

# O PAPEL DOS HOSPITAIS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Elementos para pensar uma Agenda Estratégica para o SUS\*

ARMANDO DE NEGRI FILHO<sup>1</sup>  
ZILDA BARBOSA<sup>2</sup>

1 – MD MSc. Coordenador do Ligress (Laboratório de inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas Redes e Serviços de Saúde) do Hospital do Coração (HCor/SP). Coordenador do Projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases. Coordenador-Geral da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE) e Aluno do Doutorado em Medicina Preventiva do DMP/FMUSP.

2 – MD MSc. Pesquisadora Associada do Ligress (Laboratório de inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas Redes e Serviços de Saúde) do Hospital do Coração (HCor/SP). Pesquisadora do Projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases. Membro da Coordenação Executiva da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE).

Abordar o hospital no contexto de construção e qualificação das redes regionais de atenção à saúde no Brasil pressupõe, de início, reconhecer que existe uma crise de acesso e qualidade na atenção hospitalar do SUS, a qual apresenta uma infraestrutura envelhecida, uma oferta insuficiente ao volume e à natureza complexa crescente das demandas e carrega o paradoxo de a oferta hospitalar de internação ser ociosa em muitos estabelecimentos, pois aí carece de qualidade resolutiva enquanto outros, com maior capacidade, operam com uma grande sobrecarga.

Ao pensar o hospital no contexto de redes regionalizadas, seria de grande ajuda desconstruir o hospital como estabelecimento monolítico em sua representação sistêmica, para poder representá-lo como “condomínio” de serviços que se articulam em diferentes hierarquias da atenção conforme a natureza da inserção dos seus serviços em termos de responsabilidades populacionais e territoriais compondo redes de atenção e linhas de atenção e cuidados. Incluindo dessa maneira as di-

versas expressões do condômino hospitalar na rede de atenção às urgências, na atenção ambulatorial especializada, no apoio diagnóstico, na integração resolutiva junto à atenção básica e às redes de apoio psicossocial, compondo um tecido de respostas que se integrem territorialmente e possam ser remuneradas conforme a responsabilidade integrada territorial e populacionalmente definidas.

Essa abordagem da complexidade da inserção hospitalar, na construção dos tecidos assistenciais das redes constitutivas dos sistemas regionais, permitiria avançar na ruptura de uma falsa dicotomia conceitual entre hospitais e atenção básica que não raro observamos em vários debates sobre pontos críticos do sistema de saúde, tais como: a superlotação dos serviços hospitalares de urgências, os tempos de espera de atenção, a crise de acesso à média complexidade e a descontinuidade do cuidado entre suas dimensões especializada e básica ou de atenção primária.

A complexidade da inserção dos condomínios hospitalares reconhecidos e pro-

\* Este artigo espelha reflexões geradas pelo projeto Proadi SUS Plano Diretor de Hospitais do Brasil: estratégias para a elaboração de suas bases

jetados em territórios/populações também permitiria revisitar a composição em escala dessas ofertas hospitalares nos territórios, avançando em um planejamento centrado nas necessidades sociais em saúde de caráter presente e prospectivo, projetando as necessidades atuais e futuras na constituição complexa e integrada dos serviços hospitalares com as redes de atenção, considerando resultados assistenciais de alto nível de satisfação e oportunidade para os pacientes cidadãos.

Nessa perspectiva de inserção do hospital na construção de uma nova etapa do sistema nacional de saúde, é fundamental apropriar conceitos que definam a forma de inserção do hospital e que presidam a integração do domínio hospitalar em redes gerando uma governança territorial integrada.

Para tanto, impõe-se responder a uma pergunta essencial: 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.

Segundo a 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”<sup>(5)</sup>

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

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”<sup>(6)</sup>

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

#### 1) Porte do hospital:

- Pequeno porte<sup>1</sup>: 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:

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).

1 – O Ministério da Saúde, em 1.º de junho de 2004, editou a Portaria GM n. 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.

#### 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 (beneficentes ou filantrópicos).

Mckee<sup>(2)</sup> apresenta 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 até mesmo atenção primária, muitas vezes inadequada, realizada em cenário de falta de melhor oferta;
- *Hub hospital*: hospital no centro de um sistema integrado para uma área definida, envolvido no planejamento, na administração e no financiamento dos serviços. Modelo predominante na experiência histórica da União Soviética. Permite pensar financiamentos integrados em base de capitação em territórios fortalecendo o cuidado integrado em redes e linhas e integrando na forma de resultados assistenciais configurativos a ação conjunta dos serviços no território promovendo uma assinação integrada de recursos.
- *Comprehensive hospital*: responsável pelo cuidado terciário, secundário, primário, extramuros. O hospital deve ser o centro da medicina curativa e preventiva. Constitui-se em uma instituição de natureza territorial que organiza a projeção de redes e linhas de atenção / cuidados no território com responsabilidades sanitárias populacionais; e
- *Separatist hospital*: mais comum nos países desenvolvidos, o hospital as-

sume apenas o cuidado agudo, especializado e de curta permanência.

Um debate promovido em torno das categorias de *comprehensive* e *hub* hospital poderia ajudar a definir uma integração horizontal dos hospitais nas redes de atenção regionalizadas, constituindo um caminho de construção de financiamentos per capita integrados, localizando fortemente os hospitais em compromissos territoriais multiescalares, ou seja, com territórios de projeção conforme a inserção de cada um dos seus serviços em redes de atenção que se completam nas regiões de saúde ou se projetam entre regiões. Experiências de assinação de per capita global incluindo a atenção hospitalar integrada a um sistema regional / territorial têm sido utilizadas com sucesso em experiências na Autonomia Valenciana na Espanha.

O Hospital geral com as cinco clínicas básicas – gineco-obstetrícia, pediatria, saúde mental, clínica médica e clínica cirúrgica, com serviço de urgências de porta aberta e apoio diagnóstico coerente com as especialidades e as subespecialidades consequentes à definição de suas inserções em redes e linhas de atenção – ainda surge como a entidade hospitalar base para a regionalização na forma de redes integradas sob a égide da estratégia de atenção primária ou básica estabelecida pela saúde da família. Segundo o que se observa das convergências da literatura especializada, hospitais gerais regionais ou suprarregionais, conforme densidade demográfica e acessibilidade geográfica, com 300 a 500 leitos seriam o padrão de base com melhor desempenho e eficiência para populações de 200 a 250 mil habitantes, sempre estabelecendo a capacidade do leito hospitalar como elemento-chave da sua inserção – plataforma tecnológica e capacidades profissionais associadas, superando a mera quantidade de leitos e, portanto, ajustando perfil de leitos às necessidades populacionais projetadas. Estes parâmetros são evidentemente o referencial-base para pensar

uma arquitetura nacional de sistema hospitalar que entenda de hospitalização, o qual teria de ser adaptado às necessidades de cada estado e região na forma de planos diretores de hospitais, comportando hospitais maiores ou menores, conforme necessidades populacionais sempre planejadas em redes territoriais integradas com presença substantiva da atenção básica e forte ambulatorização dos procedimentos especializados e hospitalares. Nesse sentido, os HPPs poderão ter papel orgânico quando se façam necessários para a arquitetura dos sistemas regionais, assumindo que terão custo maior para serem resolutivos, mas terão de integrar-se a uma rede de oferta de serviços hospitalares, inclusive compondo serviços descentralizados de hospitais maiores de caráter regional.

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 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<sup>(2)</sup> e no Brasil eles não são registrados como leitos.<sup>(7)</sup> Importante destacar a especificidade dos leitos de longa permanência para níveis diversos de dependência dos pacientes que são contabilizados em separado e de forma crescente caracterizados em instituições de cuidados em regime de internação, mas não de caráter hospitalar, como nas unidades de cuidado integrado e continuado da experiência portuguesa e espanhola e nos *nursery homes* da experiência inglesa e australiana. Essa necessidade social crescente no Brasil indica o imperativo de se discutir esse

tipo de solução em escala no Brasil e seu financiamento combinado entre a saúde, a assistência social e a previdência social, pois se trata de serviço de uma dimensão importante e de uma distribuição territorial exigente para se manterem os vínculos familiares, calculando-se uma necessidade de 0,5 leito por 1.000 habitantes ou seja 100.000 leitos para uma população brasileira e cuja oferta hoje é quase insignificante para atender às necessidades de uma população que envelhece e tem carga importante de doenças crônicas.

Sobre as classificações, afinal, comenta Mckee:<sup>(2)</sup>

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.

O Sistema Único de Saúde (SUS) transformou-se no maior projeto público de inclusão social em menos de duas décadas com extensa ampliação da cobertura assistencial em marcante contraste com a exclusão de aproximadamente metade da população antes dos anos oitenta. Porém, apesar de tantos avanços, o SUS vivencia esperas para procedimentos mais ou menos sofisticados<sup>(8)</sup> e superlotação dos serviços de urgência, entre outras insuficiências,<sup>(9)</sup> geradoras de profundos sofrimentos, com agravamento de doenças e mortes evitáveis, denunciando um cenário no qual se entrecruzam dois projetos em disputa: o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária.<sup>(9)</sup>

Tal crescimento e ampliação, no entanto, deram-se marcadamente à custa do aumento de serviços ambulatoriais (que não realizam internações), pois, em 1976, havia 7.822 desses estabelecimentos (74% públicos); em 1988, havia 26.509 (74% públicos); e em 2009, já estavam registrados 67.901 estabelecimentos sem internação (70% públicos); em um crescimento de quase nove vezes no período. No setor hospitalar, havia 5.311 estabelecimentos com internação, em 1976 (18% públi-

cos); 7.123 estabelecimentos, em 1988 (24% públicos); e 6.875 estabelecimentos, em 2009 (41% públicos). O número de estabelecimentos com internações cresceu perto de 30%, registrando pequeno declínio após 2005.<sup>(10)</sup>

Claro que para estruturar a atenção integral à saúde em um sistema em que praticamente todo o cuidado era focado na atenção hospitalar, foi necessário grande investimento nos outros elementos constitutivos da rede de atenção, especialmente na atenção primária à saúde. Porém, nos ocorre a seguinte dúvida: *não estaria a atenção hospitalar, em virtude do cunho “hospitalocêntrico” do sistema que se desenvolveu nos anos da ditadura militar, sendo negligenciada em sua necessidade de reformulação, modernização e aprimoramento técnico há alguns anos?*

### Sobre o quantitativo de leitos

A Portaria GM/MS n. 1.101 de junho de 2002 estabeleceu parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e, em que pese o fato de ela ser um pouco antiga e, portanto, suscetível a uma série de questionamentos, está vigente e vem determinando fortemente a regulação da oferta de serviços do SUS.

A Portaria GM/MS n. 1.101 determina que seus parâmetros devem ser 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 GM/MS n. 1.101 habitualmente são aplicados apenas às ofertas do SUS, não sendo realizados estudos concomitantes sobre as suas produções na Saúde Suplementar (SS) ou no

setor privado. Possivelmente essa distorção se deva ao fato de, historicamente, o hospital ocupar 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 GM/MS n. 1.101 estabelece que são necessários 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes, porém, logo a seguir, apresenta a [Tabela 1, no anexo online](#), que mostra necessidades e percentuais por especialidade do leito, cujos totais indicados situam-se entre 2,07 a 3,38 leitos por 1.000 habitantes.

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/1.000 habitantes na área urbana da sede do Município, mais 1 leito/1.000 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/1.000 habitantes na área urbana da sede, mais 1 leito/1.000 habitantes na área rural da sede, mais 1 leito/1.000 habitantes nas outras áreas urbanas atingidas e mais 0,5 leito/1.000 habitantes nas outras áreas rurais atingidas.

Assim sendo, teríamos variação de necessidade de leitos por 1.000 habitantes a depender do tipo de hospital em foco: se hospital local, 3 leitos por 1.000 habitantes, se hospital regional, 4,5 leitos por 1.000 habitantes.

Essa breve leitura da Portaria GM/MS n. 1.101 remete-nos a alguns questionamentos:

- É a tipologia do hospital instalado que deve determinar o número de leitos necessários para uma determinada população ou seria a leitura de suas necessidades?

Tabelas e Quadros  
[goo.gl/yZ6i9b](http://goo.gl/yZ6i9b)



Acesse todas as tabelas e quadros do artigo *O papel dos hospitais nas Redes de Atenção a Saúde* no anexo online.



- O Ministério da Saúde, ao elaborar a Portaria, tinha alguma clareza sobre a adequação a 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 Ministério da Saúde preconiza a oferta de 4,5 leitos por 1.000 habitantes?

Levantamento realizado junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no mês de outubro de 2011 mostrou que o Brasil, naquele momento, pois teoricamente o cadastro deve ser dinâmico e atualizado mensalmente, contava com um total de 504.338 leitos, sendo 356.608 (70%) deles leitos SUS e 147.730 (30%) não SUS, em total de 2,62 leitos/1.000 habitantes, sendo 1,85 leito/1.000 habitantes para os usuários do SUS, incluindo-se aqui todos os tipos de leitos: gerais, especializados, de UTI, longa permanência, psiquiátricos etc.

No que diz respeito aos leitos não SUS, se usarmos a população de usuários do Sistema Suplementar (SS), cuja média nacional em 2011 foi de 24,6%, teremos 3,12 leitos/1.000 habitantes para esse segmento da população, conforme se vê no [Quadro 2, no anexo online](#).

O número total de leitos por Unidade da Federação varia de 1,66 leito/1.000 no Amapá a 3,39 leitos/1.000 habitantes no Rio de Janeiro. É válido notar que apenas três estados, além do Rio de Janeiro, apresentam número total de leitos acima de 3/1.000 habitantes: Santa Catarina (3,12), Goiás (3,08) e Distrito Federal (3,07). Se utilizarmos os leitos SUS, o total de leitos disponíveis oscila de 1,41 leito/1.000 no Amapá a 2,32 leitos/1.000 habitantes no Piauí. Em relação aos sistemas privado e suplementar, a escassez parece ficar heterogeneamente atenuada e o número de leitos varia de 1,67/1.000 no Amapá a 16,69/1.000 no Rio Grande do Sul, ficando acima dos 3 leitos/1.000 em 16 estados (59% deles).

Assim como os totais apresentados por cada Estado da Federação, os números também são heterogêneos dentro de cada um deles. Observando-se, por exemplo, as capitais, notamos importante concentração de leitos nessas cidades, sendo suas ofertas sempre maiores que a média do estado, conforme se vê no [Quadro 3, no anexo online](#).

Nas capitais, as ofertas variam de 1,40 leito/1.000 habitantes, sendo 0,92 leito/1.000 habitantes SUS e 0,64 leito/1.000 habitantes no setor privado e sistema suplementar (25,2% de população coberta) em Brasília, a 6,24 leitos/1.000 habitantes, sendo 4,26 leitos/1.000 habitantes SUS e 2,61 leitos/1.000 habitantes para o setor privado e sistema suplementar (76,1% de população coberta) em Vitória.

Essa primeira mirada aos estados e suas capitais poderia nos levar a um equívoco de análise, o que é frequentemente observado. Sabendo que no entorno das capitais e maiores cidades do país se aglutinam outras cidades, em geral, de menor porte, julgamos essencial avaliar como se comportam as várias regiões metropolitanas do país em relação à oferta de leitos hospitalares, conforme se vê no [Quadro 4, no anexo online](#).

Nas regiões metropolitanas, o quadro se altera e passamos a ter uma variação dos leitos totais de 0,18 leito/1.000 habitantes, na expansão da região da Foz do Rio Itajaí, a 5,62 leitos/1.000 habitantes, na expansão da região Carbonífera, ambas em Santa Catarina. Quando tomamos os leitos SUS, o número de leitos/1.000 habitantes encontra-se entre 0,29 no colar metropolitano do Vale do Aço a 4,76 na expansão da região Carbonífera. Ainda no que diz respeito aos leitos SUS, nenhuma outra região metropolitana do país apresenta acima de 3 leitos/1.000 habitantes. Quando olhamos a oferta de leitos não SUS/1.000 habitantes, encontramos variações desde nenhum leito no colar metropolitano do Vale do Aço a 7,31 leitos/1.000 habitantes na expansão da região Carbonífera. Diferentemente da oferta de leitos SUS, 23 das 44 regiões existentes

apresentam oferta de leitos não SUS acima de 3/1.000 habitantes (52%).

É importante lembrar que os usuários do setor privado são livres para utilizar também os leitos SUS, mas que aos usuários do SUS não é permitido utilizar os leitos não SUS, o que aprofunda ainda mais a restrição de acesso demonstrada pelos números apresentados.

Ainda em relação aos parâmetros da Portaria GM/MS n. 1.101, se somarmos os percentuais destinados a pacientes em cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação e fisiologia, teremos um parâmetro de necessidade de 26% do total de leitos. No CNES, esses leitos estão agrupados sob a denominação de Outros e, no Brasil, como um todo, sua oferta chega apenas a 13% do total, ou seja, metade do que preconiza a Portaria, sendo 14% do total de leitos SUS e 9% dos leitos não SUS, conforme se vê no [Quadro 5, no anexo online](#).

Claro que, em razão do movimento antimanicomial e das diretrizes da reforma psiquiátrica no Brasil, houve importante redução no número de leitos psiquiátricos, que hoje correspondem a 10% do total de leitos no país, sendo 11% dos leitos SUS e 7% dos leitos do setor privado e SS, em contraposição ao parâmetro da Portaria que preconiza 15%.

As áreas de Cuidados Prolongados e Reabilitação que apresentam, cada uma delas, parâmetro por volta de 5% do total de leitos, no Brasil contam com oferta bastante reduzida, respectivamente: cuidados prolongados – 2% dos leitos totais, sendo 3% dos leitos SUS e 1% dos leitos não SUS; e reabilitação – 0,3% dos leitos totais, com percentuais semelhantes ao total entre os leitos SUS e não SUS.

O [Quadro 6, no anexo online](#), mostra o total de leitos por 1.000 habitantes e sua distribuição percentual entre os vários tipos de leitos nos países descritos nesse estudo e no Brasil. É importante salientar que tais números devem ser olhados com cautela, pois o número que utilizamos aqui

como leitos agudos pode estar incluindo leitos utilizados para cuidados prolongados e paliativos, uma vez que esse tipo de oferta ainda está pouco organizada no Brasil, como se pode ver pelo seu baixo percentual em comparação com a média da OCDE e dos demais países mencionados.

Observando a insuficiência do acesso aos leitos no Brasil e as reduzidas taxas de ocupação de hospitais com baixa capacidade dos seus leitos, ousamos afirmar que pelo menos 30% da oferta de leitos SUS de fato não são utilizados, reduzindo-se ainda mais a oferta real de leitos de 1,85 leito por 1.000 habitantes. Por outro lado, a convergência de parâmetros das experiências dos sistemas universais com forte ênfase na atenção primária e na ambulatorização do cuidado permite situar a oferta de leitos para agudos, eletivos e crônicos em torno dos 3,5 a 4 leitos por 1.000 habitantes, em que particularmente acreditamos que, para o Brasil, a referência de 4 leitos seria conveniente em termos de uma prospecção de necessidades para o impacto que terá uma população mais envelhecida, com crescimento de doenças crônicas e níveis altos de traumatismos e violências, em que projetamos 2,5 leitos para agudos e agudizados, 1,0 para eletivos e 0,5 para crônicos com longa permanência e dependência por 1.000 habitantes.

A busca dessa suficiência projetada de leitos capacitados integrados a cuidados territorializados em serviços integrados a redes e linhas de atenção torna-se fundamental para sustentar a qualidade resolutivas das redes regionalizadas.

### A modo de conclusões

É impositivo que aproveitando a atual conjuntura de debates e buscas de novos referenciais expressos na recente Política Nacional de Atenção Hospitalar, nos estudos sobre os HPPs e na revisão da Portaria GM n. 1.101/2002, façamos esforço de reforma hospitalar no âmbito do SUS da mesma forma

que outros sistemas universais tiveram de realizar no transcurso do seu desenvolvimento histórico e levando em conta o grave e exigente contexto brasileiro, que apresenta transição epidemiológica polarizada e prolongada como reflexo de seu padrão desigual de desenvolvimento, associada a uma transição demográfica acelerada, resultando em demanda de grande volume e complexa em sua diversidade.

Construir modelos conceituais de hospitais e de outras ofertas institucionais conforme a natureza da atenção às necessidades em regime de internação dos pacientes exige desenvolver concomitantemente pelo menos três tipologias em suas finalidades: para pacientes agudos, eletivos (que podem ser considerados ainda agudizados ou subagudos e serem incluídos ou não no espectro amplo dos pacientes agudos) e crônicos (de longa permanência e uma diversidade de necessidades derivadas de suas dependências que vão do hospital dia até os cuidados paliativos e terminais), mediante a projeção de linhas de atenção populacionais e definição de suas escalas de complexidade como disposição crescente de padrões de consumo e oferta do cuidado.

Para poder elaborar propostas de planos diretores em contexto de reforma do sistema hospitalar brasileiro, será necessário simular essas tipologias em modelos de suficiência de atenção projetadas em territórios/populações com caráter prospectivo para os próximos 25 anos, desconstruindo os hospitais como monólitos e projetando seus serviços nas redes e nas linhas de atenção para responder à universalidade com dimensionamento do acesso segundo necessidades, à integralidade como atributo da integração e da qualidade do sistema e com igualdade em termos de assinação de recursos, qualidade e segurança dos processos e dos resultados assistenciais para os pacientes cidadãos, promovendo a equidade para superar as exclusões e as injustiças em termos de desempenhos variáveis do próprio sistema. ■

### Bibliografia Consultada

- 1 Mckee M. European Observatory on Health Systems and Policies. Reducing Hospital Beds – What are the lessons to be learned? Policy Brief 6, 2004.
- 2 Mckee M, Healy J. European Observatory on Health Systems Series. Hospitals in a changing Europe, 2002.
- 3 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):778-85.
- 4 OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, 2011.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – Portaria 312 de 2 de maio de 2002.
- 6 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.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Manual do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde/ CNES – Versão 2 – Atualização.
- 8 Borlini LM. Há pedras no meio do caminho do SUS – os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. Textos & Contextos. 2010;9(2):321-33.
- 9 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.
- 10 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS, 2009.