



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Domínguez Ugá, Maria Alicia; Machado López, Elaine
Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 12, núm. 4, julho-agosto, 2007, pp. 915-928
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012410>

- How to cite
- Complete issue
- More information about this article
- Journal's homepage in redalyc.org

redalyc.org

Scientific Information System
Network of Scientific Journals from Latin America, the Caribbean, Spain and Portugal
Non-profit academic project, developed under the open access initiative

Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS

Small hospitals and their insertion in Brazil's National Health System (SUS)

Maria Alicia Domínguez Ugá ¹

Elaine Machado López ²

Abstract *This paper analyses small hospitals (less than fifty beds) in Brazil, in terms of their geographical distribution, legal status, types of wards and units, structures and service production. Under a directive published in April 2004, the Ministry of Health contracts and encourages these hospitals to adapt their profiles to the new roles assigned to them in the health system; consequently, data from December 2005 is compared to data from April 2004. Results: Small hospitals represent 62% of Brazil's hospital network, with 18% of current beds. Located mainly in upstate municipalities with less than 300,000 inhabitants, they offer limited complexity and technological density, with a low occupancy rate (32.8%). There are no changes in their production profiles between 2004 and 2006, due to the brief period since the implementation of Brazil's small hospitals policy in 2004, which has not been supported by the corresponding investment plans and human resources policies. This is a strategic hospital segment for providing all-round care in the Brazil's National Health System, due to its nationwide capillarity, endowed with ample potential for providing primary care while ensuring seamless links with other levels of complexity.*

Key words *Small hospitals*

Resumo *Este artigo analisa o segmento dos hospitais de pequeno porte (HPP) brasileiros, considerando sua distribuição geográfica, sua natureza jurídica, tipo de unidade sanitária, estrutura e produção de serviços. Tendo em vista que a Portaria GM/MS No 1.044 de 2004 induz estes hospitais a adequar seu perfil ao novo papel que lhe foi definido na rede, foram comparados dados referentes a dezembro de 2005 com os de abril de 2004. Os resultados mostram que os HPP representam 62% da rede hospitalar brasileira e 18% dos leitos existentes, distribuídos, majoritariamente, em municípios de pequeno porte interioranos. São hospitais de baixa complexidade e densidade tecnológica e exibem uma baixa taxa de ocupação (32,8%). Não se observam mudanças no perfil da sua produção entre 2004 e 2006, em função do tempo decorrido desde a implantação da política e fundamentalmente porque esta política não foi acompanhada de uma política de investimentos e de recursos humanos. Trata-se de um segmento estratégico para a integralidade do cuidado no SUS, por sua participação no parque hospitalar e por sua capilaridade para o interior do país e pelo seu potencial de agregar resolubilidade à atenção básica, de garantir continuidade da assistência entre os diferentes níveis de complexidade.*

Palavras-chave *Hospitais de pequeno porte*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480/709, Manguinhos, 21041-210 Rio de Janeiro RJ. domingue@ensp.fiocruz.br

² Ministério da Saúde, SEPN.

Introdução

Os hospitais de pequeno porte (HPP) são, ultimamente, vistos como elementos estratégicos para a reformulação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS. Seja pela sua elevada participação no sistema, tendo em vista que representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro, seja pelo novo papel que deles se espera, uma vez consolidada a atenção básica através do Programa de Saúde da Família - PSF, este segmento hospitalar (mais especificamente, os estabelecimentos com até trinta leitos localizados em regiões sanitárias com menos de 30.000 habitantes) passou a ser objeto de política pública específica, consubstanciada na Portaria GM/MS No. 1.044, de 2004, que institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.

Por meio desse instrumento, os hospitais de pequeno porte são estimulados a aderirem voluntariamente (através da Secretaria Estadual de Saúde) a um processo de contratualização onde é redefinido seu papel na rede de serviços e são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas, em correspondência a um orçamento global, em substituição ao tradicional e problemático² sistema de pagamento por procedimento (SIH/SUS). Mediante esse processo, estes hospitais se dispõem a cumprir um novo papel na rede assistencial da microrregião em que se situam (pactuado com o gestor) e, em contrapartida, passam a receber recursos sob a forma de orçamento global para efeitos do financiamento das internações hospitalares, acrescidos do pagamento por procedimento no que tange à produção ambulatorial.

Além disso, a referida Portaria proíbe a criação, no SUS, de novas unidades hospitalares em regiões onde a necessidade de leitos seja inferior a trinta leitos, considerando os parâmetros de necessidades dispostos nesse instrumento normativo.

Este movimento em busca da redefinição do papel dos hospitais de pequeno porte - ou da sua "missão", nos termos de Crémadez³ - tem relação direta, obviamente, com a expansão da atenção básica através da estratégia do PSF. Nos municípios onde já há uma satisfatória cobertura, o hospital de pequeno porte - que na maior parte das vezes não tem um papel definido na rede assistencial - deveria ganhar relevância como ente prestador de serviços de média complexidade.

É nesse contexto que este artigo pretende analisar esse segmento hospitalar. Na seção seguinte

a esta apresentação, são tecidas considerações metodológicas. Na terceira seção, são analisadas as informações e, finalmente, na última seção, são apresentadas as conclusões do estudo.

Aspectos metodológicos

Este trabalho se constitui numa análise descritiva dos hospitais de pequeno porte no Brasil, que contempla os seguintes elementos: distribuição geográfica (macrorregiões, municípios segundo porte populacional), natureza jurídica do estabelecimento, tipo de unidade sanitária e produção de serviços, por tipo.

Trabalhou-se com bases de dados secundários: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (MS), para verificar elementos referentes à capacidade instalada desses hospitais, e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), para levantar informações relativas à produção desses estabelecimentos.

Foram considerados hospitais de pequeno porte os estabelecimentos com até cinquenta leitos que apresentaram produção em regime de internação, conforme Barbosa, *et al*⁴ Essa informação foi obtida mediante os registros do sistema SIH/SUS e, portanto, foram considerados todos os tipos de estabelecimento de saúde que apresentaram produção de internações, mesmo aqueles que não se constituem em unidades hospitalares propriamente ditas.

Tendo em vista que a referida Portaria GM/MS No. 1.044 foi aprovada em abril de 2004 e que mediante esse processo estes hospitais são induzidos a adequar seu perfil assistencial ao seu novo papel na rede, os dados analisados, referentes a dezembro de 2005, foram comparados com os de abril de 2004.

Vale mencionar, ainda, que no que tange aos dados sobre produção, o período estudado foi o ano de 2003 e o de 2005, com o intuito de levantar, nos sistemas SIA e SIH/SUS, informações sobre cada ano completo.

Resultados

Os hospitais de até cinquenta leitos somam 4.705 estabelecimentos, que representam 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. Sua vinculação ao SUS é muito expressiva: 78% dos HPP realizam internações para o SUS. Vale observar que, enquanto a totalidade dos hospitais brasileiros teve

um crescimento de 26% no período de 2004-2006, o número de hospitais de pequeno porte se elevou em 50%, elevação essa principalmente ocasionada pelas faixas de 5 a 10 e de 41 a 50 leitos, que tiveram um aumento de 148% e 101%, respectivamente. Note-se que, em parte, este aumento pode ser atribuído a uma maior adesão ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Corresponde a isso uma variação significativamente menor do número de leitos nesse período, que apresentou um aumento de apenas 2%, como se observa na Tabela 1. Esse duplo movimento decorre, por um lado, de uma forte indução à atualização do cadastro dos estabelecimentos de saúde (dada em boa parte pela migração, para efeito de pagamento, da base de dados de Autorizações de Internação Hospitalar – AIH do DATASUS para o CNES) implementada pelo Ministério da Saúde e, por outro, de uma tendência à adequação do número de leitos às necessidades da rede induzida pela política de hospitais de pequeno porte, mediante a referida Portaria.

Tendo em vista que se trata de hospitais de baixa complexidade, este redirecionamento da oferta está provavelmente relacionado à expansão da cobertura de atenção básica propiciada pela estratégia de Saúde da Família – PSF. Esta assertiva é confirmada por alguns dados de produção, analisados adiante: nada menos que 610 estabelecimentos de pequeno porte vinculados ao SUS não apresentaram Autorizações de Internação Hospitalar no ano de 2005 e, dessa forma, a taxa de ocupação média desse segmento é de apenas 32,8%.

A distribuição geográfica dos hospitais de pequeno porte

Os 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuem em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) interioranos. A região que mais concentra hospitais de pequeno porte é a nordestina, que detém 37% dos mesmos e 41% dos leitos, exibindo um crescimento importante (24%) no número de estabelecimentos entre 2004 e 2005, mas pouco significativo em termos do número de leitos (4%). Por sua vez, a Região Sul chama a atenção por ter tido o menor percentual de aumento dos hospitais (6%), concomitante a uma redução de 10% do número de leitos, como se observa na Tabela 1.

Esse fenômeno, em parte, deve estar relacionado aos elementos acima mencionados, introduzidos pela Portaria No. 1044/2004, que provo-

caram um aumento do número de estabelecimentos cadastrados, concomitante a um movimento de ajuste do número de leitos dos HPP às necessidades da microrregião.

No que concerne à distribuição desses hospitais segundo o porte populacional dos municípios em que se situam, observa-se na Tabela 2 que os HPP se concentram em municípios com menos de 30.000 habitantes (57%), principalmente em municípios com população entre 10.000 a 20.000 habitantes (22%). Note-se que mais da metade desses hospitais são a única opção de internação no município-sede do estabelecimento. Dessa forma, trata-se de um segmento estratégico para a efetivação do acesso à saúde e da integralidade do cuidado.

Vale mencionar, ainda, que o número de municípios com até 30.000 habitantes, que sediam a maior parte dos HPP (57%), apresentou uma variação negativa (- 20%), no período de estudo, ou seja, tudo indica que os hospitais de pequeno porte mais recentemente cadastrados o tenham sido em municípios de 30.000 ou mais habitantes. Isto não é fortuito, uma vez que a política do Ministério da Saúde definiu o segmento de hospitais candidatos a essa nova política não só a partir do número de leitos da unidade hospitalar (trinta leitos), mas considerou também o porte do município e/ou região de saúde em que eles se localizam ou para a qual sejam referência (até 30.000 habitantes). Esta variação provavelmente se relaciona com a indução prevista na referida política.

A distribuição dos HPP segundo porte, natureza jurídica e tipo de unidade

Dentre os 4.705 hospitais de pequeno porte atualmente existentes, predominam aqueles situados na faixa de 11-30 leitos, que concentram 48% dos HPP. As duas faixas extremas (de 5-10 e de 41-50) são as que detêm um menor número de estabelecimentos (766 e 763, respectivamente), como se observa na Tabela 3.

Quando comparada essa distribuição com a de 2004, verifica-se que a faixa de 11-20 leitos, embora predominante, foi a que menos cresceu, em comparação ao comportamento dos demais segmentos dos HPP; enquanto as duas pontas em termos de porte de leitos, embora minoritárias em termos numéricos, apresentaram o maior crescimento percentual (148% e 101%, respectivamente). Esse baixo crescimento dos hospitais de 11-20 leitos parece corresponder a uma migração dos mesmos para a faixa de 5 -10 leitos.

Tabela 1. Hospitais de pequeno porte (HPP) e leitos de HPP segundo região.

Região	Hospitais de pequeno porte (HPP), por faixa de leitos, segundo região – Brasil, 2005												
	5 a 10	Varição 2004/05	11 a 20	Varição 2004/05	21 a 30	Varição 2004/05	31 a 40	Varição 2004/05	41 a 50	Varição 2004/05	Total	%	Varição 2004/05
Norte	64	137,04	101	36,49	121	32,97	70	7,69	57	16,33	413	8,78	34,97
Nordeste	313	138,93	460	14,43	395	11,27	333	8,82	239	14,35	1.740	36,98	24,02
Centro Oeste	87	357,89	191	26,49	184	25,17	121	13,08	83	18,57	666	14,16	34,82
Sudeste	228	1.040,00	238	103,42	235	29,83	207	20,35	242	83,33	1.150	24,44	84,89
Sul	74	34,55	142	(5,33)	193	14,88	185	24,16	142	(17,92)	736	15,64	5,90
TOTAL	766	147,90	1.132	3,57	1.128	9,73	916	28,83	763	101,32	4.705	100,00	49,79

Região	Leitos de HPP, por faixa de leitos, segundo região – Brasil, 2005												
Norte	332	39,50	1.163	(2,60)	2.471	11,31	1.912	(11,85)	2.117	5,74	7.995	8,90	2,20
Nordeste	1.182	14,98	6.379	3,45	8.974	0,81	10.506	1,45	9.640	7,60	36.681	40,82	3,59
Centro Oeste	163	8,67	2.244	(1,23)	3.373	4,62	3.206	5,63	2.742	2,47	11.728	13,05	3,27
Sudeste	388	147,13	2.183	22,02	3.829	(6,06)	4.501	(7,82)	6.808	38,80	17.709	19,71	12,01
Sul	158	(56,83)	1.833	(18,28)	3.919	2,62	4.963	10,34	4.876	(25,39)	15.749	17,53	(9,80)
TOTAL	2.223	14,65	13.802	1,01	22.566	1,46	25.088	0,59	26.183	4,41	89.862	100,00	2,28

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

Tabela 2. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo porte populacional do município em que se localizam. Brasil, 2005.

População	5 a 10	Varição 2004/05	11 a 20	Varição 2004/05	21 a 30	Varição 2004/05	31 a 40	Varição 2004/05	41 a 50	Varição 2004/05	Total	%	Varição 2004/05
0 a 5.000	67	(4,14)	169	(13,06)	79	(0,83)	32	12,38	8	234,04	355	7,55	(5,29)
5.001 a 10.000	75	13,27	295	(14,13)	238	(10,25)	115	(18,72)	53	63,93	776	16,49	(8,57)
10.001 a 20.000	61	38,19	246	(12,90)	302	(4,90)	262	27,46	177	55,59	1048	22,27	8,78
20.001 a 30.000	25	69,90	62	(18,21)	136	(55,33)	144	27,42	130	85,58	497	10,56	(14,02)
30.001 a 40.000	23	275,15	31	(9,44)	57	1.205,79	67	6,05	69	69,47	247	5,25	66,19
40.001 a 50.000	17	1.286,41	26	93,33	34	345,08	51	54,90	41	163,38	169	3,59	138,68
50.001 a 60.000	12	144,66	14	(4,57)	16	1.600,00	18	6,46	22	116,14	82	1,74	75,73
60.001 a 70.000	17	54,05	16	118,12	20	510,89	10	(29,76)	21	119,21	84	1,79	84,77
70.001 a 80.000	18	633,98	9	47,23	16	109,45	16	38,31	22	144,96	81	1,72	120,39
80.001 a 90.000	5	500,00	12	96,30	13	48,91	13	143,48	7	289,71	50	1,06	127,49
90.001 a 100.000	17	1.286,41	4	(34,57)	20	2.000,00	14	162,21	13	97,39	68	1,45	252,98
Acima de 100.001	429	392,77	248	127,92	197	568,59	174	138,46	200	198,25	1.248	26,52	241,58
TOTAL	766	147,90	1.132	3,57	1.128	9,73	916	28,83	763	101,32	4.705	100	33,66

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

Quanto à natureza jurídica desses hospitais, predominam os privados (que representam 57% da totalidade) e, entre estes, entidades privadas com finalidade de lucro (39% do total), enquanto as beneficentes sem fins lucrativos representam 16%.

No que se refere aos HPP públicos (43% do total), predominam as unidades sob adminis-

tração direta da saúde (42%), como se verifica na Tabela 3. A maior parte das mesmas pertence à esfera municipal de governo, estando sob gestão estadual⁵.

A maioria (62%) dos HPP são hospitais gerais, enquanto as unidades mistas representam 19% da totalidade desse segmento (Tabela 4). Vale observar que, como mencionado na Metodolo-

gia, fazem parte deste grupo alguns estabelecimentos não hospitalares (postos e centros de saúde, policlínicas, dentre outros), por terem apresentado autorizações de internação hospitalar. Entretanto, como se observa na Tabela 4, existe um movimento de reversão desse singular fenômeno, tendo em vista que houve uma significativa redução do número de estabelecimentos nessa situação, no período em estudo.

Inversamente, 1.625 hospitais (34% do conjunto de HPP) não apresentaram produção de internações hospitalares destinadas ao SUS. Destes, 1.015 não são contratados pelo SUS para fins de internação, o que justifica, em parte, esse fato (Sistema de Informações Hospitalares, SIH/SUS, 2005).

Embora o porte não explique a totalidade dos casos de estabelecimentos sem produção hospitalar, ele parece ser um elemento importante, tendo em vista que, dentre os 610 hospitais vinculados ao SUS que não apresentaram autorizações de internação hospitalar, mais de um terço (214) possuem apenas 5-10 leitos, a quarta parte (156) têm 11-20 leitos, 114 possuem 21-30 leitos, 75 têm 31-40 leitos e 51 são de 41-50 leitos.

Analisando a distribuição dos HPP vinculados ao SUS que não apresentaram AIH (Autorização de Internação Hospitalar) segundo sua natureza jurídica, verifica-se que a grande maioria (364) é constituída de estabelecimentos da administração pública direta, seguidos dos privados com fins lucrativos (161 unidades) e dos filantrópicos (63 estabelecimentos).

Por outro lado, ao se observar o tipo dos estabelecimentos sem produção de internações hospitalares para o SUS, surpreende o fato de que a maior parte é constituída de hospitais gerais (267), seguidos pelas unidades mistas (203) e por hospitais especializados (71). Isto evidencia a existência de estabelecimentos hospitalares sem um papel específico na rede regional de serviços, o que resulta em capacidade instalada completamente ociosa, tendo em vista que, na sua maior parte, são unidades públicas (como visto acima) e que, portanto, não prestam serviços a nenhum outro sistema.

Ainda, esse fato aponta para uma provável superposição da produção dos hospitais nessa situação com as ações desenvolvidas pela atenção básica.

Tabela 3. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo natureza jurídica – Brasil, 2005.

Natureza do estabelecimento	5 a 10	Varição 2004/05	11 a 20	Varição 2004/05	21 a 30	Varição 2004/05	31 a 40	Varição 2004/05	41 a 50	Varição 2004/05	Total	%	Varição 2004/05
Administração direta da Saúde (MS, SES e SMS)	281	38,42	636	1,44	511	8,03	327	8,64	201	14,20	1.956	41,57	9,89
Administração direta de outros órgãos (Mec, Mex, Marinha, etc.)	8	100,00	4	(42,86)	3	300,00	8	166,67	5	400,00	28	0,60	86,67
Administração indireta - Autarquias	2	200,00	1	(66,67)	3	50,00	1	(50,00)	5	66,67	12	0,26	20,00
Administração indireta - Fundação pública	2	100,00	5	(44,44)	6	(14,29)	8	14,29	3	(25,00)	24	0,51	(14,29)
Administração indireta - Empresa pública	0	0,00	1	(50,00)	4	33,33	0	0,00	2	(33,33)	7	0,15	(12,50)
Sub-total públicos	293	40,87	647	(0,15)	527	8,66	344	9,90	216	15,51	2.027	43,08	10,10
Empresa privada	446	443,90	356	31,37	393	39,86	330	85,39	301	220,21	1.826	38,81	101,55
Fundação privada	7	600,00	20	(9,09)	13	0,00	27	(12,90)	19	137,50	86	1,83	14,67
Cooperativa	2	200,00	5	500,00	2	200,00	5	500,00	8	800,00	22	0,472	200,00
Entidade beneficente sem fins lucrativos	18	0,00	103	(30,87)	192	(22,89)	207	11,89	218	142,22	738	15,69	6,80
Sindicato e outros	0	0,00	1	(66,67)	1	100,00	3	(25,00)	1	100,00	6	0,13	(14,29)
Sub-total privados	473	368,32	485	8,99	601	10,68	572	43,72	547	184,90	2.678	56,92	59,50
Total	766	147,90	1.132	3,57	1.128	9,73	916	28,83	763	101,32	4.705	100,00	49,79

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

A estrutura dos HPP

A Tabela 5, apresentada a seguir, mostra o percentual de HPP que têm cada um dos tipos de **estrutura física** selecionados. A sala cirúrgica está presente em 89% dos hospitais de pequeno porte, principalmente para aqueles que possuem acima de vinte leitos. Segue em ordem de frequência a sala de curativos (presente em 76% desses estabelecimentos) e a sala de partos (existente em 65% dos HPP).

A sala cirúrgica é um tipo de estrutura que, necessariamente, incorpora considerável capacidade instalada em equipamentos; entretanto, é curioso observar, quando identificados os procedimentos mais frequentes realizados por esse tipo de hospital, a grande predominância dos relacionados à clínica médica (Quadros 1 e 2). Esse dado reflete a irracionalidade da política tradicional de investimentos em saúde, que raramente utiliza critérios de avaliação de tecnologias sanitárias.

Chama a atenção, também, o fato de que apenas 29% dos estabelecimentos de menor porte possuem sala de parto, contrariamente ao es-

perado desse tipo de unidades. Embora a sua presença seja expressiva em termos absolutos, este é o tipo de estrutura que, considerando o perfil assistencial e a localização dessas unidades, deveria estar presente em 100% delas, exceto naquelas especializadas em áreas diferentes da assistência materno-infantil.

Se observada a variação na estrutura física do período em estudo, verifica-se um crescimento da porcentagem de HPP que possuem salas de parto normal, de recuperação e de curativo. Inversamente, diminuiu consideravelmente (-63%) a porcentagem de estabelecimentos que possuem sala de nebulizações, bem como sala de observação (-53%), sala de pequenas cirurgias (-50%), consultórios médicos (-46%) e odontológicos (-20%). Este fenômeno está provavelmente relacionado a uma aproximação da cobertura integral dada pelo nível de atenção básica, através da estratégia da Saúde da Família.

Os **equipamentos médico-hospitalares** vêm sendo utilizados cada vez mais nos cuidados à saúde. Sua importância no setor de apoio e diagnóstico e em algumas terapias ou processos te-

Tabela 4. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo tipo de unidade sanitária – Brasil, 2005.

Tipo de unidade do estabelecimento	5 a 10	Variação 2004/05	11 a 20	Variação 2004/05	21 a 30	Variação 2004/05	31 a 40	Variação 2004/05	41 a 50	Variação 2004/05	Total	%	Variação 2004/05
Hospital geral	165	114,29	586	(5,79)	806	5,22	731	29,84	627	109,70	2915	61,96	25,27
Unidade mista	188	66,37	372	2,76	193	14,20	92	(7,07)	47	11,90	892	18,96	13,63
Hospital especializado	224	357,14	121	128,30	95	61,02	76	85,37	84	180,00	600	12,75	158,62
Hospital/Dia - isolado	140	1.650,00	24	84,62	18	100,00	11	266,67	0	(100,00)	193	4,10	451,43
Pronto Socorro geral	13	0,00	14	7,69	8	0,00	6	100,00	2	0,00	43	0,91	10,26
Pronto Socorro especializado	9	200,00	10	150,00	5	66,67	0	0,00	2	100,00	26	0,55	136,36
Centro de parto Normal - isolado	12	200,00	2	0,00	0	(100,00)	0	(100,00)	1	0,00	15	0,32	36,36
Policlínica	6	50,00	1	(50,00)	0	(100,00)	0	0,00	0	0,00	7	0,15	(12,50)
Clínica especializada/Ambulatório de especialidade	5	(72,22)	0	(100,00)	1	(80,00)	0	0,00	0	(100,00)	6	0,13	(81,82)
Centro de Saúde/Unidade básica	1	(93,33)	2	(71,43)	1	0,00	0	0,00	0	0,00	4	0,09	(82,61)
Consultório isolado	1	100,00	0	0,00	1	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,04	100,00
Posto de Saúde	1	0,00	0	(100,00)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	(66,67)
Unidade de apoio Diagnóstico e Terapia (SADT isolado)	1	(50,00)	0	(100,00)	0	(100,00)	0	0,00	0	0,00	1	0,02	(75,00)
Total	766	147,90	1132	3,57	1128	9,73	916	28,83	763	101,32	4705	100	33,66

rapêuticos, aliada à forma acrílica com que esses equipamentos são incorporados aos serviços e os custos adicionais que representam, faz com que a análise da densidade tecnológica nessa área contribua para a definição do perfil assistencial dos hospitais em geral e, particularmente, dos de pequeno porte.

A presença de equipamentos médico-hospitalares nos HPP aponta para uma baixa densidade tecnológica e permite inferir que se trata de unidades voltadas para ações de baixa complexidade, com predominância nas quatro clínicas básicas.

Nos estabelecimentos estudados, o mais frequente é o eletrocardiograma, presente em 50% dos HPP. Entretanto, chama a atenção que apenas 44% dos mesmos possuem desfibrilador cardíaco, o que denota uma baixa capacidade resolutiva na atenção a urgências médicas. Da mesma forma, embora 65% dos HPP tenham sala de parto, apenas 43% possuem berço aquecido e 11% têm ultra-som. Vale notar, ainda, que apenas 33% possuem aparelho de raio X simples (Tabela 6).

Quando analisada a variação do período em relação aos equipamentos, observa-se que os elementos que tiveram crescimento positivo (eletrocardiograma, desfibrilador, monitor cardíaco e berço aquecido, dentre outros) representaram um avanço para a integralidade do cuidado prestado

por essas unidades em sua relação com a atenção básica. Entretanto, a diminuição observada em relação ao aparelho de Raio X simples e ao ultra-som convencional comprometem a resolubilidade desses estabelecimentos e o papel estratégico que deles se espera na rede de serviços.

A análise dos **recursos humanos** guarda uma importância singular na avaliação dos estabelecimentos de saúde. A produção de serviços do setor caracteriza-se por ser trabalho-intensiva e pela crescente especialização e diversificação da força de trabalho dos profissionais de saúde.

De forma global, pode-se afirmar que, dado o perfil dos profissionais de saúde presentes nos HPP, o escopo de atuação dessas unidades se limita, no máximo, a prestar atendimento nas quatro especialidades médicas consideradas básicas – clínica médica, cirurgia geral, obstetrícia e pediatria. Mesmo assim, vale observar que apenas 26% dos HPP têm obstetra, 18% tem pediatra, 23% cirurgião geral e 34% médico clínico geral. Dessa forma, ainda é necessário um grande esforço no sentido de dotar essas unidades de, ao menos, profissionais que desenvolvam esse nível de resolubilidade (Tabela 7).

Entretanto, é necessário ressaltar que estas afirmações sobre Recursos Humanos devem ser relativizadas, dada a dificuldade de atualização destes dados específicos no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 5. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo presença de elementos de estrutura física – Brasil, 2005.

Estrutura física	Estabelecimentos de saúde											
	5 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		Total	
	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var
	2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05	
Sala de cirurgia	66,00	(34)	80,00	(1)	100,00	0	100,00	0	100,00	0	100,00	0
Sala de curativo	63,00	12	77,00	15	78,00	9	78,00	9	78,00	9	78,00	9
Sala de parto normal	29,00	(9)	67,00	35	76,00	54	76,00	54	76,00	54	76,00	54
Consultórios médicos	27,00	(44)	35,00	(38)	42,00	(32)	42,00	(32)	42,00	(32)	42,00	(32)
Sala de recuperação	39,00	23	28,00	14	37,00	19	37,00	19	37,00	19	37,00	19
Sala de nebulização	24,00	(32)	41,00	(40)	41,00	(59)	41,00	(59)	41,00	(59)	41,00	(59)
Sala de cirurgia ambulatorial	42,00	9	30,00	(8)	35,00	(5)	35,00	(5)	35,00	(5)	35,00	(5)
Sala repouso/observação - indiferenciado	21,00	(79)	28,00	(2)	37,00	(63)	37,00	(63)	37,00	(63)	37,00	(63)
Sala de pequena cirurgia	27,00	(22)	35,00	(38)	33,00	(46)	33,00	(46)	33,00	(46)	33,00	(46)
Odontologia	25,00	2	30,00	4	23,00	(14)	23,00	(14)	23,00	(14)	23,00	(14)

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

Quadro 1. Procedimentos correspondentes a 75% da produção ambulatorial de hospitais de pequeno porte – Brasil, 2005.

Procedimentos correspondentes a 75% da produção ambulatorial total	% 2005	VAR 2003/05
Administração de medicamento p/ paciente	18,84	6,15
Patologia clínica	12,54	1,70
Atend.médico especializado urgência/emergência	6,70	0,94
Cons./atend. urgência em clínicas básicas	6,28	1,34
Consulta em clínica médica	4,90	(5,89)
Curativo por paciente	3,86	(3,41)
Inalação / nebulização	3,32	(2,35)
Atend. médico c/observação até 24 horas	2,44	(0,65)
Ativ. execut. p/ agente comunitário saúde-pac	2,35	1,00
Consulta em Pediatria	1,75	(0,54)
Procedimentos coletivos (paciente/mes)	0,96	(0,67)
Cons./atend.assist.especial./alta complex.	0,75	-
Consulta em Ortopedia	0,74	-
Consulta em Oftalmologia	0,74	-
Cons./atend. atenção básica enfermeiro(a)	0,73	0,14
Unid.remun. p/transp. terr. 50 km p/pac./aco	0,69	0,00
Retirada pontos cirurgias básicas-p/pacien	0,67	(0,55)
Coleta material p/exames citopatológicos	0,64	(0,57)
Consulta em Ginecologia	0,58	(0,07)
Consulta odontológica (1ª consulta)	0,55	(0,46)
Cons./atend. atenç. básica outros profissionais	0,55	-
Doença origem reumát. memb./coluna vertebral	0,55	-
Tórax: p.a	0,54	-
Terapia de rehidratação oral	0,51	(0,80)
Excisão/sut. simples peq. lesões pele/mucosa	0,48	(0,26)
Consulta em cirurgia geral	0,42	(0,26)
Consulta em Gineco-obstetrícia	0,42	(0,45)
Visita domicil. p/profiss. nível médio	0,41	-
Cons./atend. urgência clínic. básica c/remoção	0,40	-
Eletrocardiograma	0,38	-
Consulta de pré-natal realizada por médico	0,36	-
Total	75,05	

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, 2005.

O perfil de produção dos HPP frente à cobertura do PSF

Com o intuito de identificar em que medida os HPP vem adequando o perfil de sua produção ao novo papel que lhes cabe na rede assistencial, segundo o nível de cobertura do Programa de Saúde da Família, foi confrontado (a partir de dados do SIA/SUS) o perfil da produção de HPP situados em localidades com alta cobertura do

PSF com o daqueles localizados em municípios com baixa cobertura desse programa.

No que diz respeito à produção ambulatorial, os resultados demonstram que não há, ainda em 2005, diferença no perfil da produção quando consideradas as diversas faixas de cobertura do PSF, nem tampouco se observa nenhuma diferença quando comparada a produção ambulatorial de hospitais que são únicos no município com a daqueles que não o são.

Quadro 2. Procedimentos correspondentes a 75% da produção de internações de hospitais de pequeno porte, segundo o grau de cobertura do PSF no município em que se localizam – Brasil, 2005.

0%	0 A 50%	50 A 70%	ACIMA DE 70%
Parto normal	Parto normal	Parto normal	Parto normal
Pneumonia em adulto	Pneumonia em adulto	Entero infecções (clínica médica)	Entero infecções (clínica médica)
Insuficiência cardíaca	Entero infecções (clínica médica)	Pneumonia em adulto	Pneumonia em adulto
Entero infecções (clínica médica)	Cesariana	Entero infecções (pediatria)	Insuficiência cardíaca
Cesariana	Insuficiência cardíaca	Cesariana	Entero infecções (pediatria)
Pneumonia em criança	Entero infecções (pediatria)	Insuficiência cardíaca	Crise asmática
Entero infecções (pediatria)	Pneumonia em criança	Pneumonia em criança	Cesariana
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Crise asmática	Pneumonia em criança
Crise asmática	Crise asmática	Crise asmática	Doença pulmonar obstrutiva crônica
Pielonefrite	Crise asmática	Pielonefrite	Crise asmática
Crise asmática	Pielonefrite	Doença pulmonar obstrutiva crônica	Pielonefrite
Crise hipertensiva	Crise hipertensiva	Crise hipertensiva	Crise hipertensiva
Pneumonia do lactente	Pneumonia do lactente	Entero infecções em lactente	Gastrite e duodenite
Gastrite e duodenite	Entero infecções em lactente	Pneumonia do lactente	Pneumonia do lactente
Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	Gastrite e duodenite	Gastrite e duodenite	Entero infecções em lactente
Avc agudo	Avc agudo	Avc agudo	Avc agudo
Diabetes sacarino	Curetagem pós aborto	Curetagem pós aborto	Diabetes sacarino
Entero infecções em lactente	Diabetes sacarino	Estreptococcias (clínica médica)	Estreptococcias (clínica médica)
Curetagem pós aborto	Herniorrafia inguinal (unilateral)	Herniorrafia inguinal (unilateral)	Herniorrafia inguinal (unilateral)
Cólica nefrética	Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	Outras afecção do aparelho genético urinário	Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica
Outras afecções do aparelho genético urinário	Outras afecção do aparelho genético urinário	Diabetes sacarino	Curetagem pós aborto
Desnutrição (clínica médica)	Estreptococcias (clínica médica)	Colpoperineoplastia anterior e posterior	Outras afecções do aparelho genético urinário
Estreptococcias (clínica médica)	Colpoperineoplastia anterior e posterior	Diagnóstico e/ou primeiro atendimento em clínica médica	Cólica nefrética
Herniorrafia inguinal (unilateral)	Desnutrição (clínica médica)	Desidratação aguda (clínica médica)	Dengue clássica (clínica médica)
Desidratação aguda (clínica médica)	Colecistite aguda	Colecistite aguda	Desidratação aguda (clínica médica)
Hemorragias digestivas	Cólica nefrética	Cólica nefrética	Colpoperineoplastia anterior e posterior
Colecistite aguda	Desidratação aguda (clínica médica)	Desidratação aguda (pediatria)	Desnutrição (clínica médica)
Lumbago agudo	Dengue clássica (clínica médica)	Desnutrição (clínica médica)	
Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna e externa	Hemorragias digestivas	Hemorragias digestivas	
Laringotraqueobronquite	Colecistectomia		
Ameaça de aborto	Estafilococcias (clínica médica)		
Lesões superficiais infectadas			

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, 2005.

Entretanto, os dados do SIA-SUS evidenciam que, no período estudado, houve um aumento tanto na frequência como no valor dos procedimentos ambulatoriais realizados pelos hospitais de pequeno porte. Estes estabelecimentos passaram a realizar procedimentos de maior valor unitário, tendo em vista que este triplicou no período de 2003 a 2005, passando de R\$ 1,31 para R\$ 3,84.

Como se observa no Quadro 1, apenas 31 procedimentos representam 75% do total de procedimentos ambulatoriais realizados. Os mais frequentes em 2005 foram a administração de medicamentos para pacientes (19%) e os exames diagnósticos de patologia clínica (13%). Deve-se ressaltar a diminuição de alguns procedimentos ambulatoriais – na sua maior parte realizados pela atenção básica: consulta em clínica médica (-6%), curativo (-3%) e nebulização (-2%) entre 2003 e 2005.

No que diz respeito às internações, como mostra o Quadro 2, o perfil da produção dos HPP concentra-se nas quatro especialidades básicas. Esse dado é coerente com os resultados observados em relação à capacidade instalada e recursos humanos.

No caso dos hospitais únicos no município, observa-se uma tendência a uma maior concentração de procedimentos em alguns grupos (32 procedimentos cobrem 75% do total realizado); inversamente, quando há outros hospitais no município que sedia o HPP, os procedimentos tendem a ser mais diversos (64 procedimen-

tos representam 75% do total da produção). Isso pode ser decorrente de um conjunto de fatores, dentre os quais a natural distribuição de cada tipo de internação hospitalar entre as unidades existentes, com o qual se dá uma maior dispersão dos procedimentos efetuados.

Vale ressaltar que não se observam diferenças nem na concentração nem no tipo de procedimentos, segundo o nível de cobertura do PSF, o que denota que ainda não houve significativa mudança no perfil de produção desses hospitais, provavelmente devido à sua estrutura, em termos de capacidade instalada e perfil de recursos humanos, comentados acima.

Deve-se notar, ainda, que o valor total das 2.444.893 internações efetuadas em 2005 foi de R\$ 836.700.362, o que significou um valor médio de R\$ 342. Quando comparado com o valor médio das AIH faturadas pela totalidade de hospitais brasileiros nesse ano, que foi de R\$ 586, confirma-se a baixa complexidade e o baixo valor da produção dos hospitais de pequeno porte. Assim, embora os HPP tenham produzido 21% das AIH pagas no ano de 2005, absorveram apenas 12% dos recursos (SIH/SUS).

Observa-se, por outro lado, na Tabela 8, uma redução de 5% no número de AIH faturadas, acompanhada de um aumento de 3% do seu valor total, em parte explicado pelos reajustes da tabela de remuneração do SIH/SUS ao longo do período em estudo. Entretanto, quando analisados separadamente, os HPP que são únicos no

Tabela 6. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo percentual de presença de equipamentos – Brasil, 2005.

Equipamentos	Estabelecimentos de saúde											
	5 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		Total	
	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var
	2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05	
Eletrocardiógrafo	33,00	29	43,00	41	50,00	49	59,00	57	67,00	63	50,40	47,80
Desfibrilador cardíaco	45,00	16	32,00	3	40,00	8	44,00	5	60,00	18	44,20	10,00
Monitor cardíaco	46,00	25	30,00	(8)	36,00	(10)	45,00	(3)	60,00	12	43,40	3,20
Berço aquecido	15,00	(16)	36,00	3	46,00	10	54,00	12	63,00	14	42,80	4,60
Respirador/Ventilador	38,00	29	29,00	19	32,00	26	42,00	35	52,00	47	38,60	31,20
Raio X até 100 mA	14,00	(14)	27,00	(4)	38,00	1	41,00	(2)	45,00	(4)	33,00	(4,60)
Ultra-som convencional	8,00	(13)	10,00	(35)	11,00	(42)	12,00	(42)	12,00	(40)	10,60	(34,40)
Raio X dentário	6,00	4	8,00	6	6,00	3	7,00	5	7,00	5	6,80	4,60
Tomógrafo computadorizado	2,00	(38)	1,00	(48)	1,00	(54)	3,00	(57)	5,00	(53)	2,40	(50,00)
Equipamento para hemodiálise	1,00	(3)	1,00	0	1,00	0	1,00	0	1,00	0	1,00	(0,60)

município e aqueles que não o são, verifica-se que os primeiros tiveram aumento tanto no número de internações faturadas como no seu valor, enquanto os segundos exibiram redução em ambas variáveis, da ordem de 6% e 10%, respectivamente. Da mesma forma, o valor médio das AIH fa-

turadas por HPP que são único prestador hospitalar no município foi de R\$ 175, enquanto o daqueles que não o são foi de R\$379. Isto sugere que, provavelmente, neste último grupo estejam alguns hospitais especializados, produtores de procedimentos de mais elevado valor unitário.

Tabela 7. Hospitais de pequeno porte, por faixa de leitos, segundo presença de recursos humanos – Brasil, 2005.

Profissional de saúde	Estabelecimentos de saúde											
	5 a 10		11 a 20		21 a 30		31 a 40		41 a 50		Total	
	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var	%	Var
	2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05		2004/05	
Auxiliar de enfermagem	27,00	(59)	42,00	(18)	48,00	(52)	49,00	(27)	53,00	(47)	43,8	(41)
Cirurgião Dentista, em geral	9,00	(6)	11,00	(1)	8,00	(12)	7,00	(12)	6,00	(19)	8,2	(10)
Enfermeiro em geral	17,00	(35)	25,00	(17)	30,00	(45)	29,00	(31)	34,00	(66)	27	(40)
Enfermeiro obstetra	3,00	2	4,00	2	4,00	0	4,00	(1)	4,00	(7)	3,8	(1)
Médico anestesiologista	6,00	(12)	8,00	(13)	13,00	(20)	21,00	(27)	28,00	(57)	15,2	(27)
Médico cirurgião em geral	5,00	(16)	17,00	(20)	24,00	(28)	31,00	(39)	37,00	(63)	22,8	(34)
Médico ginecologista	2,00	(7)	4,00	(7)	4,00	(10)	7,00	(11)	10,00	(24)	5,4	(12)
Médico ginecologista/obstetra	8,00	(15)	17,00	(20)	21,00	(24)	28,00	(36)	31,00	(63)	21	(32)
Médico obstetra	2,00	(2)	3,00	(4)	5,00	(7)	7,00	(12)	8,00	(20)	5	(9)
Médico pediatra	8,00	(19)	14,00	(18)	18,00	(25)	22,00	(32)	30,00	(68)	18,4	(34)
Médicos clínico geral	16,00	(35)	33,00	(38)	37,00	(39)	41,00	(49)	45,00	(55)	34,4	(44)
Parteira	2,00	0	3,00	0	2,00	(6)	2,00	(4)	2,00	(6)	2,2	(3)
Técnico de enfermagem, em geral	11,00	(24)	17,00	(6)	22,00	(22)	22,00	(11)	25,00	(47)	19,4	(23)

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

Tabela 8. Número e valor de AIH faturadas por HPP, segundo grau de cobertura do PSF e segundo a situação de Único ou Não Único no município em que se localizam – Brasil, 2005.

Cobertura PSF		Número de AIH	Valor em R\$	% Freq	% Valor	Número de AIH	Var 2003/2005		
							Valor	% Freq	% Valor
Único	0%	23.485	10.236.062,00	2,18	2,50	(77.290)	(20.066.500,00)	(5,65)	(3,86)
	até 50 %	475.711	191.762.056,00	44,19	46,91	(257.071)	(105.441.109,35)	(12,73)	(15,55)
	50,01 a 70 %	159.154	62.425.212,00	14,78	15,27	(31.411)	(4.054.069,13)	(0,02)	1,30
	acima de 70 %	418.233	144.381.521,00	38,85	35,32	154.827	62.515.005,50	18,39	18,11
	Sub-total	1.076.583	408.804.851,00	44,03	48,86	(210.945)	(67.046.672,98)	(6,11)	(9,73)
Não único	0%	150.925	46.617.964,00	11,03	10,89	(139.099)	(30.561.141,64)	(11,62)	(12,05)
	até 50 %	291.023	93.506.377,00	21,27	21,85	(4.683)	16.120.942,67	(1,83)	(1,15)
	50,01 a 70 %	167.540	52.050.914,00	12,24	12,16	(7.485)	6.655.167,89	(1,43)	(1,33)
	acima de 70 %	758.822	235.720.256,00	55,46	55,09	239.362	99.304.464,56	14,88	14,53
	Sub-total	1.368.310	427.895.511,00	55,97	51,14	88.095	91.519.433,48	6,11	9,73
Total		2.444.893	836.700.362,00	100,00	100,00	(122.850)	24.472.760,50	(5,02)	2,92

Fonte: Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, Dez. 2005.

Conclusões

Os 4.705 hospitais de pequeno porte hoje existentes representam nada menos que 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos do sistema de saúde brasileiro. Sua vinculação ao SUS é muito expressiva: 78% dos HPP realizam internações para o SUS. Trata-se de unidades de baixa resolubilidade: embora os HPP tenham produzido 21% das AIH pagas em 2005, faturaram apenas 12% do valor total pago pelo SUS a título de internações, dada a baixa complexidade e baixo valor da sua produção.

Além de predominantes no nosso sistema de saúde, estes estabelecimentos vêm crescendo a um ritmo muito mais acentuado do que o parque hospitalar como um todo. Como apontam Santos & Gerschman⁶, ***“essa tendência contrasta com um padrão histórico de grandes unidades hospitalares mantidas pelo sistema público e [...] a proliferação de HPP pode estar, às vezes, mais ligada a interesses políticos do que a critérios técnicos”***. Note-se que a criação de pequenos hospitais, principalmente em municípios pequenos do interior, deve-se aos mecanismos de investimento tradicionais no Brasil, particularmente às emendas parlamentares que, raras vezes, têm em consideração as necessidades de saúde mais prementes da localidade.

Ainda, na década de 90, percebe-se uma tendência ao aumento de unidades de pequeno porte e baixa densidade tecnológica, talvez relacionada ao início do processo de descentralização e regionalização do SUS marcada por uma forte indução à municipalização por meio das Normas Operacionais Básicas 91 e 93.

O tratamento da questão da escala ótima de produção no setor hospitalar não é simples. Alguns autores argumentam que uma singularidade dos serviços de saúde é a relação estreita entre escala e qualidade⁷. De forma correlata, estudos sugerem que a escala ótima para unidades hospitalares estaria entre 100 e 450 leitos⁸, destacando que esses parâmetros se aplicam principalmente a unidades vocacionadas à área de alta complexidade, que incorporam alto grau de recursos tecnológicos. Essa lógica, associada à introdução de mecanismos de mercado no âmbito do setor público no contexto das reformas setoriais europeias, levou a um expressivo fechamento de leitos e a fusões hospitalares que estão ainda em curso⁹.

Para Mender¹⁰, o desenho das redes de atenção à saúde deveria se dar em uma relação dialética dos princípios de economia de escala, de escopo e de qualidade no acesso aos serviços, ten-

do este último como princípio. Por isso, esse autor advoga que o desenho das redes assistenciais deve ser flexível, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde. Acrescentaríamos, ainda, a importância de serem consideradas questões relacionadas a aspectos socioculturais na definição desses espaços de produção de cuidado. Segundo o mesmo autor, os serviços que podem e devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economia de escala e de escopo, para os quais a distância é fator decisivo para a acessibilidade.

Segundo a OMS¹¹, o novo papel dos hospitais nos sistemas integrados de serviços de saúde exige deles um conjunto de características: devem ser um lugar para manejo de eventos agudos; devem ser de utilização exclusiva em casos com possibilidades terapêuticas; devem ter densidade tecnológica compatível com suas funções (o que significa contar com unidades de tratamento intensivo e semi-intensivo, de internação, centro cirúrgico, unidade de emergência, de apoio diagnóstico e terapêutico, de atenção ambulatorial, inclusive cirurgias, de assistência farmacêutica, de hospital-dia e de atenção domiciliar terapêutica); devem ter escala adequada para operar com eficiência e qualidade e, ainda, possuir projeto arquitetônico compatível com as suas funções e acolhedor para os seus usuários.

A integralidade da atenção hospitalar pode ser problematizada a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção, vista no hospital e a partir do hospital, tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si; e a integralidade da atenção tendo como referência a inserção do hospital no sistema de saúde¹².

Segundo o mesmo autor, ***“hoje, o sistema de saúde se comporta mais como uma rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos que deles necessitam, do que como um sistema onde o funcionamento harmonioso entre partes, cada qual com sua “função”, contribua para o bom funcionamento do todo. [...] A integralidade do cuidado que cada pessoa necessita, frequentemente, transversaliza todo o sistema [...] e só pode ser obtida em rede”***¹².

O “novo hospital” pode –e deve– ser um espaço de promoção da saúde, com equipes trabalhando e colaborando ativamente na construção de novas relações dentro do sistema de saúde. Sua missão e perfil devem ser negociados permanentemente, vistos e revistos sob a ótica de

um sistema de saúde integral –e como um todo, integrado– que atenda as necessidades reais das pessoas. Para Cecílio¹³, “*atuar a partir do hospital pode ser, quase que paradoxalmente, uma importante estratégia para enfrentarmos a lógica hospitalocêntrica que tanto queremos modificar*”.

Por outro lado, como afirma Campos¹⁴, “*sem clareza da sua missão e do seu papel na rede assistencial, nenhuma instituição de saúde poderá ser planejada e adequada para dar uma resposta competente aos desafios colocados*”. Para esse autor, o resgate da identidade organizacional, a recuperação da motivação dos profissionais, associados à utilização de instrumentos que possam orientar a tomada de decisão –como o planejamento, a epidemiologia e o sistema de acompanhamento e avaliação por meio de parâmetros e indicadores– são necessários para que o hospital brasileiro responda satisfatoriamente às necessidades da população e resgate o compromisso com a qualidade na atenção à saúde.

Vale notar que, se analisados a atual estrutura e o perfil de sua produção, os hospitais de pequeno porte, no Brasil, não aderiram suficientemente à indução da redefinição do seu perfil estimulada pelo processo de contratualização proposto pelo Ministério da Saúde efetivamente implantado a partir de junho de 2005 (quando se deu a adesão do primeiro estado): note-se que, embora através destes contratos fosse indicado o papel desses hospitais na rede de serviços, não se observam grandes mudanças no perfil da sua produção no período de 2004 a 2006. Isto não surpreende, não só pelo breve espaço de tempo

transcorrido desde a contratualização desses hospitais até hoje, mas fundamentalmente pelo fato de que esta política não foi acompanhada de uma política de investimentos (física e tecnológica) e de recursos humanos (fixação e qualificação), que adeque estas unidades ao seu novo papel na rede assistencial⁵.

Apesar de ainda não ser perceptível uma nítida mudança no perfil desses hospitais, não há dúvida de que se trata de um segmento estratégico para a integralidade do cuidado no SUS, tanto pela sua participação no parque hospitalar como por sua capilaridade para o interior do país. São estratégicos, ainda, pois os hospitais de pequeno porte têm um grande potencial de: (i) agregar resolubilidade à assistência prestada pelas unidades da atenção básica da rede existente (acesso a leitos de internação e procedimentos de baixa complexidade); (ii) garantir continuidade da assistência prestada entre os diferentes níveis de complexidade, em um sistema de referência e contra-referência para os serviços hospitalares; e (iii) estimular a fixação dos profissionais de saúde na rede municipal.

Dessa forma, os HPP têm um grande potencial de aplicação de novas tecnologias que tratem a rede básica e o hospital de maneira complementar e respondam, com eficiência e eficácia, às demandas locais de saúde, especialmente nos atendimentos de urgências, emergências e partos. Há também que se formular desenhos organizacionais e assistenciais inovadores para este tipo de unidade, que respeitem as peculiaridades locais, incluindo valores e aspectos culturais.

Colaboradores

MAD Ugá trabalhou na concepção do estudo, delineamento, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo. EM López trabalhou na concepção do estudo, delineamento, processamento, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.044, abril de 2004.
2. Ugá MAD. *Sistemas de repasses financeiros a unidades de assistência à saúde: uma proposta preliminar para a rede pública brasileira*. Série Economia e Financiamento nº 4. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1994.
3. Crémadez M, *et al.* *Le management stratégique hospitalier*. 2^e édition. Paris: InterEditions; 1997.
4. Barbosa P, Portela M, Ugá MAD, Lemos S, Vasconcellos MM, Gerschman S. *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social; 2002.
5. López EM. *Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2004.
6. Santos MAB, Gerschman S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Rev C S Col* 2004; 9(3).
7. Bunker JP, Luft HS, Enthoven A. Should surgery be regionalised? *Surg Clin North Am* 1982; 62:657-668.
8. Aletras V, Jones A, Sheldon T. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J, editors. *Concentration and choice in healthcare*. London: Royal Society of Medicine Press; 1997.
9. Saltman RB, Figueiras J. *European Health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 1997.
10. Mendes EV. *Os grandes dilemas do SUS: tomo I*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.
11. WHO. *The world health report. Improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
12. Cecílio LCO, Merhy EE. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas; 2003. [Mimeo].
13. Cecílio LCO. *A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança*. *RAP* 1997; 31(3).
14. Campos GW. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em Saúde, um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997.

Artigo apresentado em 29/05/2006

Aprovado em 29/11/2006

Versão final apresentada em 29/11/2006