF. Hospital. Instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras; 1991.

Associação Nacional de Hospitais Privados, ANAHP. Livro Branco, Brasil Saúde 2015. Disponível em:

http://anahp.com.br/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=89_a9bfa2dde0b7c6d02b6b0018fdb7c28b&Itemid=883.

Associação Nacional de Hospitais Privados, ANAHP. Observatório 2015. Disponível em: http://anahp.com.br/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=180_7909cb5cccd8de9f04033b4ecdb104d2&Itemid=988.

Bagust A, Place M, Posnett JW. Dynamics of bed use in accommodating emergency admissions: stochastic simulation model. *BMJ*. 1999 Jul 17;319(7203):155-8.

Bayley MD, Schwartz JS, Shofer FS, Weiner M, Sites FD, Traber KB, Hollander JE. The financial burden of emergency department congestion and hospital crowding for chest pain patients awaiting admission. *Ann Emerg Med*. 2005 Feb;45(2):110-7.

Bed capacity project reduces discharge, ED delays. *Hosp Case Manag*. 2010;18(7):103-5.

Best A, Greenhalgh T, Lewis S, Saul JE, Carroll S, Bitz J. Large-System Transformation in Health Care: A Realist Review. *The Milbank Quarterly*. 2012;90(3):421-456.

Bittar OJ, Nogueira V, Mendes JDV, Magalhães A. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP, 2011.

Bittencourt RJ. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

Blank JLT, Hulst B. Optimal administrative scale for planning public services: a social cost model applied to Flemish hospital care. *Int J Health Plann Mgmt*. 2015; 30:382-394.

Blüml V, Waldhör T, Kapusta ND, Vyssoki B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 european countries: a critical reconsideration of the penrose hypothesis. *PLoS ONE*. 2015;10(11):1-9.

Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011; 13(1):1-486.

Bradley VM. Placing emergency department crowding on the decision agenda. *J Emerg Nurs*. 2005 Jun;31(3):247-58.

Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Brand CA, Barker AL, Morello RT, Vitale MR, Evans SM, Scott IA et al. A review of hospital characteristics associated with improved performance. *Int J Qual Health Care*. 2012 Oct;24(5):483-94.

Brasil. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, Lei Complementar nº 1.243, de 30 de maio de 2014, Altera a Lei Complementar nº 846, de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas. São Paulo; 2014.

Brasil. Câmara dos Deputados. Subcomissão Especial destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde. In: Brasil. Brasília; 2012.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS. Roraima; 2011.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Diretrizes para a reorganização dos hospitais de pequeno porte- HPP proposta do CONASSE - nota técnica 12/2014. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS. Política Nacional de Atenção Hospitalar NOTA TÉCNICA 24 | 2013. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Conselho Secretários Municipais de Saúde, Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis. COSEMS, O cenário da atenção hospitalar no estado de São Paulo e no Brasil passa por um processo de transição prolongado, e ainda sem perspectiva de conclusão, decorrente de múltiplos fatores, que afetam hospitais públicos e privados. São Paulo; 2015.

Brasil. Lei nº 021 de 18 de julho de 2016, Dispõe sobre a regulamentação de transferência inter-hospitalar de pacientes no Município de Ruy Barbosa e dá outras providências. Diário Oficial de Ruy Barbosa, Bahia; 2016.

Brasil. Lei nº 82 de 14 de agosto de 2015, Constitui Grupo Técnico de Estudo de Desospitalização (GTED) com o objetivo de promover análise e estudos e propor medidas necessárias para identificar, mapear, redesenhar e aperfeiçoar, os principais processos e modalidades de desospitalização e reorganização da assistência em rede, e dá outras providências. Diário Oficial Poder Executivo. São Paulo; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Consulta pública nº 19, de 01 de novembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, 05 nov. 2012. Seção1:213.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 3036 de 18 de dezembro de 2008, Cadastra, altera e reclassifica o número de leitos da Unidade de Tratamento Intensivo-UTI. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº. 1287 de 22 de junho de 2012, Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Paraná e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria nº 312 de 02 de maio de 2002.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP - Proposta Preliminar. Federação dos Hospitais Filantrópicos de MG Belo Horizonte. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília; 2003a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Brasília; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 404 de 19 de novembro de 2009. Habilita os hospitais psiquiátricos à nova classificação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1789 de 25 de Agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa V do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Minas Gerais e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2238 de 29 de Dezembro de 2015. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.737 de 15 de Agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Rondônia e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.791 de 22 de agosto de 2012. Inclui e estabelece recursos financeiros para o hospital do Estado de Rondônia na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.797 de 26 de agosto de 2014. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Amazonas e Município de Manaus - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.797, de 26 de agosto de 2014. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Amazonas e Município de Manaus - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1044, de 01 de junho de 2004. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule 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. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1056 de 14 de outubro de 2014. Habilita e altera no âmbito das redes de atenção às urgências, número de leitos de unidade de tratamento intensivo de estabelecimentos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1187 de 23 de outubro de 2012. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Mato Grosso. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1256 de 25 de Junho de 2013. Aprova a Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1393 de 14 de dezembro de 2012. Fica habilitado, no âmbito das Redes de Atenção às Urgências, o número de leitos das Unidades de Tratamento Intensivo - UTI Tipo II, dos hospitais a seguir relacionados. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 27 de janeiro de 2014. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria nº 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1436 de 16 de dezembro de 2014. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Mato Grosso do Sul. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1493 de 18 de setembro de 2015. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Piauí, e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1506 de 18 de julho de 2014. Aprova o componente hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Rio

Grande do Sul e Municípios, e aloca recursos financeiros para a sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1506 de 18 de julho de 2014. Aprova o componente hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios, e aloca recursos financeiros para a sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559 de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1584 de 31 de julho de 2014. Aprova o componente Hospitalar da etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Alagoas e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação. Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600 de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1630 de 1º de outubro de 2015. Deduz, remaneja e incorpora recursos do Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1660 de 08 de agosto de 2013. Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Maranhão e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1663, de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Brasília; 2012b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1683 de 8 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa IV do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Minas Gerais e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1702, de 14 de agosto de 2004. Destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências. Brasília; 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1721, de 21 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1742 de 20 de agosto de 2013. Aprova a etapa II do plano de ação da rede de atenção às urgências do estado do Ceará e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1771 de 25 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e Municípios de Sergipe, aloca recursos financeiros para sua implantação e altera o

inciso II do art. 1º da Portaria nº 2.780/GM/MS, de 24 de novembro de 2011. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1790 de 25 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VI do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e Municípios de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1806 de 26 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Espírito Santo e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1808 de 26 de agosto de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 184 de 03 de julho de 2008. Institui o Programa de Fortalecimento, melhoria da qualidade e garantia de acesso a diversas especialidades da rede de assistência hospitalar de Alagoas - PROHOSP/especialidades define suas diretrizes e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 20 de 9 de janeiro de 2015. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Maranhão. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2201 de 03 de outubro de 2014. Aprova a alteração do Componente Hospitalar da Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 23 de 13 de janeiro de 2015. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Goiás. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2302 de 07 de outubro de 2013. Estabelece recursos financeiros destinados aos Hospitais Universitários Federais. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2354 de 10 de outubro de 2013. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Alagoas e do Município de Palmeira dos Índios (AL, Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011c.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2527 de 11 de novembro de 2014. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VIII do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e

Emergências do Estado de São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2941 de 04 de Dezembro de 2013. Aprova a Etapa IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação – Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.137 de 28 de dezembro de 2012. Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amapá e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.277 de 26 de dezembro de 2013. Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Acre e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 30 de 26 de fevereiro de 2014. Instituir, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES/MA, o Incentivo Estadual de Qualificação da Gestão Hospitalar - IEQGH para os Hospitais de Pequeno Porte, de 20 (vinte) leitos, construídos pelo Estado e entregues à Administração Municipal. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3007 de 26 de dezembro de 2012. Estabelece recurso financeiro para os hospitais do Estado de Pernambuco que aderiram à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 301 de 23 de março de 2016, Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial do Estado de Tocantins. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3124 de 17 de Dezembro de 2013. Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado da Paraná e do Município de Curitiba (PR) - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 330 de 17 de abril de 2014. Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Tocantins. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3390, de 30 de Dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 34 de 20 de fevereiro de 2014. Instituir o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos Hospitais da rede de Atenção da SES/DF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 38 de 18 de janeiro de 2013. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Sergipe. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 408 de 17 de abril de 2013. Habilita e exclui leitos da Unidade de Cuidados Intermediário. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 45 de 11 de janeiro de 2016. Redefine o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios de Pernambuco, e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde; Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529 de 17 de março de 2009. Inclui Hospitais dos Estados de Pernambuco, Piauí, Sergipe, Bahia e Tocantins na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e homologa o processo de adesão do Estado do Rio Grande do Sul na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 556 de 31 de março de 2016. Estabelece recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Piauí e do Município de Parnaíba. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 567 de 1º de abril de 2016. Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Pará - Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 577 de 1º de abril de 2016. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VI do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Maranhão e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 578 de 1º de abril de 2016. Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VII do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Maranhão e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 636 de 23 de abril de 2014. Aprova o componente hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 636 de 23 de abril de 2014. Aprova o componente hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 674 de 31 de julho de 2015. Habilita, no âmbito da Rede Cegonha, leitos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal - UTIN Tipo II e da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo do Hospital Regional Norte - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - Sobral/CE. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 682 de 24 de abril de 2013. Aprova a alteração da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Mato Grosso do Sul

e Municípios, e aloca recursos financeiros, Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 72 de 09 de janeiro de 2014. Aprova a etapa II do plano de ação da rede de atenção às urgências do estado da Bahia e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação. Bloco de atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 796 de 20 de abril de 2016. Estabelece recursos do bloco de atenção de média e alta complexidade a serem incorporados ao limite financeiro de média e alta complexidade do estado de Alagoas e do município de Arapiraca (AL). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. Brasília; 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 872 de 06 de junho de 2012. Define regras para o credenciamento de pessoas jurídicas para a presetação de serviços hospitalares de clínica médica e leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados oriundos de hospitais públicos da rede própria da Secretária da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 922 de 19 de agosto de 2013. Habilita no âmbito das Redes de Atenção às Urgências, o número de leitos das Unidades de Tratamento Intensivo - UTI Tipo II. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 104 de 14 de maio de 2012. Altera a Portaria n. 164 de 30 de Maio de 2008 que instituiu o Programa de Implementação da Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado de Alagoas - PROMATER, fixa suas diretrizes e dá outras providências. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Lei Complementar nº 55. Estabelece condições para construção de edificações destinadas à assistência médica com internação e normas de uso e ocupação do solo na V região administrativa, estabelece incentivos, com vistas à preparação para a copa do mundo em 2014 e jogos olímpicos e paraolímpicos em 2016. In: Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Especializada: Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília; 2004a.

Brasil. Núcleo de Gestão Compartilhada, Relatório gerencial do Projeto de Implantação dos Hospitais Regionais. Minas Gerais; 2014.

Brasil. Secretária de Estado da Casa Civil. Decreto nº 8037 de 18 de Novembro de 2013 - Institui a Rede de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás – Rede HUGO. Goiás; 2013.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde, Hospital de Pequeno Porte – HPP, Secretaria de Estado de saúde. Mato Grosso; 2015.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde, Resolução CIB/MT Nº 222 de 02 de Agosto de 2012, Dispõe sobre a pactuação para implantação do componente Sala de Estabilização - SE da Rede de Atenção às Urgências e habilitação de Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede Psicossocial do estado de Mato Grosso. Mato Grosso; 2012.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde. Resolução CIB/PE n. 2701 de 15 de Dezembro de 2014 - Aprova o remanejamento de leitos de retaguarda de Unidades Hospitalares da 1 Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco. Pernambuco; 2013.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde. Plano Estadual para Hospitais de Pequeno Porte - HPP - Esta proposta tem como base o critério de adesão voluntária e, tem um grande potencial de qualificar e humanizar a assistência, qualificar a gestão e a descentralização, além de trazer elementos que fortaleçam o monitoramento, a avaliação e controle das ações e recursos empregados pelo SUS. Paraíba; 2004.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde. Resolução CIB/MT N° 263 de 06 de Novembro de 2014 - Dispõe sobre projeto de implantação de dois leitos hospitalares no Hospital Municipal de General Carneiro para atender a rede de Atenção Psicossocial do município de General Carneiro, e projeto de implantação de três leitos hospitalares no Hospital Municipal Daercio Oliveira de Moraes para atender a Rede de Atenção Psicossocial do município de Nova Xavantina, Região de Saúde Garças Araguaia do estado de Mato Grosso. Mato Grosso; 2014.

Brasil. Secretária de Estado da Saúde. Resolução CIB/RJ n° 1782 de 10 de Maio de 2012, Pactua os Projetos Técnicos para Implantação de Serviços Hospitalares de Referência para Atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar, da rede de atenção psicossocial. Rio de Janeiro; 2012.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará. Plano de Ação para Rede Cegonha do Estado do Pará. Belém; 2014.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política Material Didático - Pedagógico de Educação Permanente da Fundação Estadual de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Sergipe; 2011.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Deliberação CIB-RJ n° 3145 de 03 de Setembro de 2014, Pactua proposta de regulação da oferta de consultas e procedimentos ambulatoriais dos hospitais e institutos federais com sede no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2014.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n° 2.237, de 09 de Dezembro de 2015, Aprova as Diretrizes, Objetivos e a Tipologia Hospitalar da Política Estadual de Atenção Hospitalar para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais. Minas Gerais; 2015.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Justificativa para contratação de serviços médicos especializados para atendimento nas unidades hospitalares da rede pública estadual. Espírito Santo; 2016.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Portaria n° 983 de 15 de Agosto de 2016 - Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial do Estado do Rio Grande do Norte. Rio Grande do Norte; 2016.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular. São Paulo: SES/SP, 2011. São Paulo; 2011.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Resolução n° 212/2014 de 09 de Setembro de 2014, Aprova "ad referendum" que todos os recursos financeiros da RUE destinados aos Hospitais Estaduais localizados em municípios com Comando Único sobre toda a rede de prestadores de serviços de saúde, sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. Espírito Santo; 2014.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Resolução SES nº 937 DE 30/05/2014, Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior, PAHI Municipal - Competência 2014 e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro; 2014.

Brasil. Secretária de Estado de Saúde. Resolução SES nº 938 DE 30/05/2014, Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior Regionais e fixa suas diretrizes. Rio de Janeiro; 2014.

Brasil. Senado Federal. Decreto nº 8674, de 04 de fevereiro de 1942. Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Brasília; 2014.

Brasil. Tribunal de Contas da União, TCU nº 021.160/2013 - Relatório de Levantamento. O presente levantamento operacional foi realizado com vistas à produção de diagnóstico sobre a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Tocantins. Tocantins; 2013.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Relatório de Levantamento, Processo: 020.297/2013-0. In: Brasil. Tribunal de Contas da União. Brasília; 2013.

Brasil. Tribunal de Contas de União. A deliberação ora embargada apreciou Relatório de Auditoria Operacional com o objetivo de avaliar as ações da Ebserh voltadas para melhoria da gestão e da infraestrutura dos Hospitais Universitários Federais (HUF), bem como a substituição dos terceirizados que atuam com vínculo precário nessas unidades hospitalares. Rio Grande do Norte; 2014.

Carmo, M. do. Hospitais de pequeno porte e rede de atenção à saúde: um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004 / 2014 [tese]. Belo Horizonte: Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12(6): 1– 291.

Chioro Reis AA. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de Contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2011.

Coelho I.B. Os Hospitais na Reforma Sanitária brasileira [tese]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto. 2013.

Colmenero M. The ritual of the lack of beds. *Medicina intensiva Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias*. 2011;35(3):139-42.

Comissão de Direitos Humanos e Minorias. CDHM. Situação dos Hospitais de Urgências Médicas do SUS. Relatório. Brasília : Câmara dos Deputados; 2015.

Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.077/14 - Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. In: Brasil; 2014.

Cunningham JB, Kernohan WG, Rush T. Bed occupancy, turnover interval and MRSA rates in Northern Ireland. *Br J Nurs*. 2006 Mar 23-Apr 12;15(6):324-8.

Decoster K, Hill P, Appelmans A. A Health Systems Research mapping exercise in 26 low- and middle-income countries: Narratives from health systems researchers, policy brokers and policy-makers. Belgium: Alliance for Health Policy and Systems Research; 2012.

- Došenović Bonča P, Tajnikar M. Measuring the impact of innovations on efficiency in complex hospital settings. *South East European Journal of Economics and Business*. 2015;10(2):45-54.
- Draibe SM. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. *Revista USP*. 1993;17:86-101.
- Elsayed S, Cosker TD, Grant A. Pressure for beds--does it put our orthopaedic patients at risk? *Injury*. 2005 Jan;36(1):86-7.
- Farmer RD, Emami J. Models for forecasting hospital bed requirements in the acute sector. *J Epidemiol Community Health*. 1990 Dec;44(4):307-12.
- Finlayson GS, Stewart D, Tate RB, MacWilliam L, Roos N. Anticipating change: how many acute care hospital beds will Manitoba regions need in 2020? *Can J Aging*. 2005 Spring;24(Suppl 1):33-40.
- Fuhrmann, NL. Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: a recente organização do Sistema Público de Saúde no Brasil. *Civitas – Revista de Ciências Sociais*. 2004; 4(1):111-131.
- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico Sanitária – AMS, 2009.
- García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12(4):1–295.
- Gibbs A, Pearse EJ, Sheehan JA, Meleady KT, Jayasinha H, Jones N. Estimating and projecting subacute care demand: findings from a review of international methods. *Australian Health Review* November. 2008; 32(4):778-785.
- Gilson L. Health Policy. A methodology reader. Alliance for Health Policy and Systems Research WHO. Geneva, 2012.
- Goldstein J, Keohane R. Ideas and foreign policy: beliefs, institutions and political change. Ithaca Cornell University Press: New York.1993.
- Gomes FG. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *Rev. Adm. Pública*. 2006; 40(2):201-234.
- Government Printing Office. 1940 Supplement to the Code of Federal Regulations of the United States of America. Washington: Government Printing Office; 1941.
- Guide de Gestion de L'URGENCE. Association Québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, Santé et Services sociaux:Québec;2006. Types de services offerts dans les urgencies;p.24-28.
- Guttmann A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ*. 2011;342:d2983.
- Haas, P.M. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. International Organization, Cambridge. 1992;46(1):1-35.
- Harrison GW, Shafer A, Mackay M. Modelling variability in hospital bed occupancy. *Health Care Manag Sci*. 2005 Nov;8(4):325-34.
- Hart JT. The Inverse Care Law . *Lancet*, 1971.; i:405-12.
- Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. *Health Systems in Transition* 2006; 8(5): 1–158.

- Hillier DF, Parry GJ, Shannon MW, Stack AM. The effect of hospital bed occupancy on throughput in the pediatric emergency department. *Ann Emerg Med.* 2009; 53(6):767-76.
- Hine C, Wood VA, Taylor S, Charny M. Do community hospitals reduce the use of district general hospital inpatient beds? *J R Soc Med.* 1996; 89(12): 681-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
- Jaana M, Teitelbaum M, Roffey T. It strategic planning in hospitals: from theory to practice. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014 Jul;30(3):289-97.
- Jatene AD. Expansão dos serviços de saúde nas áreas metropolitanas . Conferência Proferida na VII Conferência Nacional de Saúde 1980. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo . 1980.
- John A, Breen DP, Ghafar AA, Olphert T, Burke CM. Bed usage in a Dublin teaching hospital: a prospective audit. *Ir J Med Sci.* 2004 Jul-Sep;173(3):126-8.
- Jones R. Declining length of stay and future bed numbers. *British Journal of Healthcare Management.* 2015;21(9):440-441.
- Jones R. Emergency admissions and hospital beds. *British Journal of Health Care Management.* 2010;15(6): 289-296
- Jones R. Myths of ideal hospital size. *Med J Aust.* 2010 Sep 6;193(5):298-300.
- Jones R. Volatile inpatient costs: implications to CCG financial stability. *BJHCM.* 2012; 18(5): 251-258
- Jones RP. Myths of ideal hospital size. *Med J Aust.* 2010 Sep 6;193(5):298-300.
- Keegan AD. Hospital bed occupancy: more than queuing for a bed. *Med J Aust.* 2010 Sep 6;193(5):291-3.
- Kumar A, Mo J. Models for Bed Occupancy Management of a Hospital in Singapore. International Conference on Industrial Engineering and Operations Management Dhaka, Bangladesh; 2010.
- Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde. *LIGRESS. Observatório Nacional das Urgências.* Mimeo. São Paulo: LIGRESS; 2016.
- Langley SA, Fuller SP, Messina JP, Shortridge AM, Grady SC. A methodology for projecting hospital bed need: a Michigan case study. *Source Code Biol Med.* 2010 Mar; 25;5-4.
- Liew D, Liew D, Kennedy M. Emergency Department Length of Stay Independently Predicts Inpatient Length of Stay. *MJA* 2003; 179; 524-526
- Marchildon GP. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2005; 7(3):1-157
- McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy.* 2000 Oct;53(3):157-84.
- Mckee M, Healy J. European Observatory on Health Systems Series. Hospitals in a changing Europe; 2002.
- Mckee M. European Observatory on Health Systems and Policies. Reducing Hospital Beds – What are the lessons to be learned? Policy Brief n. 6; 2004.

- Monteiro MR. A influência do Districtal Hospital (EUA) nos Hospitais do Açúcar no Brasil: uma arquitetura singular em Alagoas nos anos 1950. In: Primeiro Encontro Nacional da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo;2010.
- Morin E. Meu Caminho. Editora Bertrand. Rio de Janeiro. 2010.
- Moskop JC, Sklar DP, Geiderman JM, Schears RM, Bookman KJ. Emergency department crowding, part 2--barriers to reform and strategies to overcome them. *Ann Emerg Med*. 2009 May;53(5):612-7.
- Mota AE, Bravo MI, Uchoa R, Nogueira, V, Marsiglia, R, Gomes, L, Teix, M. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. In: Behring, ER. Fundamentos da política Social, Editora Cortez; 2011.
- Negri Filho A. Reflexões Sobre Poder, Práxis E Hegemonia Na Experiência Da Rede Brasileira De Cooperação Em Emergências – RBCE. *REAd*. 1999;12(5):1-21.
- Negri Filho, AAD. UHC – Universal Health Coverage – avanço ou retrocesso na luta pelo direito humano à saúde? Uma contribuição ao debate político-ideológico da guerra de posições entre comunidades epistêmicas no campo da saúde global [dissertação]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro;2014.
- Nguyen JM, Six P, Chausalet T, Antonioli D, Lombrail P, Le Beux P. An objective method for bed capacity planning in a hospital department - a comparison with target ratio methods. *Methods Inf Med*. 2007; 46(4): 399-405.
- Núcleo de Contratualização, Grupo de Trabalho em Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte - HPP. Bahia; 2011.
- OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
- OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, 2013. [citado 2016 out. 08].
- OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, 2015.
- OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Series: Health at a Glance. OECD Publishing; 2015.
- Orendi J. Health-care organisation, hospital-bed occupancy, and MRSA. *Lancet*. 2008 Apr 26;371(9622):1401-2.
- Pereira JD, Silva SSS, Patriota LM. Políticas sociais no contexto neoliberal: focalização e desmonte dos direitos. *Qualit@s - Revista Eletrônica*.– Edição Especial. 2006;5(3):1-14.
- Phillips A, Smallwood L. Hospital beds and the quality of a national health system. *Aust J Rural Health*. 2010 Jun;18(3):93-5.
- Philp I, Mills KA, Thanvi B, Ghosh K, Long JF. Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *Int J Integr Care*. 2013 Dec 5;13:e048.
- Pochmann M, Barbosa A, Ponte JVA, Pereira MAN, Aldrin R. Atlas da Exclusão Social - agenda não liberal da inclusão social no Brasil. São Paulo: Cortez; 2005.
- Pollock AM, Dunnigan MG. Beds in the NHS. The National Bed Inquiry exposes contradictions in government policy. *BMJ*. 2000 Feb 19;320(7233):461-2.
- Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. Developing bed managers: the why and the how. *J Nurs Manag*. 2007; 15(1): 34-42.

- Proudlove NC, Gordon K, Boaden R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J*. 2003; 20(2):149-55.
- Rechel B, Wright S, Barlow J, McKee M. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bull World Health Organ*. 2010; 88(8): 632-6.
- Reis AAC. Entre a intenção e o ato: uma análise da política de Contratualização dos hospitais de ensino (2004-2010) [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2011.
- Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust*. 2006;184:213-6.
- Robb WB, O'Sullivan MJ, Brannigan AE, Bouchier-Hayes DJ. Are elective surgical operations cancelled due to increasing medical admissions? *Ir J Med Sci*. 2004 Jul-Sep; 173(3):129-32.
- Ryan et al. 23-hour care centre: changing the culture of care. *Aust J Adv Nurs*. 2005;22(4):8-13.
- Sader E, Gentili P (orgs.). Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. In: Anderson P. *Balanço do neoliberalismo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995, p. 9-23.
- SAS MS PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, abril de 2007
- Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals: reform strategies and the movement towards institutional autonomy. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2011
- Schweigler LM, Desmond JS, McCarthy ML, Bukowski KJ, Ionides EL, Younger JG. Forecasting models of emergency department crowding. *Acad Emerg Med*. 2009 Apr;16(4):301-8.
- Scott IA. Public hospital bed crisis: too few or too misused? *Aust Health Rev*. 2010 Aug;34(3):317-24.
- Scott IA. The NHHRC final report: view from the hospital sector. *MJA*, Volume 191 - Number 8, 19 October 2009.
- Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*. 2011; 13(1):1-486.
- Secretária da Saúde, Resolução nº 31/2013 - CIB/CE - Pactuar os critérios de seleção dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP, a serem beneficiados com os recursos do Tesouro do Estado. Ceára; 2013.
- Secretária de Estado da Saúde. Resolução CIB/RS n. 778/2014 - Regular a utilização do sistema denominado Painel de Gestão dos Contratos da Atenção e Secundária do SUS, por todas as áreas pertinentes da Secretaria Estadual da Saúde, em especial pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Gestão da Atenção Secundária e Terciária do SUS do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA/GAST), Divisão de Convênios e Contratos do Departamento Administrativo da Secretaria da Saúde (DA/DCC) e pelas Secretarias Municipais de Saúde em que assumiram a gestão dos serviços de Média e Alta Complexidade. Rio Grande do Sul; 2014.
- Secretária de Estado de Saúde. Manual do HOSPSUS Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. Paraná; 2011.

Secretária de Estado de Saúde. Portaria / SES / RS nº 404/2008 – Aprova os critérios gerais para a habilitação aos incentivos previstos na Ação de Apoio aos Hospitais Vinculados ao SUS, integrante do Programa Estruturante Saúde Perto de Você. Rio Grande do Sul; 2011.

Secretária de Estado de Saúde. Portaria RS/SES Nº 1303 DE 12/12/2014 - Institui as normas de Regulação Hospitalar dos leitos de saúde mental no RS. Rio Grande do Sul; 2014.

Secretária de Estado de Saúde. Portaria RS/SES Nº 1304 DE 12/12/2014: Aprova os critérios técnicos para planejamento, programação, elaboração e avaliação do funcionamento e da área física destinada aos leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, nos Hospitais Gerais. Rio Grande do Sul; 2014.

Secretária de Estado de Saúde. Resolução n. 064/14 – CIB/RS - Art. 1º - Instituir, no âmbito da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES – AST), o Incentivo de Cofinanciamento da Assistência Hospitalar – (PIES-IHOSP). Rio Grande do Sul; 2014.

Secretária de Estado de Saúde. Resolução n. 562/12 – CIB/RS - Define a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em hospitais gerais no Estado do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul; 2012.

Secretária de Estado de Saúde. Resolução nº 130/08 - CIB/ RS Resolução nº 130/08 - CIB/RS - Instituir, dentro do Programa de Apoio aos Hospitais Contratualizados, 500 incentivos financeiros para a Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental. Rio Grande do Sul.

Secretária de Estado de Saúde. Resolução nº 180/2016 Institui o incentivo de custeio e fixa as diretrizes para adesão à fase 3 do Programa HOSPSUS, destinada ao apoio e qualificação de Hospitais Municipais, Hospitais Privados Sem Fins Lucrativos (PSFL), Filantrópicos ou Fundações Públicas de Referência Local e Microrregional do Sistema Único de Saúde do Paraná (SUS/PR). Paraná; 2016.

Secretaria de Saúde da Bahia. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde da Bahia. Disponível em:

http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&id=8129%3Aorganograma&Itemid=3. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde da Paraíba. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba.

Disponível em: Acesso em: <http://portal.saude.pe.gov.br/organograma> em 19/09/2016. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Alagoas. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas.

Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/organogramases2016.png>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Goiás. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Disponível em: http://www.saude.go.gov.br/public/media/uploads/organograma_ses.pdf. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/institucional>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Minas Gerais. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/organograma>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Rio Grande do Norte. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7862&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=Hospitais+RN>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Roraima. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/theme-features/module-positions-3>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de São Paulo. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/sobre-a-ses/organograma>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde de Tocantins. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins. Disponível em: <http://saude.to.gov.br/institucional/organograma/>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Amazonas. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/organograma/Organograma_2008_atual_.pdf. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Ceará. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/a-secretaria/estrutura-organizacional>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Disponível em: Acesso em: <http://www.saude.df.gov.br/images/organograma%20da%20SES.pdf>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Espírito Santo. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Disponível em: <http://saude.es.gov.br/Media/sesa/Organograma/ORGANOGRAMA%20SESA.pdf>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Paraná. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/organograma_final_sesa.pdf. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.informacaoemsaude.rj.gov.br/busca-em-todo-conteudo-padrao.html?q=organograma>. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde; Rio Grande do Sul. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/236/Estrutura_da_Secretaria. Acesso em 2016 set 19.

Secretaria Estadual de Saúde do Amapá. Organograma da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Disponível em: <http://www.saude.ap.gov.br/dados.php?d=344&a=268>. Acesso em 2016 set 19.

Seematter-Bagnoud L, Fustinoni S, Dung DH, Santos-Eggimann B, Koehn V, Bize R. Comparison of different methods to forecast hospital bed needs. *European Geriatric Medicine*. 2015;6:262–266.

Singarelli S, Berni A, Coppo G, Fracchia P. Day-surgery, one-day surgery: the experience of an ENT unit in a 250 bed hospital. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005; 25(6): 365-9.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Acre. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=12&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Amazonas. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=13&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Pará. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=15&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Rondônia. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=11&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Roraima. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=14&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Tocantins. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=17&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Alagoas. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=27&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=29&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Ceará. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=23&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Maranhão. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=21&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado da Paraíba. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=25&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=26&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Piauí. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=22&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=24&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Sergipe. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=28&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Distrito Federal. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=53&codTpRel=02>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Goiás. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=52&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=51&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=50&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=32&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=31&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08]

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=33&codTpRel=01>; Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de São Paulo. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=35&codTpRel=01>; Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=41&codTpRel=01>. Acesso em 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=43&codTpRel=01>. Acesso em: 2016 ago 08.

Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão - SARGSUS. Plano Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina. Acesso em 2016 ago 08. Disponível em:

<http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login%21carregaRelatorioExterno.action?codUf=42&codTpRel=01>.

Sutherland JM, Crump RT. Alternative Level of Care: Canada's hospital beds, the evidence and options. *Healthc Policy*. 2013 Aug;9(1):26-34.

Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay. *Ann Emerg Med*. 2009;54(6):794-804.

Walt G. *Health Policy. An introduction to process and power*. Zed Books. London, 1984.

Watt G. The inverse care law today. *Lancet*, volume 360, n. 9328, p252-254, 20 july 2002.

Wild C, Narath M. Evaluating and planning ICUs: methods and approaches to differentiate between need and demand. *Health Policy*. 2005;71(3):289-301.

Zilm F. Estimating emergency service treatment bed needs. *J Ambul Care Manage*. 2004 Jul-Sep;27(3):215-23.

APÊNDICE A – DOCUMENTOS OFICIAIS SOBRE ATENÇÃO HOSPITALAR POR UNIDADE DA FEDERAÇÃO.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
NORTE	
Acre	Portaria n. 3.277 de 26 de dezembro de 2013 - Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Acre e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
Amapá	Portaria n. 3.137, de 28 de dezembro de 2012 - Aprova o Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amapá e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
Amazonas	Tribunal de Contas de União, 2013 - Diagnóstico sobre a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Amazonas
	Portaria n. 1.797, de 26 de agosto de 2014 - Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Amazonas e Município de Manaus - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 636/2014 - Aprova o componente hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Amazonas e municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação
Pará	Plano de Ação para a Rede Cegonha do Estado do Pará - 2011 - 2014
	Portaria n. 567, de 10- de abril de 2016 - Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Pará - Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
Rondônia	Portaria n. 1.791, de 22 de agosto de 2012 - Inclui e estabelece recursos financeiros para o hospital do Estado de Rondônia na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
	Portaria n. 922, de 19 de agosto de 2013 - Habilita, no âmbito das Redes de Atenção às Urgências, o número de leitos das Unidades de Tratamento Intensivo - UTI Tipo II.
	Portaria n. 1.737, de 15 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Rondônia e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
Roraima	Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS - 2011
Tocantins	TCU nº 021.160/2013 - Relatório de Levantamento. O presente levantamento operacional foi realizado com vistas à produção de diagnóstico sobre a assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Tocantins.
	Portaria n. 330, de 17 de abril de 2014 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Tocantins.
	Portaria n. 301, de 23 de março de 2016 - Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial do Estado de Tocantins.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
NORDESTE	
Alagoas	Portaria n. 096 de 31 de março de 2008 - Institui a Rede de Assistência à Urgência e Emergência nas Regiões de Saúde de Alagoas – PROVIDA e fixa suas diretrizes.
	Portaria n. 184 de 03 de Julho de 2008 - Institui o Programa de Fortalecimento, Melhoria da Qualidade e Garantia do Acesso a diversas especialidades da rede de assistência hospitalar de Alagoas – PROHOSP/ESPECIALIDADES define suas diretrizes e dá outras providências
	Portaria n. 104, de 14 de maio de 2012 - Altera a Portaria n.164 de 30 de Maio de 2008 que instituiu o Programa de Implementação da Rede de Atenção Materno-Infantil do Estado de Alagoas – PROMATER - fixa suas diretrizes e dá outras providências.
	Portaria n. 2.354, de 10 de outubro de 2013 - Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Alagoas e do Município de Palmeira dos Índios (AL) – Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade.
	Portaria n. 1.584, de 31 de julho de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Alagoas e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 796, de 20 de abril de 2016 - Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Alagoas e do Município de Arapiraca (AL).
Bahia	Projeto da Fundação Estatal Hospitalar da Bahia. Um convite ao debate. Fevereiro de 2008. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.
	Política Estadual para Contratualização de Hospitais de Pequeno Porte – HPP. 29 de março de 2011
	Portaria n. 872 de 06 de junho de 2012 - Define regras para o credenciamento de pessoas jurídicas para a prestação de serviços hospitalares de clínica médica e leitos de retaguarda para pacientes sob cuidados prolongados oriundos de hospitais públicos da rede própria da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB).
	Nota técnica - Política Estadual de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) - 18 de outubro de 2013. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
	Portaria n. 72, de 9 de janeiro de 2014 - Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Decreto n. 021/2016 De 18 de julho de 2016 - Dispõe sobre a regulamentação de transferência inter- hospitalar de pacientes no Município de Ruy Barbosa e dá outras providências

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
Ceará	Resolução Nº 31/2013 - CIB/CE - Pactuar os critérios de seleção dos Hospitais de Pequeno Porte - HPP, a serem beneficiados com os recursos do Tesouro do Estado.
	Portaria n. 1.742, de 20 de agosto de 2013 - Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Ceará e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação -Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 1.056, de 14 de outubro de 2014 - Habilita e altera, no âmbito das Redes de Atenção às Urgências, número de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo de estabelecimentos de saúde.
	Portaria n. 674 de 31 de julho de 2015 - Habilita, no âmbito da Rede Cegonha, leitos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal - UTIN Tipo II e da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional - UCINCo do Hospital Regional Norte - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar - Sobral/CE.
Maranhão	Portaria n. 408, de 17 de abril de 2013 - Habilita e exclui leitos da Unidade de Cuidados Intermediário.
	Portaria n. 1.660, de 8 de agosto de 2013 - Aprova a Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Maranhão e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 030, de 26 de fevereiro de 2014 - Instituir, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão - SES/MA, o Incentivo Estadual de Qualificação da Gestão Hospitalar - IEQGH para os Hospitais de Pequeno Porte, de 20 (vinte) leitos, construídos pelo Estado e entregues à Administração Municipal.
	Portaria n. 20, de 9 de janeiro de 2015 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Maranhão.
	Portaria n. 576, de 10- de abril de 2016 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa V do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Maranhão e aloca recursos financeiros para sua implantação.
	Portaria n. 577, de 10- de abril de 2016 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VI do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Maranhão e aloca recursos financeiros para sua implantação.
	Portaria n. 578, de 10- de abril de 2016- Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VII do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios do Maranhão e aloca recursos financeiros para sua implantação.
Paraíba	Portaria n. 3.036 de 18 de dezembro de 2008 - Cadastra, altera e reclassifica o número de leitos da Unidade de Tratamento Intensivo-UTI.
	Plano Estadual para Hospitais de Pequeno Porte - HPP - Esta proposta tem como base o critério de adesão voluntária e, tem um grande potencial de qualificar e humanizar a assistência, qualificar a gestão e a descentralização, além de trazer elementos que fortaleçam o monitoramento, a avaliação e controle das ações e recursos empregados pelo SUS. Sem data

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
Pernambuco	Portaria n. 1.393, de 14 de dezembro de 2012 - Fica habilitado, no âmbito das Redes de Atenção às Urgências, o número de leitos das Unidades de Tratamento Intensivo - UTI Tipo II, dos hospitais a seguir relacionados
	Portaria n. 3.007, de 26 de dezembro de 2012 - Estabelece recurso financeiro para os hospitais do Estado de Pernambuco que aderiram à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 2.302, de 7 de outubro de 2013 - Estabelece recursos financeiros destinados aos Hospitais Universitários Federais.
	Resolução CIB/PE n. 2701 de 15 de dezembro de 2014 - Aprova o remanejamento de leitos de retaguarda de Unidades Hospitalares da 1 Macrorregião de Saúde do Estado de Pernambuco.
	Portaria n. 1.630, de 1º de outubro de 2015 - Deduz, remaneja e incorpora recursos do Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios de Pernambuco.
	Portaria n. 45, de 11 de janeiro de 2016 - Redefine o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e dos Municípios de Pernambuco, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
Piauí	Portaria n. 1.493, de 18 de setembro de 2015 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado do Piauí, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
	Portaria n. 556, de 31 de março de 2016 - Estabelece recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado do Piauí e do Município de Parnaíba.
Rio Grande do Norte	Tribunal de Contas de União, 2014. 032.519/2014-1. A deliberação ora embargada apreciou Relatório de Auditoria Operacional com o objetivo de avaliar as ações da Ebserh voltadas para melhoria da gestão e da infraestrutura dos Hospitais Universitários Federais (HUF), bem como a substituição dos terceirizados que atuam com vínculo precário nessas unidades hospitalares.
	Portaria n. 983, de 15 de agosto de 2016 - Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial do Estado do Rio Grande do Norte.
Sergipe	Atenção Hospitalar no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política MATERIAL DIDÁTICO-PEDAGÓGICO de EDUCAÇÃO PERMANENTE DA FUNDAÇÃO ESTADUAL de SAÚDE E SECRETARIA de ESTADO DA SAÚDE - 2011
	Portaria n. 1.771, de 25 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e Municípios de Sergipe, aloca recursos financeiros para sua implantação e altera o inciso II do art. 1º da Portaria nº 2.780/GM/MS, de 24 de novembro de 2011.
	Portaria n. 38, de 18 de janeiro de 2013 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Sergipe.
	Portaria n. 1.771, de 25 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e Municípios de Sergipe, aloca recursos financeiros para sua implantação e altera o inciso II do art. 1º da Portaria nº 2.780/GM/MS, de 24 de novembro de 2011.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
CENTRO-OESTE	
Distrito Federal	Portaria n. 34, de 20 de fevereiro de 2014. Instituir o Núcleo Gestor de Leitos (NGL) nos Hospitais da rede de Atenção da SES/DF.
	Portaria n. 2.238 de 29 de dezembro de 2015 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Distrito Federal e aloca recursos financeiros para sua implantação.
Goiás	Decreto n. 8.037, de 18 de novembro de 2013 - Institui a Rede de Hospitais de Urgências e Emergências do Estado de Goiás – Rede HUGO
	Portaria n. 1.808, de 26 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Goiás e aloca recursos financeiros para sua implementação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 23, de 13 de janeiro de 2015 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Goiás.
Mato Grosso	Resolução CIB/MT Nº 222 de 02 de agosto de 2012 - Dispõe sobre a pactuação para implantação do componente Sala de Estabilização - SE da Rede de Atenção às Urgências e habilitação de Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede Psicossocial do estado de Mato Grosso.
	Portaria n. 1.187, de 23 de outubro de 2012 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Mato Grosso.
	Resolução CIB/MT n. 263 de 06 de novembro de 2014 - Dispõe sobre projeto de implantação de dois leitos hospitalares no Hospital Municipal de General Carneiro para atender a rede de Atenção Psicossocial do município de General Carneiro, e projeto de implantação de três leitos hospitalares no Hospital Municipal Daercio Oliveira de Moraes para atender a Rede de Atenção Psicossocial do município de Nova Xavantina, Região de Saúde Garças Araguaia do estado de Mato Grosso.
	Hospital de Pequeno Porte - HPP. Secretaria de Estado de saúde. Junho/2015.
	Resolução CIB/MT Nº 010 de 03 de março de 2016- Dispõe sobre a aprovação da Contratualização de Serviços Ambulatoriais e Hospitalares de Média e Alta Complexidade para Referência Estadual do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, situado na Região de Saúde da Baixada Cuiabana no Estado de Mato Grosso.
Mato Grosso do Sul	Portaria n. 682, de 24 de abril de 2013 - Aprova a alteração da Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Mato Grosso do Sul e Municípios, e aloca recursos financeiros, Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 1.436, de 16 de dezembro de 2014 - Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado do Mato Grosso do Sul

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
SUDESTE	
Espírito Santo	Portaria n. 1.806, de 26 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Espírito Santo e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Resolução No 212/2014 de 09 de setembro de 2014 - Aprovar "ad referendum" que todos os recursos financeiros da RUE destinados aos Hospitais Estaduais localizados em municípios com Comando Único sobre toda a rede de prestadores de serviços de saúde, sejam transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde
	Justificativa para contratação de serviços médicos especializados para atendimento nas unidades hospitalares da rede pública estadual. Em 06 de junho de 2016.
Minas Gerais	Hospitais regionais de Minas Gerais: uma experiência na construção de resultados assistenciais - relatório gerencial do projeto de implantação dos hospitais regionais. 2014
	Portaria n. 1.683, de 8 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa IV do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Minas Gerais e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 1.789, de 25 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa V do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências de Minas Gerais e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 1.790, de 25 de agosto de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VI do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado e Municípios de Minas Gerais e aloca recursos financeiros para sua implantação.
	Implementação da Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP - Proposta Preliminar. Federação dos Hospitais Filantrópicos de MG Belo Horizonte - 2014
	Deliberação CIB-SUS/MG No 2.237, de 09 de dezembro de 2015. Aprova as Diretrizes, Objetivos e a Tipologia Hospitalar da Política Estadual de Atenção Hospitalar para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais.
Rio de Janeiro	Deliberação CIB-RJ n. 1782 de 10 de MAIO de 2012 - PACTUA OS PROJETOS TÉCNICOS PARA IMPLANTAÇÃO de SERVIÇOS HOSPITALARES de REFERÊNCIA PARA ATENÇÃO A PESSOAS COM SOFRIMENTO OU TRANSTORNO MENTAL E COM NECESSIDADES de SAÚDE DECORRENTES DO USO de ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS, DO COMPONENTE HOSPITALAR, DA REDE de ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.
	Resolução SES Nº 937 de 30/05/2014 - Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior - PAHI Municipal - Competência 2014 e fixa suas diretrizes.
	Resolução SES Nº 938 de 30/05/2014 - Institui o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior Regionais e fixa suas diretrizes.
	Deliberação CIB-RJ Nº 3.145 de 03 de setembro de 2014 - PACTUA PROPOSTA de REGULAÇÃO DA OFERTA de CONSULTAS E PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DOS HOSPITAIS E INSTITUTOS FEDERAIS COM SEDE NO MUNICÍPIO DO RIO de janeiro.
	Projeto de lei complementar nº 55/2011 - estabelece condições para construção de edificações destinadas à assistência médica com internação e normas de uso e ocupação do solo, na v região administrativa, estabelece incentivos, com vistas à preparação para a copa do mundo em 2014 e jogos olímpicos e paraolímpicos em 2016.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
São Paulo	<p>Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular/ Olimpio J. Nogueira Bittar ; José Dínio Vaz Mendes; Adriana Magalhães . São Paulo: SES/SP, 2011.</p>
	<p>Lei complementar n. 1.243, de 30 de MAIO de 2014 - Altera a Lei Complementar nº 846, de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá providências correlatas</p>
	<p>Portaria n. 2.201, de 3 de outubro de 2014 - Aprova a alteração do Componente Hospitalar da Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implantação.</p>
	<p>Portaria n. 2.527 de 11 de novembro de 2014 - Aprova o Componente Hospitalar da Etapa VIII do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de São Paulo e aloca recursos financeiros para sua implantação</p>
	<p>Resolução SS - 82, de 14-8-2015 - Constitui Grupo Técnico de Estudo de Desospitalização (GTED) com o objetivo de promover análise e estudos e propor medidas necessárias para identificar, mapear, redesenhar e aperfeiçoar, os principais processos e modalidades de desospitalização e reorganização da assistência em rede, e dá outras providências.</p>
	<p>Atenção hospitalar no estado de São Paulo e programas Pró Santa Casa e Santas Casas Sustentáveis. COSEMS. O cenário da atenção hospitalar no estado de São Paulo e no Brasil passa por um processo de transição prolongado, e ainda sem perspectiva de conclusão, decorrente de múltiplos fatores, que afetam hospitais públicos e privados. Sem data.</p>

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
SUL	
Paraná	Secretária de Estado de Saúde. Manual do HOSPSUS Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde do Paraná. Paraná; 2011.
	Portaria n. 1.287, de 22 de junho de 2012 - Aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Paraná e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação.
	Portaria n. 3.124, de 17 de dezembro de 2013 - Estabelece recursos a serem incorporados ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado da Paraná e do Município de Curitiba (PR) - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Resolução SESA Nº 336/2015 - Instituir os Hospitais Estratégicos de Referência sob gestão estadual com a finalidade de dar suporte as Redes Mãe Paranaense e Paraná Urgência e para realização de forma equânime de procedimentos hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade a todos os cidadãos paranaenses.
	Resolução SESA Nº 180/2016 - Institui o incentivo de custeio e fixa as diretrizes para adesão à fase 3 do Programa HOSPSUS, destinada ao apoio e qualificação de Hospitais Municipais, Hospitais Privados Sem Fins Lucrativos (PSFL), Filantrópicos ou Fundações Públicas de Referência Local e Microrregional do Sistema Único de Saúde do Paraná (SUS/PR).
Rio Grande do Sul	Resolução Nº 130/08 - CIB/RSResolução Nº 130/08 - CIB/RS - Instituir, dentro do Programa de Apoio aos Hospitais Contratualizados, 500 incentivos financeiros para a Política Estadual de Atenção Integral em Saúde Mental
	Portaria/SES/RS nº 404/2008 – Aprova os critérios gerais para a habilitação aos incentivos previstos na Ação de APOIO AOS HOSPITAIS VINCULADOS AO SUS, integrante do Programa Estruturante SAÚDE PERTO de VOCÊ.
	Portaria n. 529, de 17 de março de 2009 - Inclui Hospitais dos Estados de Pernambuco, Piauí, Sergipe, Bahia e Tocantins na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e homologa o processo de adesão do Estado do Rio Grande do Sul na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.
	RESOLUÇÃO No 562/12 – CIB/RS - Define a forma de organização e financiamento dos Serviços Hospitalares para Atenção Integral a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas em hospitais gerais no Estado do Rio Grande do Sul.
	Portaria RS/SES Nº 1303 de 12/12/2014 - Institui as normas de Regulação Hospitalar dos leitos de saúde mental no RS.
	RESOLUÇÃO No 064/14 – CIB/RS - Art. 1º - Instituir, no âmbito da Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES – AST), o Incentivo de Cofinanciamento da Assistência Hospitalar – (PIES-IHOSP).
	RESOLUÇÃO No 778/14 – CIB / RS - Regular a utilização do sistema denominado Painel de Gestão dos Contratos da Atenção e Secundária do SUS, por todas as áreas pertinentes da Secretaria Estadual da Saúde, em especial pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), Gestão da Atenção Secundária e Terciária do SUS do Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA/GAST), Divisão de Convênios e Contratos do Departamento Administrativo da Secretaria da Saúde (DA/DCC) e pelas Secretarias Municipais de Saúde em que assumiram a gestão dos serviços de Média e Alta Complexidade

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
	Portaria RS/SES Nº 1304 de 12/12/2014: Aprova os critérios técnicos para planejamento, programação, elaboração e avaliação do funcionamento e da área física destinada aos leitos de Atenção Integral em Saúde Mental, nos Hospitais Gerais.
	Portaria n. 1.506, de 18 de Julho de 2014 - Aprova o componente hospitalar da Etapa II do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado do Rio Grande do Sul e Municípios, e aloca recursos financeiros para a sua implantação.
Santa Catarina	Portaria SES n. 543 de 22 de agosto de 2008 - Aprovar as diretrizes operacionais do Incentivo Hospitalar, sendo proposto o pagamento de um incentivo as Unidades Hospitalares que aderirem ao processo de Contratualização sendo elegíveis os Hospitais Públicos, Filantrópicos e Prestadores do Sistema Único de Saúde - SUS.
	Portaria n. 1.256, de 25 de junho de 2013 - Aprova a Etapa III do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios e aloca recursos financeiros para sua implantação - Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.
	Portaria n. 2.941, de 4 de Dezembro de 2013 - Aprova a Etapa IV do Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências do Estado de Santa Catarina e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implantação – Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	DOCUMENTOS
BRASIL	
DIRETRIZES PARA A REORGANIZAÇÃO DOS HOSPITAIS de PEQUENO PORTE – HPP PROPOSTA DO CONASS - Nota técnica 12/2014	
Política Nacional de Atenção Hospitalar NOTA TÉCNICA 24 2013	
Portaria n. 3.410, de 30 de dezembro de 2013(*) - Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).	
Portaria n. 2.395, de 11 de outubro de 2011: Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	
Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013: Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).	
Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012 - Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.	
Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008 - Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	
Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011 - Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	
Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	
Resolução CFM nº 2.077/14 - Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.	
Portaria n. 404/SAS/MS de 19 de novembro de 2009 - habilita os hospitais psiquiátricos à nova classificação	
CÂMARA DOS DEPUTADOS - COMISSÃO de SEGURIDADE - SOCIAL E FAMÍLIA - SUBCOMISSÃO ESPECIAL destinada a analisar e diagnosticar a situação em que se encontram as Santas Casas, Hospitais e Entidades Filantrópicas na área da saúde. junho de 2012	
Portaria n. 1.044/GM, de 01 de Junho de 2004. - Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule 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".	

APÊNDICE B - ORGANOGRAMAS DAS SECRETÁRIAS DE ESTADO DA SAÚDE

REGIÃO NORTE:

1. Estado Acre:

Contato feito via e-mail e telefone com a Secretária de Saúde, porém sem retorno.

2. Estado Amapá:

1. Secretário de Saúde;
2. Secretário Adjunto;
3. CPL;
4. Sec. Administrativo;
5. Coordenadoria de Assistência Hospitalar;

5.1 Todos Hospitais e Centros Especializados Ambulatoriais estão aqui vinculados de forma direta e Coord. de Saúde Mental, além de áreas de apoio contratos, execução financeira, capacitação.

3. Estado Amazonas:

1. Secretário de Estado;
2. Secretário Executivo;
3. Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada da Capital;
- 3.1 Departamento de Ações de Saúde da Capital;
- 3.1.1 Gerência de Maternidades e Hospitais;

3.1.1 Gerências de: Centros de Especialidades Médicas, de Urgência e Emergência, de Transplante, de Assistência Domiciliar e Programas Comunitários;

3. Secretaria Executiva Adjunta de Atenção Especializada do Interior;

3.1 Departamento de Ações de Saúde do Interior;

3.1.1 Todas as Gerências regionais do Interior: Alto Solimões e Triângulo, Baixo Amazonas e Alto Rio Negro, Juruá – Purus - Madeira, Rio Negro e Solimões, Metropolitana de Manaus.

4. Estado Pará:

Contato feito via e-mail e telefone com a Secretária de Saúde, porém sem retorno.

5. Estado Rondônia:

1. Secretário;

2. Secretário Adjunto;

3. Diretoria Executiva;

4. Unidades Assistenciais;

4.1 Hospitais;

4.1 Unidades Ambulatoriais;

4. Coordenadoria de Atenção Integral à Saúde;

4.1 Cinco Gerências, incluindo regulação e controle dos serviços de saúde; regulação do SUS e TFD.

Enviada via contato telefônico/email.

6. Estado Roraima:

1. Secretário de Estado;

2. Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência;

2. Coordenadoria Geral de Atenção Especializada;

Hospitais devem estar em uma ou nessas duas coordenadorias gerais.

7. Estado Tocantins:

1. Secretário;

2. Superintendência de Governança, da estratégia e da Integração;

3. Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde;

4. Diretoria de Atenção especializada;

4.1 Grupo de Gerências onde está a Gerência Estadual do Sistema Estadual de Urgências e Emergências e Supervisões de Centros de: reabilitação e centros da rede psicosocial.

Não referência direta ao setor hospitalar no organograma.

REGIÃO NORDESTE:

8. Estado Alagoas:

1. Secretaria de Estado;

2. Chefia de Gabinete;

3. Secretaria Executiva de Ações de Saúde;

4. Assessoria Técnica de Ações da Saúde;

5. Superintendência de Atenção à Saúde;

6. Assessoria de Superintendência para Atenção Primária e Ações Estratégica;

7. Assessoria de Superintendência de Média e Alta Complexidade, responsável pela: Gerência de Assistência Hospitalar; Pré-Hospitalar; Ações Estratégicas; Atenção Primária; Hemorede; Hospital Geral do Estado e Unidade de Emergência Daniel Houli.

9. Estado Bahia:

1. Conselho Estadual de Saúde;
2. Secretário;
3. Subsecretário;
4. Gabinete do Secretário;
5. Superintendência de Atenção Integral da Saúde, responsável por: Hospitais; Unidades de Emergência e Unidades Especiais de Atenção à Saúde.

10. Estado Ceará:

1. Secretário da Saúde;
2. Secretário Adjunto da Saúde;
3. Secretaria Executiva;
4. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde visando os núcleos da atenção primária, especializada, urgência e emergência e saúde mental;
5. Superintendência de Apoio à Gestão da Rede de Unidades de Saúde que abrange as Unidades Hospitalares de Referência sendo; Hospital Geral de Fortaleza; Hospital Professor Frota Pinto; Hospital São José de Doenças Infecciosas; Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes; Hospital Infantil Dr. Albert Sabin; Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar; Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara; Hospital Regional do Cariri e Hospital Regional Norte.

11. Estado Maranhão:

Contato feito via e-mail e telefone com a Secretária de Saúde, porém sem retorno.

12. Estado Paraíba:

1. Secretário;
2. Secretário Executivo;
3. Gerência Executiva Atenção a Saúde;
4. Gerência Operacional Atenção Especializada, responsável por: Núcleo de Assistência Ambulatorial; Assistência Hospitalar e Urgência/Emergência.

13. Estado Pernambuco:

1. Secretário Estadual de Saúde;
2. Secretário Executivo de Atenção à Saúde, com os seguintes hospitais de referência (não especificados no organograma, somente no site da Secretária do Estado de Saúde:
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/hospitais_e_upae_2014.pdf: Hospital Metropolitano Sul Dom Hélder Câmara; Hospital Dom Malan; Hospital Ermírio Coutinho; Hospital Regional Fernando Bezerra; Hospital João Murilo de Oliveira; Hospital Miguel Arraes de Alencar; Hospital Mestre Vitalino; Hospital Metropolitano Oeste – Pelópidas Silveira e Hospital Regional de Palmares Dr. Sílvio Magalhães;

14. Estado Piauí:

1. Secretário da Saúde;
2. Conselho Estadual de Saúde;
3. Superintendência de Organização do Sistema de Saúde das Unidades de Referência (SUPAS);

4. 16 Hospitais de Referência não especificados.

Enviada via contato telefônico/email.

15. Estado Rio Grande do Norte:

1. Secretário;
2. Secretário Adjunto;
3. Coordenadoria de Operações de Hospitais e Unidades de Referência (COHUR);
1. Sub coordenadoria de Serviços Hospitalares com os seguintes hospitais de referência: Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel/ Pronto Socorro Clóvis Sarinho – Natal; Hospital Colônia Doutor João Machado - Natal; Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade - Pau dos Ferros; Hospital Dr. Deoclécio Marques de Lucena - Parnamirim; Hospital Dr. José Pedro Bezerra/Santa Catarina - Natal; Hospital Dr. Mariano Coelho - Currais Novos; Hospital Estadual Dr. Ruy Pereira dos Santos; Hospital Giselda Trigueiro - Natal; Hospital Lindolfo Gomes Vidal - Santo Antônio; Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes - Natal; Hospital Rafael Fernandes - Mossoró; Hospital Regional Alfredo Mesquita - Macaíba; Hospital Regional de Angicos; Hospital Regional de João Câmara; Hospital Regional de São Paulo do Potengi; Hospital Regional do Seridó - Caicó; Hospital Regional Dr. Aguinaldo Pereira - Caraúbas; Hospital Regional Dr. Odilon Guedes - Acari; Hospital Regional Dr. Tarcísio Maia - Mossoró; Hospital da Mulher Parteira Maria Correa – Mossoró; Hospital Regional Hélio Morais - Apodi; Hospital Regional Monsenhor Antônio Barros - São José de Mipibú; Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos - Assú e Hospital Regional Prof. Dr. Getúlio de Oliveira Sales - Canguaretama.

Os hospitais não apresentam-se descritos no organograma, somente estão listados no site da Secretária de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte. (<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=7862&ACT=&PAGE=0&PARM=&LBL=Hospitais+RN>)

16. Estado Sergipe:

Contato feito via e-mail e telefone com a Secretária de Saúde, porém sem retorno.

REGIÃO CENTRO-OESTE

17. Estado Distrito Federal:

1. Secretária de Estado de Saúde (SES) ligada diretamente aos hospitais de referência;
2. Hospital de Base do Distrito Federal;
3. Hospital de Apoio de Brasília;
4. Hospital São Vicente de Paulo;
5. Hospital da Criança de Brasília José de Alencar.

18. Estado Goiás:

1. Secretário;
2. Superintendência Executiva;
3. Superintendência de Controle, Avaliação e Gerenciamento das Unidades de Saúde;
4. Unidades gerenciadas por OS, porém não especificadas no organograma, somente no site da Secretária da Saúde do Estado de Goiás:

(<http://www.saude.go.gov.br/view/2694/unidades-gerenciadas-por-os>): Hospital Alberto Rassi – HGG; Hospital de Dermatologia Sanitária (HDS); Hospital de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT); Hospital de Urgências da Região Noroeste de Goiânia Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL); Hospital de Urgências da Região Sudoeste (HURSO); Hospital de Urgências de Águas Lindas de Goiás; Hospital de Urgências de Anápolis (HUANA); Hospital de Urgências de Aparecida de Goiânia (HUAPA); Hospital de Urgências de Goiânia Dr. Valdemiro Cruz (HUGO 1); Hospital de Urgências de Santo Antônio do Descoberto; Hospital de Urgências de Trindade (HUTRIN); Hospital de Urgências de Uruaçu; Hospital Estadual Ernestina Lopes Jaime (HEELJ); Hospital Materno Infantil (HMI); Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL).

19. Estado Mato Grosso:

1. Gabinete do Secretário de Estado de Saúde;
2. Gabinete Secretário Adjunto de Serviços de Saúde;
3. Superintendência de Gestão Hospitalar e Ambulatorial;
 - 3.1 Coordenadoria de Gestão de Medicamentos e Insumos;
 - 3.2 Coordenadoria de Gestão de Serviços de Saúde.
4. Hospitais Regionais como referência: Hospital de Rondonópolis; Hospital do Sorriso; Hospital Cáceres; Hospital Colíder e Hospital Água Boa.

Enviada via contato telefônico/email.

20. Estado Mato Grosso do Sul:

1. Secretário de Estado de Saúde;
2. Superintendência Geral de Atenção à Saúde;
3. Coordenadoria de Atenção Especializada.

REGIÃO SUDESTE:

21. Estado Espírito Santo:

1. Gabinete do Secretário;
2. Subsecretaria de Assistência em Saúde;
 - 2.1 Gerência de Gestão Hospitalar ;
 - 2.1.1 Núcleo especial de Qualidade de Gestão;
 - 2.1 Hospital A, Hospital B.

22. Estado Minas Gerais:

1. Gabinete do Secretário;
2. Subsecretaria de Regulação em Saúde ;
 2. Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde ;
 3. Superintendência de APS – *Superintendência de Redes de Atenção à Saúde;*
 - 3.1 Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar.

23. Estado Rio de Janeiro:

1. Gabinete do Secretário;
2. Subsecretaria de Unidades Próprias;
 - 2.1 Superintendência de Unidades Próprias;

2.1.1 Hospitais;

2.1.1 UPAs;

2.1.1 Institutos;

2. Subsecretaria de Atenção à Saúde;

2.1 Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação.

24. Estado São Paulo:

Junto ao Gabinete estão as Fundações e Autarquias Hospitalares, não há outra estrutura visível na área hospitalar, deve estar nas coordenadorias de serviços de saúde e de gestão de contratos que estão ligadas diretamente ao Gabinete.

REGIÃO SUL

25. Estado Paraná:

1. Secretário de Estado de Saúde;
2. Diretor Geral;
3. Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias (SUP);
4. Departamento de Gestão Hospitalar (DEGH);
1. Unidades Hospitalares Próprias.

26. Estado Rio Grande do Sul:

1. Gabinete do Secretário;
2. Direção Geral;
3. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial: Atualmente, os Serviços que representam pontos de atenção secundária e terciária nas Redes de Atenção e que se adequaram às Portarias de suas respectivas Altas

Complexidade são: Rede de Atenção em Cardiologia: 22 Hospitais; Rede de Atenção em Traumato-Ortopedia: 24 Hospitais AC; Rede de Atenção Nefrologia: 70 Serviços de Hemodiálise; Rede de Atenção em Neurologia: 20 Hospitais; Rede de Atenção em Oncologia: 27 Hospitais; Rede de Atenção em Oftalmologia: 12 Hospitais AC(aguardam habilitação MS) / 16 Serviços credenciados MC; Rede de Atenção em Terapia Nutricional: 29 Hospitais; Rede de Atenção a Queimados: 03 Hospitais; Rede de Atenção à Gestante de Alto Risco: 29 Hospitais com Incentivo Estadual; Rede de Atenção em Urgência /Emergência: 71 Hospitais com leitos de UTI; Rede de Atenção à Cirurgia Bariátrica: 05 Hospitais.

27. Estado Santa Catarina:

Contato feito via e-mail e telefone com a Secretária de Saúde, porém sem retorno.

APÊNDICE C - PLANOS ESTADUAIS DE SAÚDE DO BRASIL

Objetivo: identificar como a Atenção Hospitalar é descrita e planejada nos Planos Estaduais de Saúde.

Método: foram realizadas buscas dos Planos Estaduais de Saúde (PES) brasileiros do quadriênio 2012-2015, por meio de:

- ✓ Sites institucionais das Secretarias Estaduais;
- ✓ Busca eletrônica no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS);
- ✓ Busca eletrônica no *Google*, utilizando as palavras: Plano + Estadual + Saúde + (o estado brasileiro);
- ✓ Contato telefônico e por e-mail para representantes das Secretarias Estaduais de Saúde.

Após a identificação dos PES, foram realizadas leituras, seleção dos trechos, relacionados à atenção hospitalar e definição de temas.

Resultados: Foram identificados no total 26 PES, sendo 18 do quadriênio 2012-2015, por meio eletrônico, 4 do quadriênio 2008-2011 e 1 do biênio 2010-2011, por meio do SARGSUS.

Período	Região	Estado
2012-2015	Norte	Acre, Amazonas, Pará, Tocantins
	Nordeste	Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte
	Centro-Oeste	Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul
	Sudeste	Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo
	Sul	Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina

2008-2011	Norte	Rondônia
	Nordeste	Paraíba, Sergipe
	Centro-Oeste	Distrito Federal
2010-2011	Norte	Roraima

O PES do Amapá não foi identificado nas buscas eletrônicas e não foi enviado por e-mail pelo representante da Secretaria Estadual.

Os resultados foram apresentados por região e ordem alfabética dos estados.

Estado	Temas relacionados à Atenção Hospitalar
Norte	
Acre	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: não informa o total de hospitais, apenas os hospitais de alta complexidade: cinco públicos e um filantrópico. - Financeiro: repasse financeiro realizado a 13 hospitais para apoiar os atendimentos de média e alta complexidade de pacientes indígenas; - Construção, reforma e ampliação de hospitais: descrição da construção de sete hospitais, reforma, reestruturação e/ou ampliação de cinco hospitais. Não há descrição mais detalhada sobre o tema. - Descrição de indicadores hospitalares: taxas de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur de 2008 a 2012: redução de 2,6% entre 2011 e 2012. - Descrição de ações e metas: construção de um hospital. Não há descrição mais detalhada sobre o tema;
Amapá	Não identificado. No aguardo do envio do PES por e-mail.

<p>Amazonas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 06 maternidades, 05 fundações de saúde, 02 hospitais infantis, 01 hospital geral, 01 hospital/maternidade/SPA, 01 hospital universitário e 03 prontos socorros adultos e 03 infantis, além das 62 unidades hospitalares no interior do Estado. - Descrição das ações realizadas em regime de internação hospitalar: procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para a alta - Descrição de mutirões para cirurgias eletivas: 2.238 procedimentos cirúrgicos. - Descrição do Plano Emergencial durante o período da enchente: substituição de unidades de saúde por unidades fluviais - Construção, reforma e ampliação de hospitais: proposta de construção de dois hospitais. Não há descrição mais detalhada sobre o tema; - Implantação e implementação das RAS: propostas de investimentos para implantar e implementar as RAS, priorizando as redes Cegonha, Urgência e Emergências, da Pessoa Portadora de Deficiência, Psicossocial e Oncológica. - Descrição das ações e metas: para doenças dermatológicas, tropicais e infecciosas, em relação ao número de procedimentos e consultas, capacitação de profissionais, monitoramento e resolutividade do tratamento. Manter 72 unidades da rede ambulatorial e hospitalar. Previsão quantitativa de realização de procedimentos.
<p>Pará</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 05 Hospitais

localizados em Belém, 01 na área Metropolitana e 29 no interior do Estado, destes últimos 09 são Hospitais Regionais de Média e Alta Complexidade e 20 são HPP e/ou UMS em processo de descentralização. Descrição da localização espacial dos hospitais.

- **Descrição do número de leitos hospitalares:** 2.057 leitos no total.

- **Morbidade hospitalar e tendências:** doenças cardiovasculares, gestações e doenças respiratórias.

- **Realização de diagnóstico situacional da Rede de Atenção às Urgências:** levantamento dos leitos de retaguarda de Clínica Médica para Rede, das unidades hospitalares que terão enfermarias de longa permanência para retaguarda da Rede, de acordo com os critérios da Portaria específica (Componente Hospitalar), e unidades hospitalares que disponibilizarão unidades de terapia intensiva- UTI adulto e pediátrico, para reorganizar a atenção hospitalar da RAU.

- **Custeio anual dos hospitais:** R\$75.083.569,94 em 2012 para garantir a organização do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).

- **Atenção oncológica:** serviços ofertados na rede – oferta de leitos, internações, cirurgias realizadas, consultas médicas e procedimentos.

- **Construção, reforma e ampliação de hospitais:** 1 hospital especializado em oncologia.

- **Tele diagnóstico:** implementação em 60 instituições hospitalares e não hospitalares.

- **Descrição dos números de procedimentos agendados e efetivados pelos hospitais e absenteísmo:** absenteísmo variou de 19 a 41%.

- **Implementações do SISREG III – Módulo hospitalar:** em 14 hospitais.

- **Ingresso de servidores:** 410 servidores, tendo em vista à regionalização e implementação de novos serviços.

- **Ouvidoria do SUS implementada:** em 33 instituições hospitalares e não hospitalares.

- **Descrição das ações e metas:** ampliar o acesso aos serviços de saúde por meio da expansão da rede pública de hospitais.

<p>Rondônia (2008-2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição dos municípios com HPP: 22 municípios com HPP com atribuições de atenção básica e internações com observação por 24 horas integradas à estratégia de Saúde da Família. - Descrição das ações propostas: na regulação (contratar empresa de consultoria e/ou serviço em sistema de informática, supervisionar as equipes in loco, ampliar a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade), em hospitais (aquisição de equipamentos, implementação do serviço de captação e transplante de órgãos, do sistema de gestão pública informatizada, política de humanização, sistema de controle/manuseio/fiscalização de materiais e equipamentos, e implantação e implementação de leitos de UTI). - Formulação e implementação de políticas: apoio a programas como Hospital Amigo da Criança, Projeto Mãe Canguru, Maternidade Segura e Parto Humanizado. Implementar protocolos clínicos na área de medicamentos e assistência conforme as prioridades do Pacto Pela Saúde, Implementar e ampliar a oferta dos serviços de alta complexidade. Não há descrição mais detalhada sobre o tema.
<p>Roraima (2010-2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 16 hospitais (três na capital e 13 no interior). Há relato de uma maternidade com mais de 1000 partos de referência com a única UTI neonatal estadual (crianças de zero a < de 28 dias), um hospital pediátrico do SUS (crianças de 28 dias até 13 anos incompletos), um hospital de referência que realiza procedimentos especializados. 13 unidades hospitalares alimentam os sistemas SIH/SIA/CNES. - Descrição do número de leitos hospitalares: 763 leitos - Descrição das especialidades: somente em um hospital: 30 especialidades. - Descrição de superlotação: há relato de hospital superlotado, por falta de leitos pediátricos. - Descrição do diagnóstico de doenças: 56,38% dos casos notificados e 61,09% dos confirmados de dengue foram realizados em hospitais, 35,7% dos casos de tuberculose foram diagnosticados em hospitais, e 82,7% dos atendimentos de gripe ocorreram no Hospital da Criança Santo Antonio. - Descrição quantitativa dos atendimentos hospitalares: das internações por gravidez, parto e puerpério, por doenças atendidas em

	<p>um hospital e em idosos por patologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de profissionais: descrição somente de um hospital (97 médicos e 291 servidores). - Descrição das ações e metas: incluir na vigilância epidemiológica da influenza, o acompanhamento das internações causadas por pneumonias através dos núcleos de vigilância epidemiológica hospitalar, aumentar a sensibilidade da Unidade Sentinela na coleta de amostras clínicas para exame de Rotavírus, acompanhar a implantação do programa de Resíduos de Serviços de Saúde, nas 10 unidades hospitalares de responsabilidade estadual, três metas na área de infecção hospitalar, implantação de uma Unidade de Referência em Urologia na área de saúde indígena, habilitar no Ministério da Saúde os 10 (dez) leitos de Reabilitação em Hospital Geral, implantar o serviço de referência para a Atenção Integral e o serviço de referência para a Atenção Integral de Dependentes de Álcool e outras Drogas, elaborar e executar projetos para construção de fossas assépticas, reciclagem do lixo não hospitalar e destino adequado ao lixo proveniente da hemorrede; conscientizar os diretores de unidades hospitalares sobre as vantagens e desvantagens do uso de albumina humana comparado ao plasma, aquisição de materiais, equipamentos e roupas hospitalares. - Construção, reforma e ampliação de hospitais: proposta de reforma e ampliação de seis hospitais. Não há descrição mais detalhada sobre o tema;
Tocantins	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 54 hospitais em 2010, com tendência de diminuição desde 2005. - Morbidade hospitalar e tendências: causas decrescentes: doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias, do aparelho digestivo, do aparelho circulatório, do aparelho geniturinário e causas externas. - Descrição do número de leitos hospitalares: 1116 leitos em 2010, sendo 50,2% de competência do SUS e 48,1% privados. Tendência de aumento de 38,4% no número de leitos de 2005 a 2010. - Implementação da regulação das internações: em um hospital. - Ouvidoria na Administração Pública: realizadas oficinas para a sensibilização e conscientização de gestores e técnicos, tendo em vista

	<p>o estabelecimento de uma rede de Ouvidoria.</p> <p>- Projeto de criação de Central de Transplantes: Implantação de comissão de doação de órgãos e tecidos para transplante.</p>
Nordeste	
Alagoas	<p>- Morbidade hospitalar: doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo em homens, e doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho geniturinário em mulheres.</p> <p>- Saúde Mental: substituição de hospitais psiquiátricos por CAPS (cobertura de 88%). 880 leitos distribuídos em 05 hospitais psiquiátricos, sendo 04 privados e 01 público.</p> <p>- Descrição dos núcleos hospitalares de epidemiologia: 20 hospitais em nove regiões de saúde.</p> <p>- Construção, reforma e ampliação de hospitais: proposta de conclusão e ativação do funcionamento pleno dos 410 leitos do Hospital Geral.</p> <p>- Operacionalização dos instrumentos de regulação: empenho para ampliar a possibilidade de acesso às ações de saúde de forma organizada, por meio da operacionalização da PPI, PDR, PDI, CNES, entre outros.</p> <p>- Capacitação de técnicos: houve capacitações sobre os sistemas de informação: SIH, SIA, SIGTAP, SISREG e sobre o Decreto Federal nº 7.508/2011.</p> <p>- Descrição das ações e metas: implantar 10 leitos de UTI materna, 11 de UTI neonatal, 61 de UCI neonatal regionalizados, 15 de UTI e 26 leitos de UCI neonatal. Estruturar 10 hospitais de referência materno-infantil em risco habitual, adesão de maternidade ao Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança e à Rede Cegonha, reestruturação</p>

	<p>da rede de atenção materno infantil, qualificar a equipe gestora e técnica das secretarias de saúde, construir e/ou adequar um hospital, implementar atenção oncológica em um hospital, ampliar a informatização da gestão da rede hospitalar, implementar o sistema de gestão hospitalar.</p> <p>- Descrição de indicadores hospitalares: cinco indicadores de resultado (razão de exames citopatológicos do colo do útero, taxa de internação por DM e suas complicações, taxa de internação por AVC, proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica, taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur) e indicadores de processo (número de municípios com procedimentos ambulatoriais regulados e número de municípios da região de saúde com leitos hospitalares regulados). Realizada projeção dos indicadores para 2015.</p>
Bahia	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: 467 hospitais com leitos disponíveis ao SUS, dos quais 390 estão classificados como hospitais gerais, 58 hospitais especializados e 19 hospitais dia, que possuem como característica a oferta de serviços de internação parcial. 46% têm menos de 30 leitos.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 26.694 leitos (inclusive de UTI), sendo 4.830 (18,09%) regulados pela Central Estadual de Regulação.</p> <p>- Problema nos hospitais com menos de 30 leitos: geram internações inadequadas, pouco resolutivas e/ou desnecessárias e, muitas vezes, geram duplicidade de internação em hospitais de maior porte e competem com as ações da atenção básica. Além disso, 34 Municípios que possuem leitos cadastrados não apresentam produção.</p> <p>gravidez, parto e puerpério, Doenças do Aparelho Respiratório (DAR) e as DIP. Em crianças: doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo. Tendências de 2000 a 2010. 892.796 internações de residentes no Estado, na rede hospitalar integrada ao SUS, o que representou uma taxa de 63,7 internações por 1.000 habitantes. Redução da taxa de internação de residentes.</p> <p>- Financeiro: R\$ 1,75 bilhão aplicado na assistência ambulatorial e hospitalar. Serão investidos até R\$ 262 milhões na construção de</p>

	<p>novos hospitais (R\$ 68,6 milhões)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição dos hospitais com comissão de regulação fixa: 5 hospitais. - Descrição dos hospitais com ouvidoria: 12 hospitais. - Capacitação de técnicos: foram realizados 21 cursos de atualização, seis cursos de formação e 11 cursos de especialização. - Descrição das ações realizadas em regime de internação hospitalar: Oncologia, Nefrologia, Neurologia, Cardiologia, Oftalmologia, Transplantes, Traumatologia e Ortopedia. - Produção hospitalar: 871 mil internações na rede SUS em 2011. - Descrição das ações e metas: obter 100% dos procedimentos de internação MAC autorizados pré-fato, regular 60% dos leitos por meio dos complexos reguladores macrorregionais, reduzir em 5% a mortalidade infantil e materna.
Ceará	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do número de internações: 495.777 internações em um ano não descrito, sendo a necessidade de internação para a população SUS dependente apresenta um intervalo entre 498.104 a 640.420 internações. - Descrição do número de leitos: 14.729 leitos SUS - Construção, reforma e ampliação de hospitais: previsão de construção de três hospitais. Não há descrição mais detalhada sobre o tema; - Descrição das ações e metas: aumentar em 14% o percentual de serviços de saúde de alta complexidade público e privado, revisar e ampliar o custeio da política de financiamento dos hospitais polo, HPP e intermediários, manter e ampliar os repasses financeiros aos municípios, ampliar o quadro de profissionais de saúde, implantar UTI neonatal, melhorar a distribuição dos leitos de UTI adulto, infantil e neonatal, implementar comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplantes, estruturar hospitais com equipamentos, como raio x, ultrassom, incubadora, entre outros, construir hospital, implantar programa estadual de desospitalização, programas de residências, implantar leitos de UTI e leitos de médio risco em neonatologia, ampliar e dinamizar hospitais regionais de saúde. - Financeiro: descrição da metodologia e critérios de

	transferência de alocação dos recursos financeiros do estado aos municípios.
Maranhão	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: não informa o total de hospitais. Há destaque em 1 hospital público com 103 leitos, 2 clínicas privadas conveniadas ao SUS com leitos psiquiátricos.</p> <p>- Rede de Atenção Psicossocial: há processo de investigação sobre a situação real de cuidado hospitalar no estado, visando à implantação efetiva de leitos. Desde 009, há o processo de desinstitucionalização dos pacientes.</p> <p>- Saúde Mental: apresentação da série histórica de AIH pagas para atendimento de urgência em psiquiatria em hospital geral (aumento de 1 em 2008 para 21 em 2011), AIH pagas para atendimento de urgência em psiquiatria, intoxicação e abstinência (aumento de 8 em 2008 para 34 em 2011) e AIH pagas para atendimento de saúde mental (de 12.682 em 2008 para 12.269 em 2011). Série histórica de internações psiquiátricas (de 9155 em 2008 para 9202 em 2011, com tendência de diminuição).</p> <p>- Descrição do número de leitos: 29 leitos psiquiátricos cadastrados em hospital geral.</p> <p>- Descrição da morbidade hospitalar: dados por raça e local de residência não retratam a realidade maranhense. Há sub-registro.</p> <p>- Descrição das ações e metas: criação de novas Residências Terapêuticas, ampliação do número de beneficiários do Programa de Volta pra Casa, redução de leitos psiquiátricos de longa permanência, entre outras ações específicas, como o fechamento de unidades psiquiátricas hospitalares e execução de projeto de supervisão para desinstitucionalização.</p>
Paraíba (2008-2011)	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: A rede hospitalar do Estado da Paraíba é composta por 222 unidades assistenciais com internações, sendo 03 (1,35%) pertencentes à esfera Federal, 27 (12,16%) a Estadual, 88 (39,64%) a Municipal e 104 (46,85%) são unidades hospitalares da rede Privada. Descrição da distribuição por macrorregião, unidades hospitalares sob gestão estadual.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 11.006 leitos, sendo 83,5% leitos SUS. 49% dos leitos são clínicos/cirúrgicos. 670 leitos de UTI, destes 483 são destinados aos usuários do SUS. Descrição da</p>

distribuição de leitos por macrorregião, cobertura dos leitos SUS por 1.000 habitantes por macrorregião.

- **Tendências no número de hospitais e leitos:** entre 2000 e 2005, houve um aumento no número de hospitais e uma redução no número de leitos.

- **Hemorrede:** O atendimento Hemoterápico é feito de forma contínua e extensiva aos 223 municípios. Hemonúcleos estão localizados na rede hospitalar de nove municípios.

- **Hospital Amigo da Criança:** 21 serviços intitulados.

- **Urgência e emergência:** o Sistema Estadual de Urgência e Emergência é composto por 14 hospitais.

- **Remuneração:** as Unidades Hospitalares abaixo relacionadas deixaram de ser remuneradas por produção e passaram a receber recursos correspondentes à realização de metas previamente acordadas entre os gestores municipais e estadual, a partir da vigência da Programação Pactuada e Integrada/PPI-2002.

- **Problemas identificados:** falta de uma sistemática organizada do processo de fluxo e distribuição das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), necessidade da implementação de um sistema que possa viabilizar tanto o controle e avaliação, como o fluxo e o acesso dos usuários aos serviços do SUS, não envolvimento dos municípios, em Gestão Plena de Atenção Básica, no controle e emissão das Autorizações de Internações Hospitalares.

- **Descrição das ações e metas:** reorganizar a rede de atenção hospitalar e de alta complexidade, adequar às estruturas físicas e tecnológicas dos 12 hospitais regionais para o atendimento de urgência e emergência, implantar o Projeto Estadual de Apoio e Incentivo em 60 hospitais públicos e filantrópicos com até 30 leitos cadastrados no SUS, conforme critérios técnicos estabelecidos, implantar a Política Nacional Para os HPP, ampliar a capacidade instalada de leitos de UTI adulto, infantil e Neonatal, nas unidades hospitalares das 12 microrregiões de saúde; implantar e implementar a Política de Humanização em 100% dos hospitais regionais do estado e estimular os hospitais municipais e particulares a aderirem a esta política; ampliar o acesso dos usuários aos hospitais públicos e conveniados com o SUS, mediante a implantação do Complexo de Regulação Estadual e das Centrais Municipais de

	<p>Regulação; ampliar o acesso a cirurgias bariátricas, mediante o credenciamento de um hospital, estruturar e credenciar 01 Hospital Regional para oncologia, implementar a política de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar, apoiar a expansão da rede de serviços extra-hospitalares para transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, entre os seguintes dispositivos: CAPS, SRT e leitos psiquiátricos em hospital geral, estimular os gestores municipais de saúde a aderirem ao Programa de Volta para Casa, monitorar periodicamente os serviços (ambulatório e hospitalar) de Saúde Mental, visando melhorar a qualidade da assistência prestada, bem como reforçar a importância do novo modelo de atenção em saúde mental, implantar 01 Centro de Referência para os portadores de Hepatites Virais, implantar a Agência Transfusional do Hospital Arlinda Marques, efetivar contratos entre o Hemocentro e os hospitais do Estado, implementar o dispositivo de acolhimento, com classificação de riscos, nos doze Hospitais Regionais, estruturar o Complexo Regulador do Estado da Paraíba, através de um sistema de regulação da atenção à saúde, que contemple a implementação do sistema de controle, avaliação e emissão de autorização de internações hospitalares e das centrais de marcação de consultas/exames especializados e leitos hospitalares.</p>
Pernambuco	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: 240 hospitais, sendo 13 psiquiátricos (03 em processo de fechamento). 59 hospitais - esfera administrativa privada sem vínculo SUS, que representam 25,46% da rede hospitalar. Duas unidades pertencentes às forças armadas, uma do exército e uma naval, que atendem exclusivamente aos seus filiados. Dos hospitais vinculados ao SUS (rede própria e complementar), 33 são Hospitais especializados, 146 são Hospitais Gerais, compondo 74,58% da referida rede hospitalar.</p> <p>- Construção, reforma e ampliação de hospitais: inauguração de três novos hospitais nos últimos anos, reconstrução de quatro hospitais, ampliação e modernização de serviços, abertura do pavilhão de ortopedia com 103 leitos, construções de blocos cirúrgicos, inauguração de leitos pós-anestésicos, da Unidade de Suporte Avançado em Neurocirurgia com 10 leitos, da Emergência Clínica com ampliação de 80 leitos,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do número de leitos hospitalares: ampliados os leitos integrais em hospitais gerais para desintoxicação, sendo esta uma ação contínua e ainda em processo. - Descrição do número de internações: entre os anos 2008 e 2011, as internações apresentaram um incremento de 5,14%. - Morbidade hospitalar e tendências: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, e doenças do aparelho respiratório e doenças infecciosas e parasitárias. Afecções perinatais são ainda a principal causa de internação hospitalar em menores de 1 ano - Rede psicossocial: de 2009 a 2011 houve ampliação de CAPS (25%), Serviços de Residências Terapêuticas municipais (44%), leitos integrais habilitados em hospitais gerais estaduais (25%). - Capacitação de profissionais: capacitação para 870 profissionais das UPA e de hospitais públicos e privados em manejo clínico e encaminhamento de paciente. Realização de oficinas sobre aspectos que vão desde a integração com a atenção primária, até o atendimento à crise e abordagem em hospitais gerais que possuem leitos integrais para atendimento desse público. - Telessaúde: feita ampliação das capacitações oferecidas via videoconferência, bem como uma proposta de inter consulta entre profissionais via tele assistência. - Implementação da regulação das internações: implantado Núcleo Interno de Regulação, com o objetivo de captar os pacientes crônicos nas emergências; - Desenhos de redes regionais: desenvolvidas articulações para a implantação de serviços substitutivos integrados que possam dar resolutividade às demandas do portador de transtornos mentais. - Problemas: diversidades territoriais e as desigualdades de acesso à assistência exigem a reconstrução institucionalizada de uma rede mais homogênea de serviços. - Controle social: implantação de Conselhos Gestores em unidades públicas e realização de capacitação de 33 conselheiros municipais e dos hospitais em Informática Básica pelo Programa de Inclusão Digital – PID. - Descrição das ações e metas: implantação de 1 (um) serviço
--	--

	<p>de Saúde Auditiva de Alta Complexidade, ampliação de 183 leitos na rede estadual com a inauguração do Hospital Dom Hélder Câmara sendo: 21 de Clínica médica; 8 de Clínica geral; 48 de Trauma; 28 de UTI adulto; 14 em Reparação Pós Anestésica (RPA); 24 em cardiologia clínica; 16 em Cardiologia intercorrente e 24 em Cardiologia reversível, ampliação de 244 leitos de Terapia Intensiva, implantação de três Serviços de Nefrologia totalmente SUS, Implantar modelos de gestão nas unidades da rede própria adequados às necessidades da população e dos trabalhadores, ampliar o acesso de qualidade aos serviços de Média e Alta Complexidade (garantir a execução dos procedimentos, boa qualidade no atendimento, qualificação da estrutura física e da Saúde Mental, implementar centro de referência da pessoa idosa no Hospital Geral, construir um hospital, implantar urgência odontológica, otimizar a estrutura física em 14 hospitais, implantar o acolhimento e classificação de risco em nove hospitais regionais, definir e implantar o perfil de 12 hospitais regionais, reduzir em 20% as internações de longa permanência em hospital psiquiátrico, implementar 40 leitos integrais em hospitais gerais, acompanhar em 100% os hospitais gerais que possuem leitos integrais em saúde mental, ampliar em 90 o número de leitos de UTI, ampliar o serviço de assistência domiciliar para pacientes crônicos, Implantar o novo perfil assistencial dos seis grandes Hospitais, Implantar o Programa de Prevenção e Controle de Acidentes e Violência, implementar centro de referência para pacientes co-infectados TB/HIV e TBMR, atendimento ginecológico e registros de câncer de base populacional e hospitalar.</p>
Piauí	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: 204 hospitais, sendo 166 HPP. Informa o número de hospitais por porte, por regime, natureza da organização e as unidades de saúde descentralizadas e o tipo de atendimento por esfera administrativa.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 8822 leitos existentes, 8083 leitos SUS, 3,02 leitos por 1.000 habitantes e 2,76 leitos SUS por 1.000 habitantes. Informa o número de leitos existentes, leitos SUS e leitos por mil habitantes por macro região.</p> <p>- Morbidade hospitalar e tendências: entre os homens: doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório, do aparelho digestivo, do aparelho circulatório e as causas externas. Entre as mulheres:</p>

	<p>doenças infecciosas e parasitárias, do aparelho respiratório, do aparelho geniturinário, digestivo, do aparelho circulatório (doenças infecciosas e parasitárias em alta e doenças do aparelho respiratório e do aparelho circulatório em baixa).</p> <p>- Descrição das ações e metas: garantir imediato co-financiamento do estado para ações de média e alta Complexidade ambulatorial e hospitalar, atenção básica e assistência farmacêutica, garantir recursos federais para implantação e custeio em hospitais regionais de referencia macro regional unidades de atenção a vitimas de queimaduras, atendimento especializado (alta complexidade) em pneumologia, cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia, investir na infraestrutura dos hospitais de pequeno porte e implantar uma política de custeio para garantir a resolatividade destes, inaugurar imediatamente o hospital universitário da UFPI, e preencher as vagas existentes (1200) para o seu pleno funcionamento, efetivar internações hospitalares, construir um hospital, melhorar processos administrativos de gestão hospitalar, apoiar financeiramente o custeio dos Hospitais repassados para a gestão municipal, aumentar o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, elaborar um plano operativo para redimensionamento da capacidade instalada da rede hospitalar credenciada ao SUS, caracterizar e definir o perfil assistencial do hospital público em função das necessidades epidemiológicas, demográficas e de características regionais, monitorar, acompanhar e avaliar o processo de Regulação dos leitos da rede hospitalar credenciada ao SUS, notadamente quanto ao acesso aos hospitais de referência da rede estadual, implantar o Comitê de Monitoramento de Controle da Infecção Hospitalar nas unidades da rede estadual, atualizar os Termos de Cooperação entre Entes Públicos com todas as SMS que contratam serviços dos os hospitais públicos estaduais, ampliar em 100% os leitos psiquiátricos em hospital geral.</p>
Rio Grande do Norte	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: 107 hospitais, sendo 60 públicos, 36 privados e 11 filantrópicos (74% hospitais gerais, 20% hospitais especializados e 6% hospitais dia). Descrição dos hospitais habilitados a realizar transplantes.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 1.499 leitos. Descrição por unidade hospitalar e município.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 7.813 leitos</p>

existentes e 6.623 leitos SUS. Descrição por especialidade. 241 leitos de UTI. Descrição por tipo e região de saúde.

- **Descrição de indicadores hospitalares:** taxa de mortalidade por especialidade de internações hospitalares (3,33% no ano de 2011, 40% na clínica médica). Hospitalizações do SUS por local de internação (31% na clínica cirúrgica).

- **Descrição das principais causas de internação hospitalar:** gravidez, parto e puerpério, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas.

- **Problemas identificados:** vazios assistenciais presentes nos municípios, precarização de vínculo empregatício, não cumprimento da carga horária, equipes e escalas incompletas. 23 hospitais com a estrutura física e tecnológica obsoleta, preponderando estabelecimentos com menos de 50 leitos, com baixa densidade tecnológica, indefinição de perfil de atuação desses estabelecimentos, sem respostas esperadas, dificuldades em relação a sua sustentabilidade econômica e movidos pela necessidade de sobrevivência, induzem a demanda de procedimentos ilegítimos, demonstrando a ineficiência do sistema vigente, déficit de leitos de cuidados intensivos e inexistência desse cuidado em cinco regiões de saúde, falta de médicos intensivistas.

- **Descrição da nova configuração da rede hospitalar:** baseada nas necessidades regionais com aprovação obrigatória na Comissão Intergestores Regional – CIR e pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

- **Planejamento das redes temáticas:** será realizado estudo das necessidades reais de UTI e UCI. Descrição das portarias que instituem as redes de atenção.

- **Atenção Domiciliar:** novas equipes serão implantadas, representando 270 leitos novos de Atenção Domiciliar.

- **Descrição das ações e metas:** implantar de Núcleo de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência Sexual e Doméstica em 01 hospital em cada uma das Regiões de Saúde, estimular a adesão de hospitais Amigo da Criança. Urgências: definir e requalificar o perfil dos HPP que realizam atendimento de urgência, adequar 11 hospitais como porta de entrada para rede de urgência, implantar núcleos de

	<p>acesso e qualidade nos hospitais porta de entrada para rede de urgência e emergência, implantar SAD em nove municípios com mais de 40 mil hab. e que tenham unidades hospitalares que atuem como portas de entrada para Urgências e Emergências. Psicossocial: garantir a readequação física e tecnológica do hospital João Machado, implantar 122 leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, realizar inspeção sanitária em 100% das farmácias de manipulação de medicamentos e farmácias hospitalares, capacitar os técnicos das Centrais de Descontaminação e Esterilização dos laboratórios regionais, da rede hospitalar estadual; automatizar os serviços de Hemocultura para atender a toda rede hospitalar e ambulatorial estadual com eficácia e rapidez no diagnóstico. Rede de serviços hematológicos e hemoterápicos: reduzir em 30% as devoluções de hemocomponentes dos hospitais, instalar comitês transfusionais em 100% dos hospitais, promover no âmbito da Hemorede pública estadual o cadastramento no Sistema NOTIVISA de 100% dos hospitais que dispõem os Serviços de Hemoterapia para a notificação das reações transfusionais. Reestruturar, equipar, monitorar, implantar e adequar serviços e ações na área de transplantes. Garantir o funcionamento dos pontos eletrônicos, realizar um senso junto aos Hospitais e Unidades de Referência da SESAP para definição do quantitativo de vagas para estágio obrigatório em todas as áreas de formação que se utilizam do SUS como campo de prática, acompanhar junto à Ouvidoria as demandas oriundas da população e dos profissionais que atuam nos hospitais do Estado e as respectivas soluções encaminhadas, implantar/implementar em 100% das unidades hospitalares o Sistema de Gestão Hospitalar e o projeto de reestruturação da rede logística de dados.</p>
Sergipe	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição das redes: descrição teórica da composição de serviços da Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Hospitalar e de Urgências. - Problemas: rede hospitalar desarticulada, com terceirização no âmbito dos hospitais regionais, sem definição clara do perfil assistencial dos mesmos e do papel complementar e de retaguarda para o Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE); - Descrição de indicadores hospitalares: taxa de leitos hospitalares – SUS/Habitante: de 1,5 para 6 ao final do PES.

	<p>- Descrição das ações e metas: implantação de salas de observação e estabilização adequadas, equipadas com equipamento, pessoal, material e estrutura em Clínicas de Saúde da Família para atender e executar no período de funcionamento da unidade pequenos procedimentos de urgência; implantação de Clínicas de Saúde da Família com extensão de carga horária ou unidades de pronto-atendimento com funcionamento 24 horas em substituição aos HPP, ampliação, reforma e adequação de Hospitais Locais e regionais, construção de três hospitais; ampliação e reforma do Hospital de Urgência de Sergipe; implementação da Rede de Hospitais Horizontais; reforma e adequação de toda a rede hospitalar atendendo a um padrão de ambiência (arquitetura, mobiliário, padrão de equipamentos) de acordo com o modelo de atenção e com as diretrizes da política de humanização, garantindo conforto, privacidade, segurança ao usuário e trabalhador, sinalização e acessibilidade; implantação de modelo de gestão horizontalizado, baseado em unidades de produção (unidades responsáveis por agrupar processos e tomadas de decisão para execução de produtos bem definidos).</p>
Centro- Oeste	
Distrito Federal	<p>- Descrição das ações e metas: definição do número de manuais de recomendações de precauções para isolamento hospitalar, kits de placas de identificação de medidas de precaução e isolamento; incidência de infecção hospitalar; proporção de hospitais e clínicas da rede privada com validação do programa de controle de infecção hospitalar, aumentar para 100% o número de hospitais do SUS com o título de hospital amigo da criança, ampliar em 10% os leitos psiquiátricos em hospital geral, pleitear junto ao governo do distrito federal uma área bem como projeto de arquitetura e engenharia para a construção do hospital ortopédico, criar uma central de regulação de transferências inter-hospitalares, dispondo da frota de ambulâncias dos hospitais regionais para essa finalidade; implantar residência médica no hospital de base do distrito federal.</p>
Goiás	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: 170 hospitais.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 12.300 leitos. Leitos de Atenção Integral: 153 leitos, 73 leitos em Hospitais Gerais Públicos e 83 em Hospitais Gerais Privados conveniados com o SUS.</p>

	<p>Leitos em hospital psiquiátrico: 1.171, total de 1.324 leitos para esta especialidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descrição do número de internações: 362.648 (2008), 363.813 (2009), 371.616 (2010), 350.889 (2011), com um aumento nos custos de 2010 para 2011 de 7,8% no valor total - Descrição das principais causas de internação hospitalar: por varicela: em média 268 casos/ano (2008-2011) com tendência de aumento. 8,7% do total de internações hospitalares por doenças transmitidas por veiculação hídrica e alimentos. - Problemas: subnotificação, falhas no processo de notificação pelos hospitais, o que leva a não realização de investigações de todos os casos. Grandes lacunas/vazios de serviços de média e alta complexidade. Fala de leitos obstétricos e UTI adulto em hospital que realiza parto. - Rede de Atenção em Saúde Bucal na Assistência Hospitalar: necessidade de ampliação para melhoria do acesso. - Financeiro: o incremento de recursos, do tesouro estadual foi, basicamente, na área hospitalar e ambulatorial, chegando em 2011 em 80,7% do total dos recursos repassados. - Descrição das ações e metas: Ampliar o número de Hospitais Amigos da Criança; implementar o Método Canguru nos hospitais; monitorar e avaliar a implementação dos dez passos sobre aleitamento materno; ampliar de seis para oito, o número de núcleos de vigilância em âmbito hospitalar; implantar o Projeto de Ouvidorias Descentralizadas nas Unidades Hospitalares sob a Gestão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) e da Rede Estadual; Implantar novo modelo de gerenciamento das unidades hospitalares próprias, com financiamento estável, transferindo a gestão de seis unidades hospitalares da SES para Organizações Sociais de Saúde; desenvolver um instrumento padrão para monitorar e avaliar, periodicamente, os objetivos e as metas pactuadas, nas unidades hospitalares gerenciadas pelas OSS; realizar pelo menos uma avaliação de no mínimo 30% das unidades hospitalares públicas, filantrópicas e privadas que prestam serviços para o SUS; implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, prioritariamente, reforçando as Unidades Hospitalares Filantrópicas e Públicas, com um maior aporte de recursos destinados ao
--	--

	<p>incentivo e recuperação dessas unidades, aumentando a oferta de leitos de UTI de 527 para 633, sendo elas: Hospital São Pio X (Ceres), Hospital São Pedro de Alcântara (Goiás), Santa Casa de Misericórdia de Anápolis, Hospital Presbiteriano Dr. Gordon (Rio Verde), Hospital Sagrado Coração de Nerópolis, Hospital Municipal de Itaberaí, Hospital Municipal de Morrinhos, Hospital Municipal de Porangatu e Hospital Municipal de São Luís de Montes Belos, 1ª e 2ª etapas até 2013; implantar a Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS; ampliar, dentro da Política Estadual de Fortalecimento da Rede Hospitalar para o SUS, a oferta de leitos hospitalares para a Microrregião Entorno Norte de 369 existentes em 2011, passando para 590 leitos até 2015; Construir três hospitais, reformar, ampliar, equipar e/ou concluir hospitais; Ampliar o número de leitos existentes , referentes à Unidade de Terapia Intensiva Adulto, passando de 10 leitos para 20; Implantar 30 leitos de isolamentos pediátricos; Ampliar de dez para 15 leitos pediátricos no Hospital de Doenças Tropicais; Implantar 172 Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospitais Gerais; Definir uma política para o Hospital de Dermatologia Sanitária de Goiás; estruturar uma unidade de serviço de tratamento assistido no Hospital de Doenças Tropicais e um ambulatório para atendimento aos portadores de hepatites virais (B, C e D), qualificar profissionais no método canguru.</p>
Mato Grosso	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: não informa o total de hospitais. 4 Hospitais Regionais Estaduais e 2 Hospitais Universitários, sendo 1 Federal e 1 Filantrópico. Descrição dos serviços oferecidos por microrregião e município.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 7.210 leitos, sendo 5.208 leitos estão disponíveis para o SUS, sendo 2.522 em hospitais conveniados e 2.686 em hospitais públicos. Déficit de 2.727 leitos hospitalares e 534 leitos de UTI</p> <p>- Morbidade hospitalar e tendências: doença do aparelho respiratório (custo com internação foi de R\$106.049.911,9), infecciosas e parasitárias, aparelho digestivo, causas externas, aparelho circulatório e neoplasias. Na infância (menores de 10 anos) as hospitalizações concentram-se nas causas respiratórias (37,0%); nos adolescentes e adultos, no atendimento de lesões por envenenamento e entre os idosos nas doenças do aparelho circulatório, em segundo as doenças do</p>

	<p>aparelho respiratório. Coeficiente de morbidade hospitalar por violência foi apresentado.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas: Lei do acompanhante - a falta de espaço físico, o despreparo do acompanhante e, principalmente a resistência da equipe. Dificuldades para a implantação Hospital Amigo da Criança, Método Canguru. Há necessidade de especificação para abordagem geriátrica e gerontológica, integral e integrada em nível ambulatorial e hospitalar. - Financeiro: Incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas é recebido por 19 estabelecimentos hospitalares, totalizando R\$ 78.343,00. - Capacitação: realização de oficinas para capacitar os profissionais, de forma a qualificar suas informações quanto ao controle de infecções. Foi criado o “Núcleo de Educação Permanente em Transplantes” - foram qualificados-capacitados 580 profissionais de saúde. - Rede de Atenção em Saúde Bucal: importante a estruturação de uma rede de atenção integral em saúde bucal, prevendo a atenção hospitalar, com fluxo estabelecido de regulação da atenção primária à alta complexidade. - Serviços de Urgência e Emergência: descrição da localização dos serviços. - Regulação: complexos reguladores foram implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências
<p>Mato Grosso do Sul</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: gestão municipal: 32 Unidades, sendo 09 públicas (01 federal, 01 estadual e 07 municipais); 17 filantrópicas e 06 com fins lucrativos, contratadas pelo SUS. Gestão estadual: 28 hospitais municipais, 27 hospitais filantrópicos, 13 hospitais privados com fins lucrativos e 03 centros de especialidades médicas. - Morbidade hospitalar e tendências: gravidez/parto/puerpério; doenças infecciosas; transtornos dos aparelhos respiratório, circulatório, digestivo e gênito-urinário. Trauma com complicações ortopédicas e neurológicas como principais causas de utilização dos serviços de urgência. - Problemas: Baixa produtividade do Hospital Regional Rosa

	<p>Pedrossian e fragilidade nos controles operacionais.</p> <p>- Descrição das ações e metas: fortalecer a rede hospitalar pública e filantrópica, através do incremento contínuo do processo de contratualização; Inserção dos hospitais na rede regionalizada de atenção à saúde; Concluir, em 2012, a implantação da tipologia das unidades hospitalares, com a respectiva contratualização e revisão dos critérios de financiamento, considerando os 18 hospitais regionais (micro e macro) e os 51 hospitais locais (entre eles as Unidades de Apoio à Atenção Básica); Implementar as atividades da Câmara Técnica de Atenção Hospitalar; Implantar e implementar a Política Estadual de Humanização; Plano de Ação do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.</p>
Sudeste	
Espírito Santo	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: não informa o total de hospitais. 10 hospitais próprios. Descrição do histórico, das especialidades e leitos de cada hospital por região de saúde.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: 8201 leitos hospitalares sendo 5645 leitos SUS e 2556 não SUS. Destes 392 leitos de UTI – SUS e 352 não SUS. Ainda existe um déficit de 2971 leitos clínicos e 452 leitos de UTI para todo o ES . Descrição por região de saúde.</p> <p>- Construção, reforma e ampliação de hospitais: dois novos hospitais serão entregues a partir de 2013. 424 novos leitos com 40 novos leitos de UTI.</p> <p>- Rede urgência e emergência: se iniciará pela região metropolitana com definição e pactuação dos pontos de atenção para as urgências clínicas do trauma, do IAM (dor torácica) e do AVC (déficit neurológico agudo).</p> <p>- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: estado encontra-se na fase 1, realizando diagnóstico situacional de todos os serviços municipais de saúde</p> <p>- Regulação: O Complexo Regulador Estadual terá início de sua implantação em 2013, será implantado em consonância com o desenho da regionalização estadual, como também das redes de atenção à saúde, desde a atenção básica, até a mais complexa atenção</p>

especializada ambulatorial e hospitalar.

- **Conselhos gestores:** Existem 19. Descrição dos hospitais envolvidos.

- **Descrição das ações e metas:** Implantações das linhas de Cuidado do trauma, AVC, IAM e Abdômen Agudo nos serviços pré-hospitalares e as portas de entrada de referência (Hosp.); Inserir práticas corporais (do in e shantalla) na rede de atenção a saúde da mulher e da criança; Implantar 282 leitos de atenção integral nos hospitais da rede própria e filantrópicos; Implantar 16 Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar; Instituir diagnóstico do câncer de boca em 100% dos CEOS, rede municipal e ambulatoriais dos hospitais referências de alta complexidade (em 100% dos serviços); Ampliação da Capacidade da Rede Hospitalar própria através de adequação e construção de Unidades Hospitalares; Ampliação e/ou complementação da capacidade assistencial da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; Ampliação da assistência relativa às ações ambulatoriais, de urgência e emergência, bem como de média complexidade hospitalar por meio da inserção dos hospitais de pequeno porte; Regulação de 100% dos leitos dos Hospitais da rede Estadual de Saúde; Regulação de 100% dos leitos dos Hospitais Filantrópicos; Integração dos sistemas MV 2000 - hospitalar com o MV regulação no controle da alta hospitalar em 100% dos hospitais que possuem o sistema e fazem atendimento aos usuários do SUS; Integração do MV 2000-hospitalar com o MV regulação para acompanhamento da evolução médica, imediatamente após o cadastramento do paciente para a transferência ou auto internação, em 100% dos hospitais que possuem o sistema e fazem atendimento aos usuários do SUS; Implantar uma Unidade de Cuidados Geriátricos no Hospital Dório Silva com 40 leitos, sendo 30 leitos para pacientes geriátricos em recuperação funcional e 10 leitos de cuidados paliativos; Adotar Equipe Multidisciplinar de Avaliação e Cuidados Geriátricos em 100% dos hospitais gerais da rede própria ou conveniada/contratada; Estruturar 3 ambulatoriais de pic na rede de atenção a saúde da mulher e da criança no Hospital Dório Silva, Himaba e centro de parto normal; Implantar e consolidar a gestão por resultados na SESA, Superintendências Regionais de Saúde e Hospitais próprios; Contratar 100% Entidades Privadas Com e Sem Fins Lucrativos,

	<p>Prestadoras de Serviços de Saúde, Ambulatorial e Hospitalar, de Forma Complementar, do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, Sob Gestão Estadual; Reorganização física e funcional das Unidades Hospitalares e Administrativa da SESA (incluindo padronização de Mobiliário e Recursos da tecnologia da informação); Realizar auditoria de prontuário de todos os pacientes internados, em hospitais não conveniados/contratados, devido à inexistência/insuficiência de leitos na rede SUS (CRIU/Decisão Judicial); Implementação de novos Modelos de Gestão e modernização dos Hospitais e/ou Serviços contratualizados pela SESA, a partir dos estudos realizados em parceria com a SEGER. Fomentar a implantação de Conselhos Gestores em 100% dos Hospitais Filantrópicos contratualizados e nas unidades geridas por OS.</p>
Minas Gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: não informa o total de hospitais. 20 unidades hospitalares mantidas por uma fundação hospitalar (maior rede de hospitais públicos da América do Sul) para a população mineira e de outros estados. Descrição da missão e visão da fundação. Descrição das características de alguns hospitais. - Aumento de custos: perfil demográfico “envelhecido” aumenta os custos, já que o idoso necessita de mais consultas, medicamentos, exames complementares e hospitalizações. - Morbidade hospitalar e tendências: causas externas demandam atendimento nos serviços de saúde de alta complexidade como cirurgias complexa. Altos índices de morbimortalidade relacionados a traumas, doenças agudas e agudização de doenças crônicas no país. - Construção, reforma e ampliação de hospitais: estão sendo implantados oito hospitais de maior porte que deverão atuar como referência regional nas principais cidades mineiras, conforme necessidades identificadas a partir do diagnóstico da atenção hospitalar, facilitando o acesso da população às unidades de saúde de média e alta complexidade. Ampliação para 145 hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS. - Regulação: estratégias de implementação para superação do desafio são propostas: Regulação do acesso às internações hospitalares da população de referência nos municípios mineiros; Ampliação das possibilidades de acesso à assistência hospitalar através dos Complexos Reguladores; Melhorar o tempo de resposta das Instituições hospitalares.

	<p>- Urgências: fragmentado e pouco resolutivo, marcado pela carência de leitos resolutivos, pela inexistência de um fluxo de comunicação contínuo entre os pontos de atenção aliado a não adoção de um sistema de classificação de risco padronizado (o que leva à superlotação das unidades de prontos-socorros com pacientes de baixo risco), além da baixa cobertura territorial dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).</p> <p>- Redes de Atenção às Urgências e Emergências: descrição dos componentes e características (hospitais de referência em diversas especialidades; organizados numa Rede articulada e integrada com os outros componentes por meio dos sistemas logísticos).</p> <p>- Saúde mental: Número insuficiente de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, existência de pacientes cronicamente internados em hospitais especializados psiquiátricos.</p> <p>- População penitenciária: deliberada revisão financeira para a cobertura dos procedimentos de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar na PPI, destinada à população penitenciária.</p> <p>- Problemas: sistemas fragmentados geram a descontinuidade da atenção, estruturas de atendimento com foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar, ênfase nas intervenções curativas e reabilitadoras, pouco direcionadas na prevenção e promoção da saúde, atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico e por fim o financiamento por procedimentos; ausência de profissionais de saúde, principalmente, com destaque para algumas especialidades médicas; ausência de centros especializados</p> <p>- Necessidades de saúde: mudanças conceituais no foco da atenção hospitalar prestada, deslocando-a da ótica privilegiada da doença e a centrada na disponibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde para um modelo de cuidado centrado, nas efetivas necessidades de saúde de usuário, contemplando suas relações e espaços de vida.</p> <p>- Gestão da Política Hospitalar: Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS – PRO-HOSP (desenvolvimento de um parque hospitalar SUS capaz de operar com eficiência e qualidade) → tem investido na reestruturação da rede hospitalar com foco na</p>
--	---

	<p>readequação das instalações físicas, incorporação de adensamento tecnológico e ampliação de oferta de serviços destinados ao SUS através da aquisição de equipamentos e custeio das atividades assistenciais. Além disso, tem-se trabalhado o fortalecimento da gestão desses hospitais favorecendo as melhores práticas de assistência e de gestão;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Telediagnóstico e teleconsultoria: descrição da disponibilização de laudos e relatórios para diagnósticos e teleconsultoria, via internet ou outras ferramentas tecnológicas. - Descrição das ações e metas: Aumentar e garantir o número de ofertas de serviço de Média e Alta Complexidade em âmbito ambulatorial e hospitalar priorizando os vazios assistenciais; Destinar maior aporte de recursos financeiros para leitos hospitalares (acrescer Autorização de Internação Hospitalar - AIH) e leitos de terapia intensiva, leitos obstétricos e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, bem como de Alta e Média Complexidade; Fortalecer a atenção hospitalar e ambulatorial como pontos relevantes e resolutivos das redes de atenção à saúde, através da implantação de política de estímulo aos hospitais socialmente necessários, da implantação de novos centros especializados e do desenho de novas redes temáticas; Fortalecer a rede hospitalar do SUS a fim de reduzir a dependência com a rede privada; Implantar a Rede de Atenção à Urgência e Emergência nas Regiões Ampliadas de Saúde do Estado de Minas Gerais e aprimorar o seu funcionamento; instituir ou promover redes de saúde mental, rede viva integrada, otimizada e organizada; Ampliar em 200 o número de Leitos de saúde mental em Hospital Geral no estado para 2015; Reduzir a frequência de quadros de agudização e o número de internações hospitalares de idosos por fratura de fêmur; Realização do processamento da produção hospitalar apresentada pelos municípios sob gestão financeira do Estado, obtendo como frequência 432.327 autorizações de internações hospitalares por ano (estimativa) até 2015; Ressarcir a produção hospitalar financeira que extrapola o teto MAC definido na PPI Assistencial de MG, mediante mecanismos de regulação do Sistema Estadual de Regulação em Saúde expressos nas Deliberações correlatas, até 2015, com 4 resoluções de ressarcimento publicadas por ano. Introdução do financiamento estadual para a atenção hospitalar em saúde bucal nos hospitais do PRO-HOSP. Descrição das
--	--

	metas de taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur e proporção de serviços hospitalares com contrato de metas firmado.
Rio de Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Morbidade hospitalar e tendência: 80% das internações hospitalares estão atreladas a algum tipo de doença não transmissível. 16,5 % dos casos novos e 25% do total de casos de tuberculose são notificados por hospitais. maior taxa de mortalidade por tuberculose no Brasil, com tendência de queda. Descrição da taxa de internação por doença respiratória por região de saúde. - Rede de Atenção Psicossocial: 0,39 leitos por 1.000 habitantes, 34 hospitais psiquiátricos com 6.265 leitos com tendência de queda e falta de expansão dos dispositivos da rede substitutiva. Cerca de 3.000 pessoas em situação de abandono, internadas há mais de 01 ano em hospitais psiquiátricos. - Rede de Urgência: 24 UPA estaduais e 20 municipalizadas. - Financeiro: dois hospitais contemplados com recursos financeiros e contam com o apoio de profissionais do Ministério, que auxiliam na elaboração dos planos de reestruturação dos setores de emergência destas unidades. - Redes: organização por meio da criação de dois hospitais. - Descrição das ações realizadas em regime de internação hospitalar: o credenciamento de um Banco de Olhos público, o credenciamento de novos Centros Transplantadores, a contratação de médicos intensivistas para suporte aos hospitais notificantes e de equipe cirúrgico-anestésica para captação de órgãos e realização de cursos para profissionais de saúde em coordenação de transplante. - Regulação: descrição das áreas de atuação. Ainda não há sistema de regulação informatizado em todas as centrais. - Problemas: cinco serviços isolados de radioterapia, que precisam ser integrados a uma unidade hospitalar que possua cirurgia oncológica e quimioterapia. - Descrição das ações e metas: Apoiar a estruturação das comissões de infecção hospitalar em 27 municípios que possuem leitos cadastrados em unidades com serviços de alta complexidade. Meta de criação de dois hospitais; Implantar, no mínimo, mais 2 dispositivos da PNH em 100% dos hospitais estaduais de urgência e emergência;

	<p>Implantar o Acolhimento com Classificação de Risco em 100% dos hospitais regionais apoiados pelo Programa de Apoio aos Hospitais do Interior – PAHI; Ampliar em 20% o número de Unidades Básicas Amigas da Amamentação e em 50% o número de Hospitais Amigos da Criança no Estado; Implantar o Serviço SOS Mulher (referência para atendimento às mulheres vítimas de violência) em 03 unidades hospitalares de urgência e emergência da SES; Apoiar a implantação do serviço SOS Mulher (referência para atendimento às mulheres vítimas de violência) em unidades hospitalares de urgência e emergência em 100% das regiões; Implantar processos de melhoria da qualidade em 50% das unidades hospitalares contempladas pelo Programa de Apoio aos Hospitais do Interior – PAHI.</p>
São Paulo	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 582 hospitais. Descrição por natureza e porte por departamento regional de saúde. Parte importante dos hospitais do SUS e de natureza filantrópica e reserva parcela de seus leitos para atendimento privado (Sistema de Saúde Suplementar). Descrição dos hospitais psiquiátricos. - Descrição do número de leitos hospitalares: A rede hospitalar (SUS e privado) do Estado possui 85 mil leitos no total. Descrição dos números por natureza do hospital, leitos SUS e por mil habitantes. Não se pode afirmar, de forma geral, que faltam leitos. - Descrição de indicadores hospitalares: taxa de ocupação média por porte de hospital. - Morbidade hospitalar e tendência: gravidez, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório. Descrição da mortalidade neonatal e materna. Redução significativa: transtornos mentais (26%) e doenças endócrinas. - Descrição do número de internações: descrição por especialidade, SUS e natureza do prestador, variação entre 2001 e 2010, segundo DRS de residência do paciente. AIH segundo natureza do prestador. Redução do número de partos nos hospitais do SUS, aumento do número de cesáreas. - Sistema de Vigilância Epidemiológica: produção de dados inéditos sobre infecção hospitalar. Aumento do número de hospitais notificantes. - Redes regionais: A cobertura do setor privado de planos de

	<p>saúde deve ser levada em conta no planejamento das necessidades das redes regionais do SUS e no cálculo de indicadores de cobertura, especialmente naquelas regiões com grande rede privada hospitalar e ambulatorial, que atende aos planos e seguros de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saúde mental: descrição dos hospitais psiquiátricos e número de leitos, número de internações em queda, alta demanda e altas taxas de ocupação. - Problemas: O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária e de difícil sustentabilidade econômica. Este tipo de unidade hospitalar precisa ser redesenhada. Instalação de leitos se desenvolveu historicamente de maneira desordenada. - Financeiro: descrição dos valores pagos pelo SUS para o total de produção ambulatorial e hospitalar em 2001 e 2010. - Redes de Atenção à Saúde: necessidade de análise cuidadosa da situação dos serviços em cada região, levando em conta as inúmeras circunstâncias que devem permear o processo de planejamento do sistema de saúde → podem substituir a criação de hospitais. - Prioridades: O controle do risco sanitário decorrente da prestação de serviços de saúde e de serviços de interesse da saúde assim como dos trabalhadores que neles atuam
Sul	
Paraná	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 503 hospitais. Descrição por tipo de estabelecimento, nível de atenção e natureza da organização. 55 HPP. Há 17 hospitais da rede própria (descrição por município e por especialidade). Foi realizado Diagnóstico Situacional dos Hospitais Próprios, trabalho do qual foram levantados vários pontos críticos e oportunidades de melhoria. - Descrição do número de leitos hospitalares: descrição do número de leitos por tipo, especialidade médica, regional de saúde. e nos três hospitais universitários. - Construção, reforma e ampliação de hospitais: construção de um hospital em andamento. - Morbi-mortalidade hospitalar e tendência: doenças do aparelho circulatório, aparelho respiratório, causas externas, gravidez, parto e puerpério, neoplasias, aparelho digestivo, transtorno mentais e

comportamentais, algumas afecções originadas no período perinatal, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças sist.. osteomuscular e tecido conjuntivo. 68,2% dos óbitos foram considerados evitáveis. Desses, 53% apresentaram como causa problemas na atenção hospitalar e ambulatorial

- **Descrição do número de internações:** distribuição de AIH por modalidade de gestão e complexidade. 776.640 AIH em 2011 com um custo total R\$ 906.256.784,27.

- **Financeiro:** descrição dos valores gastos em internações hospitalares pelo SUS por morbidade.

- **Descrição dos programas:** Farmácias dos Hospitais e Unidades Próprias, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (número de estabelecimentos credenciados), Banco de Leite Humano, Oxigenoterapia Domiciliar Prolongada, serviços transplantadores e bancos de órgão/tecido, atenção domiciliar, Transporte Inter-hospitalar Medicalizado, Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do Sistema Único de Saúde

- **Transplante de órgãos e tecidos:** descrição da quantidade por mês em 2011 e por serviço.

- **Saúde mental:** descrição da capacidade assistencial. Existem municípios que ainda não possuem Rede Substitutiva efetiva.

- **Urgência:** descrição teórica do processo de cuidado na urgência e emergência. Descrição das portas hospitalares de urgência.

- **Força de trabalho:** descrição do número de servidores efetivos, de nível superior, nível médio e fundamental e por tipo de serviço. Há necessidade de efetuar novos chamamentos de concursados.

- **Problemas:** número de leitos é insuficiente devido à baixa escala e baixa eficiência da grande maioria dos hospitais que atendem SUS.

- **Descrição das ações e metas:** - Implantar o HOSPSUS (Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar no SUS Paraná); Implantar a Rede de Urgência e Emergência do Estado do Paraná. Constituição das referências para o atendimento hospitalar e ambulatorial para as gestantes e crianças de risco habitual, intermediário e alto risco; Implantação da classificação de risco com garantia da referência ambulatorial e hospitalar para atendimento das gestantes e crianças de

	<p>risco; Investimento nas unidades hospitalares, ampliando o número de leitos de UTI adulto e neonatal nas regiões que se fizerem necessárias; Implantação do Incentivo financeiro de Qualidade ao Parto (IQP) – para os hospitais que atenderem aos requisitos definidos para atendimento à gestante e à criança com qualidade. Ampliação e qualificação do componente hospitalar do SUS na área de Urgência e Emergência, ampliando os serviços assistenciais de urgência, compreendendo: aumento do número de leitos de UTI adulto e pediátrico, leitos de retaguarda clínico-cirúrgica, serviços hospitalares de emergência/pronto socorros, instalação de helipontos e ampliação do parque de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, por meio das ações do Programa de Apoio aos Hospitais Públicos e Filantrópicos – HOSPSUS; Implementação do serviço de transporte inter-hospitalar, qualificando o serviço de transporte de pacientes críticos, integrando-o aos SAMU Regionais e ampliando sua capacidade de intervenção; Prestação de atendimento ambulatorial e hospitalar em reabilitação; Estruturação e funcionamento do Hospital Estadual de Reabilitação; diversas ações na área de saúde do idoso.</p>
Rio Grande do Sul	<p>- Descrição do quantitativo de hospitais: descrição dos serviços especializados em traumatologia-ortopedia, oncologia, neurologia e cardiologia por macrorregião.</p> <p>- Descrição do número de leitos hospitalares: descrição do número de leitos por mil habitantes por região de saúde e do número de leitos por hospital e por linha de cuidado. Descrição das necessidades de leitos hospitalares (internação e complementares), capacidade instalada e déficit (leitos totais e leitos SUS). Descrição dos leitos em HPP. Na sua maioria, as UTI não estão adequadas aos parâmetros exigidos pelo MS/ANVISA, conforme a regulamentação específica da área (Regulamentação de Diretoria Colegiada da ANVISA de número 7 - RDC 7 de 02/2010 e anteriormente, a Portaria MS/GM 3432/98), tanto em recursos humanos como em infraestrutura física e de equipamentos.</p> <p>- Morbidade hospitalar e tendências: variações populacionais, geográficas e temporais na distribuição das taxas de internações hospitalares por causas selecionadas, o que sugere situações de desigualdades e tendências que demandam ações específicas. Doenças do aparelho respiratório, circulatório e Gravidez, Parto e Puerpério.</p>

	<p>Aumento nas internações hospitalares e no registro de casos de dengue com complicações e hemorrágica. Em adultos, doenças das veias e vasos linfáticos e doenças isquêmicas do coração. Em idosos, doenças isquêmicas do coração e de doenças cerebrovasculares. Descrição das Neoplasias, Afecções perinatais, Causas Externas e das regiões com maiores taxas de internações por DM. Discussão sobre as condições sensíveis à atenção básica.</p> <p>- Descrição do número de internações: A série histórica de 2008 a 2011 revela uma media de 721.462 internações anuais, com um decréscimo em 2011 para 704.410 internações.</p> <p>- Programas: descrição do Programa de Aleitamento Materno e hospital Amigo da Criança. Descrição do serviço Hemocentro do Rio Grande do Sul.</p> <p>- Modelo integrado de atenção: proposta de implantação de um modelo integrado de atenção à gestação de alto risco, abrangendo a linha de cuidado da gestante, da atenção básica aos demais níveis de complexidade, a criação de ambulatórios de referencia para alto risco (AR), com matriciamento das equipes da atenção básica, formando-se a rede de atenção a gestante. A partir da identificação dos vazios assistenciais e/ou da oferta insuficiente de serviços, deverão ser desenvolvidas estratégias com o objetivo de ampliar o acesso com qualidade à atenção especializada ambulatorial, incluindo consultas, exames, equipes multiprofissionais e outros procedimentos. Para isto serão qualificados os serviços existentes, tanto em estruturas hospitalares quanto extra-hospitalares. Estes serviços comporão a rede servindo como referencia para garantir o seguimento da atenção aos usuários, de acordo com as diferentes linhas de cuidado; os primeiros serviços implementados serão aqueles por especialidades os quais demandam maior necessidade de assistência.</p> <p>- Linha de Cuidado em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas: descrição dos serviços componentes e suas características. Criação do projeto Estratégico de Governo, em torno dos seguintes focos de trabalho: Linha de Cuidado como estruturante do redirecionamento do modelo de atenção; Fortalecimento da Atenção Básica; Expansão e Qualificação da Atenção Psicossocial Estratégica; Qualificação do componente Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização.</p>
--	--

	<p>- Organização de uma rede hospitalar: análise da capacidade hospitalar deve contemplar a necessidade de inserção destes estabelecimentos nas redes de atenção em saúde e a adequação dos mesmos a mudança de perfil demográfico e epidemiológico da população. A transição demográfica acelerada exige assim a organização de uma rede hospitalar que sirva de retaguarda para a atenção primária, de forma regionalizada, hierarquizada e resolutive → requer aprimoramento dos instrumentos de gestão desses estabelecimentos.</p> <p>- Rede de Urgência e Emergência: descrição teórica da rede.</p> <p>- Financeiro: descrição dos recursos estaduais repassados a instituições privadas sem fins lucrativos, hospitais públicos e hospitais próprios entre os anos de 2006 a 2011 (gradual aumento no repasse). A Política de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Secundária e Terciária em Saúde (PIES-AST) – concedera os valores por meio de incentivos fixos e variáveis. Descrição do incentivo financeiro estadual por mês por leito habilitado em hospitais cuja população inteira de referencia esteja coberta por CAPS ou NAAB, e pelos demais hospitais. Recursos repassados em Decorrência de Sazonalidades aos hospitais de referencia regional do Litoral Norte. Criação de incentivo específico para habilitação de leitos prisionais em Hospitais Gerais, tendo em vista a regionalização dos leitos,</p> <p>- Regulação: descrição da atuação do complexo regulador estadual e regulação dos serviços nos municípios e das melhorias estruturais, como na área de transplantes. Descrição do total de Solicitações de Internações com acesso regulado por mês, proporção de regulações reguladas com Conclusão até 2 horas após a Solicitação e proporção de transferências com destino até 300 km.</p> <p>- Descrição das ações e metas: Ampliar e Qualificar a Atenção Secundária e Terciária (metas de ampliação de leitos complementares e de internação, realização de censo estadual dos leitos de UTI, capacitação de profissionais, aumentar o número de municípios com serviço de telecardiologia) Instituir 01 serviço de retaguarda de cuidados críticos a distancia (tele UTI) para pacientes críticos fora de UTI ou com problemas de estrutura; Implementar o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC) em 17 hospitais; Concluir a obra do hospital público regional de Santa Maria e implementar o seu funcionamento; Apoiar a</p>
--	---

	<p>construção do hospital público regional em Palmeira das Missões; apoiar a construção do hospital publico regional no Vale do Gravataí; Apoiar a ampliação do Hospital São Vicente de Paulo no município de Osorio; Elaborar projeto assistencial para captação de recurso financeiro junto ao Ministério da Saúde para construção de um hospital publico regional na Região Fronteira Oeste; Implementar serviços ambulatoriais de atenção secundaria e terciaria para diagnostico e tratamento nas regiões e/ou macrorregiões de saúde, para ampliação ou qualificação de acesso, conforme pactuação; Reavaliar as referências nas especialidades de Alta Complexidade em Oncologia, Cardiologia, Traumato/Ortopedia e Neurologia com as respectivas pactuações em CIB; Proceder à avaliação e liberação dos medicamentos Trastuzumab e Imatinib para as 26 unidades de oncologia; Definir indicadores de qualidade a serem utilizados no controle de resultados para os leitos de UTI (Instrução Normativa Anvisa / DC No 4/2010 e Escore Fisiológico Agudo Simplificado - SAPS 3); Estruturar, fortalecer e qualificar 100% da Hemorrede Publica; Implementar o atendimento ambulatorial multidisciplinar para 100% dos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias e Coagulopatias em parceria com a Rede Hospitalar; Disponibilizar plasma de qualidade para encaminhar para a Indústria Brasileira de Hemoderivados (HEMOBRAS). Implementar a Rede de Unidades Sentinela de Vigilância Hospitalar, totalizando 15 unidades; Promover e garantir o cuidado e a atenção integral as vítimas de transito, visando ao seu atendimento desde o nível pré-hospitalar móvel e fixo ate a reabilitação hospitalar e ambulatorial. Ampliar o numero de leitos psiquiátricos em hospital geral, totalizando 2015; Implantar leitos de álcool e de drogas em hospital geral, totalizando 842. Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência: Instituir um incentivo financeiro para rede de reabilitação hospitalar a pessoa com deficiência; Implantar linhas de cuidado em reabilitação hospitalar em 100% das unidades hospitalares que compõem a rede de atenção terciaria. Saúde da População Negra: Habilitar 03 (três) hospitais, fora da região metropolitana, como Centros de Referencia em Doença Falciforme; Levantar em hospitais públicos e conveniados o que se refere à execução do funcionamento dos conselhos gestores e das comissões técnicas; Informatizar a totalidade do processo regulatório em 670 leitos de UTI regulados; Regular 470.000</p>
--	--

	<p>internações hospitalares gerais; Concluir 30% dos casos regulados para UTI em até 2 horas; Garantir a proporção de 90% de transferências hospitalares para UTI reguladas com destino inferior a 300 km; Implantar Hospital Regional em Santa Maria, Palmeira das Missões e Vale do Gravataí; ampliar o Hospital de Osório; Ampliar os campos de prática da Residência em Saúde Mental, contemplando os serviços da rede substitutiva e hospital geral.</p>
Santa Catarina	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do quantitativo de hospitais: 213 hospitais vinculados ao SUS. Destes, 22 são públicos, 190 privados e 01 universitário. 188 hospitais conveniados com o SUS para atendimento obstétrico. Noventa hospitais estão habilitados para o atendimento a pacientes psiquiátricos. 19 hospitais amigos da criança e seis maternidades que possuem leitos para o método canguru. 01 Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Descrição do quantitativo de prestadores hospitalares sob gestão estadual. - Descrição do número de leitos hospitalares: descrição do número de leitos SUS por especialidade (11.825) e leitos de UTI por macrorregiões. A Central de Leitos de UTI é responsável pela administração dos leitos de terapia intensiva habilitados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). - Descrição de indicadores hospitalares: descrição da taxa de internação hospitalar pelo SUS por 100 habitantes e Proporção das internações hospitalares do SUS por faixa etária e sexo; taxa de internação hospitalar em pessoas idosas por fratura de fêmur (elevada incidência de quedas). - Morbi-mortalidade hospitalar e tendências: partos, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas. Destaque para a mortalidade por causas externas na população feminina. Descrição da morbidade feminina e masculina, e de idosos. Destaque para as zoonoses, Doenças Imunopreveníveis e Imunização, Influenza H1N1. - Saúde Bucal na Assistência Hospitalar: direciona-se quase que exclusivamente aos pacientes portadores de trauma bucomaxilofacial. - Rede de Atenção à Saúde Mental: descrição do quantitativo de serviços e leitos. A perspectiva de uma política de atenção integral em saúde mental no Estado implica em solucionar vários problemas:

descrição dos problemas identificados.

- **Urgência e Emergência:** descrição dos componentes por região de saúde.

- **Regulação:** descrição dos hospitais no SISREG e exames e consultas disponibilizados. O Complexo Regulador Estadual, no estágio de implantação em que se encontra, busca sensibilizar as Unidades Hospitalares próprias da SES, no sentido de aumento da oferta de procedimentos que atendam a demanda dos usuários.

- **Financeiro:** Os hospitais públicos e os privados contratualizados tem sido uma preocupação constante do governo absorvendo quase 70% das despesas públicas em saúde. O recurso referente ao Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar está alocado na PPI.

- **Alta e média complexidade:** investindo na ampliação e estruturação dos serviços de Média e Alta Complexidade nas seguintes áreas: ampliação de leitos de psiquiatria, incentivo hospitalar, rede catarinense de telemedicina, serviço móvel de urgência e emergência (SAMU); transporte paciente em UTI móvel (terrestre e aéreo), ampliação dos leitos de UTI e convênios estaduais.

- **Resíduos de Serviços de Saúde:** realizadas inspeções nos estabelecimentos hospitalares do Estado, com o objetivo de verificar o cumprimento da legislação vigente. . A partir de 170 roteiros de inspeção sanitária aplicados nos estabelecimentos hospitalares, estabeleceu-se uma série histórica com informações sobre: geração, segregação, acondicionamento, coleta, transporte e armazenamento

- **Implantação de Organização de Procura de Órgãos:** aguarda parecer do MS. O cadastro único estadual de receptores registrou em 31/12/2010 a demanda de 1741 pacientes para diferentes órgãos e tecidos

- **Problemas:** dificuldade de acolher a demanda de cirurgias, devido à falta de equipamentos, falta de recursos humanos, inadequação das estruturas físicas das salas cirúrgicas, ocasionando grande fila de espera em especialidades de média e alta complexidade. Hospitais em sua maioria são de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas e em sua maioria realizam internações clínicas. Falta de autonomia orçamentária, financeira e técnico-administrativa;

	<p>limitações de ordem fiscal especialmente quanto à admissão e expansão de recursos humanos; falta de agilidade nos processos licitatórios para aquisição de insumos de necessidade urgente. Gestão burocrática e centralizada; Ausência de um plano de preparação e resposta para atuar em situações de emergência como enchentes, enxurradas e deslizamentos. Insuficiência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e serviços extra-hospitalares. Deficiência na infraestrutura da rede hospitalar estadual própria na prestação de serviços de média e alta complexidade; Falta de Plano Diretor dos Hospitais e redefinição da vocação dos mesmos conforme necessidade da rede estadual de saúde; Hospitais de pequeno e médio porte com baixa resolutividade nas quatro clínicas básicas com a realização exclusivamente das internações clínicas. Concentração de serviços especializados de saúde e hospitais com grande capacidade de resolução na macrorregião da Grande Florianópolis. Pouca disponibilização de consultas dos hospitais próprios da SES na central de marcação de consultas.</p> <p>- Capacitação de profissionais: houve um incremento de 38 para 42 novos programas para médicos residentes. 7.750 estagiários na modalidade “estágios obrigatórios”, provenientes de 43 instituições de ensino oriundos de 14 diferentes cursos de nível técnico-profissionalizante, graduação superior e pós-graduação.</p> <p>- Descrição das ações e metas: incentivar o aumento da oferta de leitos em hospitais gerais para a atenção em saúde mental, álcool e drogas, conforme legislação vigente; Estruturar referencia para atendimento odontológico, em nível hospitalar em um ponto de atenção da rede. Ampliar o acesso da população aos serviços de Média e Alta Complexidade e promover a qualidade, integralidade, equidade e a humanização na atenção à saúde. Implantar a Política de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS nos Hospitais Públicos Estaduais; Estabelecer Política Estadual de Atenção Hospitalar, na concepção das Redes. Promoção e implantação de modelos públicos de gestão em hospitais das informações nos Sistemas de Informação do SUS.</p>
--	--