

The background of the entire page is an abstract composition of numerous 3D cubes. The cubes are rendered in two colors: a light, off-white or light grey, and a metallic gold. They are scattered across the frame, with some appearing larger and more prominent than others, creating a sense of depth and movement. The lighting is soft, highlighting the edges and faces of the cubes, giving them a three-dimensional appearance. The overall aesthetic is modern and geometric.

Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES

©reprodução autorizada pelo autor , desde que citada a fonte

Bittar, Olimpio J . Nogueira V; Mendes, José Dínio Vaz; Magalhães, Adriana (coord).

Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular/ Olimpio J. Nogueira Bittar ; José Dínio Vaz Mendes; Adriana Magalhães . São Paulo: SES/SP, 201 1.

54p.: tab.

Modo de acesso: World Wide Web:

[http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes - ccd/saude-em-dados/revista_leitos_ - _18.pdf](http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes_ccd/saude-em-dados/revista_leitos_-_18.pdf)

1. Atenção à saúde
2. Assistência à saúde
3. Serviços de saúde
4. Sistemas de saúde
5. Estratégias regionais

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Giovanni Guido Cerri

Coordenadoria de Regiões de Saúde
Affonso Viviani Junior

Coordenadoria de Planejamento em Saúde
Silvany Lemes Cruvinel Portas

Coordenadoria de Controle de Doenças
Marcos Boulos

Coordenação editorial
Olímpio J. Nogueira V. Bittar
José Dínio Vaz Mendes
Adriana Magalhães

Coordenação de edição
Clelia Aranda
Sylia Rehder

Revisão
Cláudia Malinverni
Letícia Maria de Campos

Projeto gráfico
Sylia Rehder

Editoração eletrônica
Marcos Rosado

Centro de Produção e Divulgação Científica
Coordenadoria de Controle de Doenças

Av. Dr. Arnaldo, 351, 1º andar
Cerqueira Cesar - São Paulo
Cep: 05403-000

Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular

**Rede hospitalar no Estado de São Paulo:
mapear para regular pg 5**

Olímpio J. Nogueira V. Bittar

José Dínio Vaz Mendes

Adriana Magalhães

Assessoria Técnica do Gabinete do Secretário

**A construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS)
no Estado de São Paulo em 2011 pg 51**

Fátima Bombarda

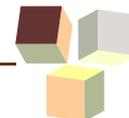
Nelson Yatsuda

Paula Tanaka

Daniele Marie Guerra

Coordenadoria de Regiões de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
2011**



Rede hospitalar no Estado de São Paulo: mapear para regular

*Olímpio J. Nogueira V. Bittar; José Dínio Vaz Mendes; Adriana Magalhães
Assessoria Técnica. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.*

INTRODUÇÃO

De acordo com os resultados do censo demográfico encerrado no mês de dezembro de 2010, a população brasileira é de 190.732.694 de habitantes, sendo que 41.252.160 (21,6%) encontram-se no Estado de São Paulo (ESP). Além de ser a mais populosa, São Paulo é a unidade da federação com maior desenvolvimento socioeconômico, responsável por 34% do PIB. Possui ampla rede de serviços de saúde, públicos e privados, muitos de excelente e reconhecida qualidade. Dos 5.565 municípios brasileiros, 645 estão no ESP, que foi dividido em 17 regiões administrativas de saúde pela Secretaria de Estado da Saúde (SES/SP), os chamados Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

A atenção à saúde da população conta com dois sistemas complementares: o Sistema Único de Saúde (SUS) – público – e o Sistema de Saúde Supletiva (SS) – privado –, que é composto por diferentes modalidades de prestadores de serviços (medicina de grupo, cooperativa médica, seguro saúde e autogestão). No Estado, 43% da população são atendidos pelo SS, contrastando com a média do País, que é de 26%.

Em 2010, o Brasil possuía 6.401 hospitais,¹ gerais e especiais, de todos os

portes, dos quais 165 são certificados como hospitais de ensino. São Paulo conta com 881 hospitais gerais e especiais, dos quais 41 são hospitais de ensino (HE) certificados. Entre esses destacam-se as unidades de alta complexidade e de grande importância como referência para o setor, que atendem pacientes de outros Estados e da América Latina, com intensa participação na pesquisa e no ensino.

A quantidade e distribuição de leitos hospitalares paulistas foi objeto de estudo na Coordenadoria de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2005, conforme MAGALHÃES,^{2,3} demonstrando a desigualdade na oferta entre os Departamentos Regionais de Saúde e a baixa taxa de ocupação. A criação indiscriminada de leitos para as comunidades, sem a observação das necessidades epidemiológicas e análise da boa utilização dos serviços já existentes, pode ser letal para a solvência dos sistemas de saúde, face ao custo de investimento e manutenção para esses equipamentos.

Nas últimas décadas observa-se o aumento de gastos públicos em saúde em todos os países, especialmente no



conjunto de economias desenvolvidas, tornando o assunto gradativamente mais relevante para os respectivos governos.⁴ Entre as razões para o crescimento das despesas com saúde, temos o envelhecimento da população, com a consequente modificação dos padrões de morbimortalidade (predomínio de doenças crônico-degenerativas), os avanços da tecnologia médica (novos exames, medicamentos e procedimentos), fatores socioeconômicos/culturais relativos à produção e ao “consumo” de produtos médicos por parte da população e a própria universalização das políticas de assistência, como a ocorrida no Brasil desde a criação do SUS, pela Constituição de 1988.

As dificuldades verificadas no financiamento dos sistemas públicos universais de saúde destacam a importância da busca pela racionalidade na prestação de serviços, em especial no que se refere à atenção hospitalar, uma vez que esse tipo de atenção exige grandes investimentos e apresenta elevado custeio.

Para colaborar com a análise da atenção hospitalar no ESP e suas necessidades quantitativas e qualitativas, apresenta-se a descrição de indicadores de outros países sobre o tema, a situação atual dos diferentes tipos de serviços hospitalares existentes no Estado e outros fatores relacionados com esta forma de

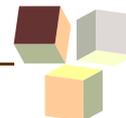
atenção em saúde.

Dada a importante presença dos hospitais de ensino em São Paulo – que constituem um grupo de unidades com peculiaridades assistenciais, de pesquisa e ensino que merecem destaque e para as quais se dispõe de informações de qualidade – utilizam-se resultados deste grupo para exemplificar os problemas a serem enfrentados pelos gestores na estruturação da atenção hospitalar no Estado. A partir dessas informações e de outros estudos semelhantes que detalhem a questão nas diferentes regiões paulistas, poder-se-á interferir nos sistemas de saúde regionais a fim de adequá-los aos recursos existentes e ao melhor aproveitamento dos mesmos para garantia da saúde da população e sustentabilidade dos sistemas.

MÉTODOS

Os dados foram obtidos dos arquivos do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ambos do Ministério da Saúde, e do Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

O Datasus coleta regularmente dados de faturamento das unidades hospitalares, entre eles, número e características de internação, motivo da



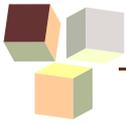
internação (morbidade), datas de internação e saída hospitalar, procedimentos realizados durante a permanência no hospital. Em relação aos pacientes internados, são fontes de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Comunicação de Internação Hospitalar (CIH). A primeira refere-se aos pacientes atendidos pelo SUS e suas informações são disponibilizadas pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e a segunda, àqueles atendidos pelo SS, porém com grau de cobertura insuficiente – somente dados de internação, havendo uma lacuna importante em relação aos dados ambulatoriais.

As informações ambulatoriais dos pacientes SUS são processadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), não contemplando, de forma geral, dados sobre origem (endereço), características (sexo e faixa etária) e motivo do atendimento (códigos de classificação das doenças), exceto nos casos de procedimentos de alta complexidade (AC), exames complementares e procedimentos terapêuticos que necessitam de autorização prévia (Apac, autorização para procedimentos de AC em regime ambulatorial). O CNES é a base cadastral para os sistemas de informações em saúde do SUS e foi iniciado em 2003, com dados disponíveis sistematicamente desde 2005. Antes do CNES, o cadastro era realizado no SIH/SUS, porém com informações que,

por vezes, eram bastante desatualizadas. A fidedignidade das informações dos sistemas do SUS foi melhorando ao longo do tempo, com a introdução de inúmeras “críticas” automáticas nos sistemas informatizados correspondentes.

Com relação às informações sobre os usuários de planos e seguros privados de saúde, a fonte foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar do Ministério da Saúde (ANS/MS), que disponibiliza os dados em seu site na internet.⁵ Podem existir incorreções quanto ao número de segurados por região, em função da duplicidade de registros (como é o caso de usuários que possuem dois planos de saúde, um de caráter coletivo e outro familiar, que são contados duas vezes), bem como de endereço, uma vez que o que consta é aquele da empresa contratante. Mesmo assim, foi considerado imprescindível a utilização dessas informações para o estudo de leitos.

Para os hospitais de ensino foi utilizado o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), criado no ESP em 2005 para avaliação dessas unidades hospitalares, após a certificação das mesmas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. O SAHE compreende as informações administrativas para uma análise integral da produção, produtividade, qualidade e aspectos financeiros de suas atividades, relativas



tanto ao SUS como ao SS.

A primeira parte é a apresentação e discussão de informações pertinentes da rede hospitalar no Estado de São Paulo como um todo, isto é, incluindo hospitais de todos os portes, destacando-se:

- Hospitais gerais e especializados (cardiologia, ortopedia, oncologia, pediatria e maternidades entre outros), com especial destaque para os HE.
- Unidades não hospitalares com leitos, como as unidades mistas e prontos-socorros. O critério para a inclusão destas unidades foi o registro de emissão de AIH, nos primeiros seis meses de 2010. Foram encontradas 26 unidades ativas no CNES, sem registro de produção de AIH.
- Hospitais de longa permanência (psiquiatria e crônicos – tuberculose, hanseníase, geriatria e outros).

Essas informações foram apresentadas por regional de saúde da SES-SP, tanto para os hospitais do SUS como do sistema de SS.

A segunda parte é uma apresentação de dados do SAHE (produção, indicadores de qualidade e de produtividade), que em alguns casos são apresentados em conjunto com a produção SUS destas

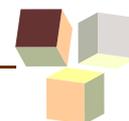
unidades e com o total da produção SUS do Estado de São Paulo, para efeito de comparação e destaque da importância das informações. São apresentados dados internacionais que indicam tendências deste tipo de atenção nos países desenvolvidos que possam enriquecer a discussão do assunto.

O objetivo geral deste trabalho é apresentar a situação atual da estrutura da atenção hospitalar no ESP, de forma a indicar necessidades, conhecer tendências, apontar possíveis melhorias que poderão ser implantadas no sistema de saúde, orientar gestores e melhorar acesso e qualidade do atendimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura geral da rede hospitalar do Estado de São Paulo

Na Tabela 1 observa-se que no CNES existem 855 unidades com registro de leitos de internação no Estado de São Paulo, das quais 594 (70%) estão vinculadas ao SUS e apresentam produção de AIH e 261 unidades (30%) são unidades privadas não conveniadas ao SUS, que atendem apenas ao sistema SS e pacientes particulares. Existem 26 unidades vinculadas ao SUS que, embora tenham leitos registrados no CNES, não possuem produção registrada de AIH, representando provável erro de atualização cadastral,



razão pela qual foram ignoradas no desenvolvimento deste trabalho. Assim, o ESP dispõe de 855 hospitais e 103,1 mil leitos (com registro de produção) que atendem aos sistemas SUS e SS.

As 594 unidades públicas ou privadas conveniadas ao sistema foram divididas em cinco grupos: 485 (82%) são hospitais gerais e especializados, com 63 mil leitos (que incluem 41 hospitais de ensino, que representam significativa parcela destes leitos, como será apresentado a seguir); 54 (9%) são hospitais psiquiátricos; com 13,5 mil leitos; 18 (3%) são hospitais de crônicos (hanseníase, tuberculose, geriátricos e outros), com 3 mil leitos; e 37 (6%) são

outras unidades com leitos (prontos-socorros e unidades mistas), com apenas 839 leitos.

Portanto, dos 103,1 mil leitos paulistas, 80,4 mil (78%) são de unidades hospitalares vinculadas ao SUS, embora apenas 64,7 mil (63%) sejam leitos disponibilizados efetivamente para o SUS. É preciso salientar que parte importante dos hospitais do SUS é de natureza filantrópica e reserva parcela de seus leitos para atendimento privado (sistema SS). Os hospitais que atendem exclusivamente ao sistema SS possuem 22,7 mil leitos, ou 22% do total de leitos existentes no Estado.

Dos 64,7 mil leitos disponíveis no SUS,

Tabela 1. Número de unidades, leitos existentes, leitos SUS, taxa de ocupação e média de permanência segundo tipo de estabelecimento. Estado de São Paulo, 2010.

Estado de São Paulo	Nº unidades	Leitos existentes	Leitos SUS ⁽¹⁾	Taxa de ocupação ⁽⁴⁾	Média de Permanência ⁽⁴⁾
Hospital (geral e especializado)	485	63.071	49.524	63,27	5,00
Hospital psiquiátrico	54	13.477	11.918	90,78	24,84
Hospital de crônicos	18	3.039	2.481	70,36	28,89
Pronto-socorro/PA ⁽²⁾	18	490	478	57,31	3,35
Unidade mista	19	349	329	31,11	4,13
Total de unidades com vínculo com o SUS	594	80.426	64.730	-	-
Hospitais não conveniados ao SUS ⁽³⁾					
Geral e especializado	248	21.686			
Hospitais longa permanência, PS/PA	13	1.037			
Total de hospitais não conveniados ao SUS	261	22.723	-	-	-
Total de hospitais ESP	855	103.149	-	-	-

Fonte: Datasus/MS; SIH/SIH-2010; CNES junho/2010

(1) Leitos conveniados ao SUS.

(2) Pronto-socorro + pronto atendimento – PA com AIH.

(3) Oito dos hospitais sem convênio com o SUS são hospitais-dia.

(4) Taxa de ocupação e média de permanência dos leitos SUS.



49,5 mil (77%) são de hospitais gerais e especializados; 11,9 mil (18%) de hospitais psiquiátricos; e 2,4 mil (4%) de hospitais de crônicos. Observa-se ainda que o número de leitos SUS em unidades de pronto-socorro/pronto atendimento e unidades mistas não representam quantidade significativa do total de leitos SUS-SP (1,2%).

A Tabela 1 apresenta, ainda, a taxa de ocupação e a média de permanência dos leitos SUS. Nota-se que a taxa de ocupação é maior nos leitos psiquiátricos (90,8%) e crônicos (70,4%). O fato está relacionado com a longa duração da internação nesses serviços, que na verdade é maior do que a média de permanência apresentada, uma vez que a internação do mesmo paciente é renovada mensalmente, conforme as normas administrativas do SUS.

No que se refere aos hospitais gerais e especializados, a taxa de ocupação é de 63,3%, com média de permanência de cinco dias. Nas tabelas que se seguem, estes últimos valores serão mais detalhados, permitindo algumas conclusões.

Em 1985, o Estado de São Paulo possuía 89.581 leitos gerais, conforme cita DUARTE,⁶ demonstrando uma diminuição de 30% de leitos até 2010. Esse fato ocorreu em outros países, como os Estados Unidos, citados por BAZZOLI e col.,⁷ onde entre 1985 e 2000 o número de hospitais comunitários diminuiu em 14,4% e o de leitos em 17,5%, tendo as taxas de ocupação declinado de 74,9% para 64,45%,

no período. O mesmo fato já havia sido descrito por KEELER e YING⁸, que, no período de 1983 a 1989, apontaram queda de leitos norte-americanos de 1 milhão para 933 mil, com a taxa de ocupação declinando de 75% para 66%. Em ambos os casos, os motivos da diminuição foram os avanços tecnológicos que permitiram melhor uso do ambulatório e a diminuição da média de permanência dos pacientes nos hospitais, além de incentivos econômicos para diminuição dos custos e das internações. Há relato de casos em que a escassez de mão de obra, principalmente enfermagem, influenciou nesta redução.

Hospitais gerais/especializados – Distribuição regional e leitos por mil habitantes

O grupo de 485 hospitais gerais e especializados vinculados ao SUS é apresentado na Tabela 2, divididos por Departamento Regional de Saúde (DRS-/SES-SP).

Tomando-se como base a rede de hospitais vinculados ao SUS, em 2010, existe 1,53 leito geral e especializado/SUS por mil habitantes no Estado de São Paulo (excluídos apenas os leitos psiquiátricos e de longa permanência). Como esses hospitais dispõem de leitos para o sistema SS, conforme já referido no item anterior, a proporção de leitos disponibilizados para o SUS é ainda mais reduzida, totalizando 1,20 leito geral e especializado/SUS por mil habitantes.



Tabela 2. Número de hospitais gerais e especializados do SUS/SP, leitos existentes e leitos SUS, leitos por mil habitantes e taxa de ocupação segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Hospitais	Leitos existentes ⁽¹⁾	Leitos/ 1.000 hab.	Leitos SUS ⁽²⁾	Leitos SUS/ 1.000 hab.	Taxa de ocupação
I Grande São Paulo	121	26.813	1,36	22.586	1,15	69,65
II Araçatuba	19	1.526	2,12	1.100	1,53	41,53
III Araraquara	17	1.397	1,52	925	1,01	57,65
IV Baixada Santista	14	2.423	1,46	1.812	1,09	64,29
V Barretos	12	1.051	2,55	846	2,06	55,69
VI Bauru	44	3.977	2,45	3.217	1,98	51,48
VII Campinas	44	4.788	1,19	3.770	0,93	64,79
VIII Franca	12	1.021	1,57	730	1,12	45,52
IX Marília	31	2.522	2,36	1.888	1,77	45,28
X Piracicaba	14	1.856	1,31	1.258	0,89	55,12
XI Presidente Prudente	18	1.744	2,41	1.373	1,9	53,94
XII Registro	6	283	1,03	270	0,99	66,65
XIII Ribeirão Preto	20	2.420	1,82	1.848	1,39	68,12
XIV São João da Boa Vista	17	1.589	2,05	1.156	1,49	62,01
XV São José do Rio Preto	41	3.666	2,49	2.221	1,51	68,10
XVI Sorocaba	27	2.792	1,24	2.147	0,96	54,19
XVII Taubaté	28	3.203	1,42	2.377	1,05	60,09
São Paulo	485	63.071	1,53	49.524	1,20	63,27

Fonte: taxa de ocupação: Datasus/MS/SIH/2010. Leitos: CNES jun/2010. População: IBGE/dez/2010

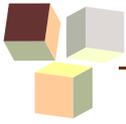
(1) Leitos existentes; total de leitos SUS + leitos que atendem ao Sistema SS.

(2) Leitos SUS: total de leitos disponibilizados ao SUS.

Pode-se observar ainda que os leitos existentes não estão uniformemente distribuídos no Estado, com variações que vão de 1,03 leito por mil habitantes na região de Registro até 2,55 leitos na região de Barretos; se tomarmos apenas os leitos SUS, de 0,89 na região de Piracicaba a 2,06 em Barretos. As diferenças regionais são explicadas pela evolução histórica do sistema de atenção médica, que acompanhou o desenvolvimento socioeconômico das regiões, ocasionando a criação de mais serviços hospitalares em áreas com maior

número de trabalhadores formais (lógica da previdência social) ou com capacidade de financiar e manter os serviços de saúde privados.

A observação dessas diferenças e desses valores para São Paulo ocasiona frequentemente a demanda por mais hospitais e leitos, como se a criação de novos serviços fosse panacéia para aperfeiçoar o SUS/SP. Na verdade, trata-se de discussão complexa que deve levar em conta outros pontos importantes para o entendimento mais adequado da questão.



Os valores dessas relações são habitualmente comparados com os valores encontrados em outros países desenvolvidos, que apontam número de leitos por mil habitantes bem maiores, conforme Tabela 3, sugerindo assim a necessidade de aumentar grandemente o número de hospitais e leitos destinados ao SUS. A relação de leitos agudos por mil habitantes (excluídos aqueles para cuidados psiquiátricos e de longa permanência) destes países, em 2007, são sempre maiores que os encontrados no SUS/SP, com exceção do México, que apresenta 1,0 leito/mil habitantes.⁹ Alguns valores alcançam o dobro, caso da Holanda, com 3,0 leitos/mil habitantes.

Há que se ter bastante cuidado em comparações deste tipo. Os sistemas de saúde dos diversos países possuem estruturas muito diferentes entre si, com normas e padrões culturais distintos quanto ao momento, a necessidade e a duração da internação. A Holanda, em 1995, apresentava 9,9 dias de média de internação, reduzida em 2007 para 6,6 dias, ainda bem superior à média do SUS/SP, de 5 dias. Outros exemplos com significativas diferenças no grupo de países desenvolvidos são o Japão, com 19 dias de média de permanência, e a Alemanha, com 7,8 dias, em 2007, indicando aspectos assistenciais, técnicos e

de padrões culturais que não são comparáveis aos demais países.⁹

Outro aspecto a ser levado em conta é que, de forma geral, ocorreram significativas reduções na relação de leitos agudos por mil habitantes em todos os países desenvolvidos. No rol de países apresentados na Tabela 3 observa-se que a variação na redução na relação de leitos/mil habitantes foi de 9,1% (México) até 30% (Suécia e Canadá). Saliente-se que estes dois últimos países possuem sistemas universais de saúde e também buscam alternativas mais eficientes e com menor custo que as internações para o atendimento de suas populações.

Para efeito comparação, no Estado de São Paulo, a rede SUS contava em 2005, no que se refere a leitos gerais e especializados, com 64,3 mil leitos ou 1,59 leito por mil habitantes. O dado, comparado com os 63 mil leitos ou 1,53 leito, em 2010, representa redução de cerca de 4% no último quinquênio. Se tomarmos leitos exclusivamente SUS, tem-se em 2005 51,3 mil leitos ou 1,26 leito/SUS por mil habitantes, que, comparados com 49,5 mil leitos ou 1,20 leito/SUS por mil habitantes, em 2010, representa redução de 4,8%.

De fato, em todo o mundo têm-se buscado, com sucesso, substituir ou



reduzir o tempo de internação pelo desenvolvimento de modelos de atenção à saúde ambulatorial,¹⁰ com objetivos que não envolvem apenas a redução de custos da atenção à saúde, mas também buscam garantir melhor qualidade no atendimento e redução de riscos para os pacientes.

Torna-se necessária, ainda, discutir a pertinência de se utilizar a relação de leitos SUS por mil habitantes, como habitualmente é apresentada. De forma

geral, essa relação é calculada tomando-se os leitos do SUS pela população total do Estado de São Paulo. Ignora-se, assim, a parcela significativa dos habitantes que possuem algum tipo de plano privado de saúde. Conforme se pode observar na Tabela 4, 17,7 milhões de paulistas (43% da população total) possuem planos de saúde suplementar. Essa proporção é bastante diferente por todo o Estado, com variação de 10% na região de Registro, até 52% na Grande São Paulo.

Tabela 3. Leitos agudos para cuidados hospitalares por mil habitantes e taxa de ocupação com as respectivas variações para países selecionados – 1995-2007.

Países	Leitos por mil/hab.(1)			Taxa de ocupação		
	1995	2007	Variação %	1995	2007	Variação %
México	1,1	1,0	-9,1	57,0	60,0	5,3
Suécia	3,0	2,1	-30,0	-	-	-
Espanha	3,0	2,5	-16,7	76,0	78,0	2,6
Reino Unido	-	2,6	-	-	83,0	-
EUA	3,4	2,7	-20,6	63,0	67,0	6,3
Canadá	3,9	2,7	-30,8	85,0	89,0	4,7
Portugal	3,3	2,8	-15,2	73,0	73,0	0,0
Holanda	3,8	3,0	-21,1	73,0	64,0	-12,3

Fonte: OECD Health Data/2009; Health at a Glance; OECD Indicators 2009, p. 201

(1) Leitos agudos, excluídos os de cuidados psiquiátricos e unidades de longa permanência.

Tabela 4. População Total e população beneficiária do sistema de saúde suplementar segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo – 2010.

DRS	População Total	Saúde Suplementar	%
I São Paulo	19.672.582	10.136.514	51,5
II Araçatuba	719.434	141.214	19,6
III Araraquara	920.385	335.462	36,5
IV Baixada Santista	1.663.082	680.725	40,9
V Barretos	411.484	132.397	32,2
VI Bauru	1.625.045	403.594	24,8
VII Campinas	4.033.425	1.946.494	48,3
VIII Franca	649.995	225.616	34,7
IX Marília	1.068.326	224.326	21,0
X Piracicaba	1.413.184	584.338	41,4
XI Presidente Prudente	722.298	151.680	21,0
XII Registro	273.626	26.989	9,9
XIII Ribeirão Preto	1.328.535	509.415	38,3
XIV São João da Boa Vista	773.518	254.505	32,9
XV São José do Rio Preto	1.470.683	464.678	31,6
XVI Sorocaba	2.243.835	629.271	28,0
XVII Taubaté	2.262.723	832.621	36,8
São Paulo	41.252.160	17.679.839	42,9

Fonte: IBGE, resultados do Censo 2010/ANS/set 2010 e CNES junho/2010



A população que possui formas de saúde suplementar se utiliza dos serviços hospitalares estritamente privados e sem relação com o SUS (22,7 mil leitos, conforme apresentado na Tabela 1). Além disso, utiliza-se também dos leitos particulares existentes nos hospitais vinculados ao SUS, que são parcela bastante significativa: na Tabela 2 nota-se que 13,5 mil leitos da rede SUS são disponibilizados para o sistema SS. Portanto, no caso de São Paulo, é inadequada a comparação da relação de leitos SUS/mil habitantes com a relação de leitos por mil habitantes de outros países, uma vez que estes incluem toda a rede hospitalar existente.

Tendo em vista a necessidade de incluir

os leitos privados que atendem o sistema SS e de levar em conta a população que possui qualquer forma de plano de saúde no cálculo da relação de leitos por mil habitantes, apresenta-se na Tabela 5 o total de leitos gerais e especializados do SUS e do sistema de SS. Para determinar o número de leitos que atendem o sistema SS foram somados os leitos privados dos hospitais conveniados ao SUS e os leitos de hospitais privados sem relação com ele. Em ambos os casos foram excluídos os leitos de longa permanência e de psiquiatria. O número total de leitos gerais e especializados no ESP atinge 84,7 mil leitos, sendo 49,5 mil (58%) do SUS e 35,2 mil (42%) do sistema SS (13,5 mil leitos de hospitais conveniados ao SUS e 21,6 mil de hospitais privados estritos).

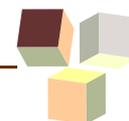
Tabela 5. Leitos gerais e especializados SUS e privados do sistema da saúde suplementar segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Leitos SUS	Leitos privados Hosp./SUS ⁽¹⁾	Leitos privados Hosp. sem SUS ⁽²⁾	Total privado	Leitos totais
I São Paulo	22.586	4.227	14.964	19.191	41.777
II Araçatuba	1.100	426	254	680	1.780
III Araraquara	925	472	321	793	1.718
IV Baixada Santista	1.812	611	449	1.060	2.872
V Barretos	846	205	117	322	1.168
VI Bauru	3.217	760	398	1.158	4.375
VII Campinas	3.770	1.018	1.912	2.930	6.700
VIII Franca	730	291	269	560	1.290
IX Marília	1.888	634	55	689	2.577
X Piracicaba	1.258	598	606	1.204	2.462
XI Pres. Prudente	1.373	371	284	655	2.028
XII Registro	270	13	29	42	312
XIII Ribeirão Preto	1.848	572	401	973	2.821
XIV São João da Boa Vista	1.156	433	131	564	1.720
XV São José do Rio Preto	2.221	1.445	384	1.829	4.050
XVI Sorocaba	2.147	645	466	1.111	3.258
XVII Taubaté	2.377	826	646	1.472	3.849
Total	49.524	13.547	21.686	35.233	84.757

Fonte: ANS/set 2010; CNES junho 2010

(1) Leitos privados em hospitais conveniados ao SUS.

(2) Leitos em hospitais privados sem convênio com o SUS.



Em seguida, na Tabela 6, são apresentadas as relações de leitos por mil habitantes para os usuários SUS, para os beneficiários do sistema SS e para o total do Estado. Neste caso, utilizou-se como denominador para o cálculo da relação de leitos/SUS por mil usuários SUS somente a população SUS dependente (total da população paulista subtraído dos beneficiários da SS). Para o cálculo da relação de leitos por mil beneficiários no sistema de SS utilizou-se a população beneficiária declarada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e, finalmente, para o valor total de São Paulo utilizou-se a somatória dos leitos das redes do SUS e

da SS, apontado na Tabela 5, dividida pela população total do ESP.

Com estes critérios, no total o Estado de São Paulo apresenta 2,05 leitos gerais e especializados por mil habitantes, valor aproximado ao dos países desenvolvidos (Tabela 3). O SUS e o sistema de SS revelam valores muito próximos, respectivamente 2,10 e 1,99 leitos por mil habitantes.

É necessário destacar que o número de leitos por mil habitantes isoladamente não permite concluir que o acesso à assistência hospitalar é semelhante nos dois sistemas, pois não se conhece a qualificação e resolubilidade destes leitos, que podem apresentar importantes diferenças.

Tabela 6. Leitos gerais e especializados por mil habitantes no SUS, no sistema SS e total segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS		Leitos SUS por 1.000 usuários/SUS	Leitos privados por 1.000 beneficiários/SS	Total de leitos por 1.000 Hab./ESP
I	São Paulo	2,37	1,89	2,12
II	Araçatuba	1,90	4,82	2,47
III	Araraquara	1,58	2,36	1,87
IV	Baixada Santista	1,84	1,56	1,73
V	Barretos	3,03	2,43	2,84
VI	Bauru	2,63	2,87	2,69
VII	Campinas	1,81	1,51	1,66
VIII	Franca	1,72	2,48	1,98
IX	Marília	2,24	3,07	2,41
X	Piracicaba	1,52	2,06	1,74
XI	Pres. Prudente	2,41	4,32	2,81
XII	Registro	1,09	1,56	1,14
XIII	Ribeirão Preto	2,26	1,91	2,12
XIV	São João da Boa Vista	2,23	2,22	2,22
XV	São José do Rio Preto	2,21	3,94	2,75
XVI	Sorocaba	1,33	1,77	1,45
XVII	Taubaté	1,66	1,77	1,70
São Paulo		2,10	1,99	2,05

Fonte: População IBGE/resultados do Censo 2010, ANS/set 2010 e CNES/junho 2010



Destaca-se ainda que, em 2005, a relação de leitos SUS/usuários SUS era de 1,99 leito por mil, valor que aumentou para 2,1 leitos em 2010, apesar da redução de 4,8% no número absoluto de leitos SUS no mesmo período. Tal fato indica que houve ampliação da proporção da população do Estado com cobertura hospitalar pelo Sistema de SS.

Pode-se observar também que os leitos totais existentes não estão uniformemente distribuídos em São Paulo, com variações que vão de 1,14 leito por mil habitantes na região de Registro até 2,84 na de Barretos; se tomarmos apenas os leitos SUS, de 1,52 na região de Piracicaba a 3,03 em Barretos.

A instalação de leitos, que se desenvolveu historicamente de maneira desordenada, provoca dificuldades assistenciais para determinadas microrregiões, nas quais a demanda supera a oferta, enquanto em outros locais constata-se a ociosidade de leitos. Portanto, a solução para o acesso aos hospitais não passa necessariamente pela criação de novos serviços. Em muitos casos, o desenvolvimento adequado de logística de transporte e a implantação de um efetivo sistema de regulação de leitos entre as regiões pode garantir a adequada internação dos pacientes em hospitais de áreas próximas aos seus municípios de residência.

Entre os vários aspectos a serem observados regionalmente, para orientar as medidas a serem tomadas para melhorar o acesso dos pacientes na atenção hospitalar, estão a análise da complexidade das unidades, a existência de pesquisa e ensino, a boa utilização da estrutura e da capacidade instalada, a resolubilidade e a viabilidade financeira dos hospitais das diferentes regiões. Naquelas com grande oferta de hospitais, é preciso verificar se estes serviços não se constituem em unidades pequenas, de baixa resolubilidade e qualidade insuficiente, que necessitam de reestruturação e investimentos para atenderem às necessidades locais e regionais.

Os 485 hospitais gerais e especializados do SUS são apresentados na Tabela 7, destacando-se o número de hospitais de ensino, com os respectivos leitos, por Departamento Regional de Saúde.

Os 41 hospitais de ensino representam 16,3 mil leitos (26% do total de 63 mil leitos). Estes possuem em média 397 leitos, contra a média de 105 leitos dos 444 hospitais restantes. Nota-se a concentração de HE em algumas regiões, como na Grande São Paulo, Campinas, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto.

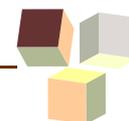


Tabela 7. Hospitais gerais e especializados do SUS/SP e de ensino segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS		Nº de hospitais ⁽¹⁾	Leitos existentes	Nº de HE	Leitos existentes	Total de HGE	Total de leitos
I	Grande São Paulo	105	18.724	16	8.089	121	26.813
II	Araçatuba	19	1.526	-	-	19	1.526
III	Araraquara	17	1.397	-	-	17	1.397
IV	Baixada Santista	12	1.376	2	1.047	14	2.423
V	Barretos	11	845	1	206	12	1.051
VI	Bauru	40	2.860	4	1.117	44	3.977
VII	Campinas	37	2.938	7	1.850	44	4.788
VIII	Franca	12	1.021	-	-	12	1.021
IX	Marília	30	2.268	1	254	31	2.522
X	Piracicaba	13	1.583	1	273	14	1.856
XI	Pres. Prudente	17	1.286	1	458	18	1.744
XII	Registro	6	283	-	-	6	283
XIII	Ribeirão Preto	18	1.342	2	1.078	20	2.420
XIV	São João Boa da Vista	17	1.589	-	-	17	1.589
XV	São José do Rio Preto	38	2.578	3	1.088	41	3.666
XVI	Sorocaba	25	2.146	2	646	27	2.792
XVII	Taubaté	27	3.015	1	188	28	3.203
São Paulo		444	46.777	41	16.294	485	63.071

Fonte: Datasus/MS, SIH/SIH/2010* (1º semestre), CNES junho 2010
 (1) Total de hospitais gerais e especializados subtraídos dos HE.

Na Tabela 8 observa-se que entre os 41 hospitais de ensino 34 (83%) possuem mais de 151 leitos, não havendo nenhum HE com menos de 50 leitos. No entanto, nos demais 444 hospitais, 161 (36%) são unidades pequenas com menos de 50 leitos, 41% possuem entre 51 e 150 leitos e apenas 23% tem mais de 150 leitos. Esse fato, aliado à presença dos HE em algumas regiões, conforme citado anteriormente, tornam as mesmas pólos de atenção à saúde hospitalar no Estado.

O pequeno hospital é uma unidade de saúde com baixa eficiência, qualidade de assistência normalmente precária

e de difícil sustentabilidade econômica. Esse perfil é confirmado pelos dados da Tabela 9, que apontam, no Estado de São Paulo, taxa de ocupação de 36% para as unidades com menos de 50 leitos e média de permanência de 3,2 dias, indicando a baixa complexidade dos casos atendidos.

Pode-se observar ainda que a taxa de ocupação aumenta em relação ao tamanho dos hospitais, sendo de 52% para aqueles com 51 a 150 leitos e de 68% para os com mais de 151 leitos, com maior média de permanência em ambos os casos.



Tabela 8. Hospitais gerais e especializados do SUS/SP e de ensino segundo Departamento Regional de Saúde (DRS), por porte. Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Hospitais ⁽¹⁾	Por porte (nºleitos)			HE	Por porte (nºleitos)	
		≤ 50	51-150	≥ 151		51-150	≥ 151
I Grande São Paulo	105	18	31	56	16	3	13
II Araçatuba	19	8	10	1	-	-	-
III Araraquara	17	8	5	4	-	-	-
IV Baixada Santista	12	4	4	4	2	-	2
V Barretos	11	6	4	1	1	-	1
VI Bauru	40	17	18	5	4	1	3
VII Campinas	37	15	18	4	7	1	6
VIII Franca	12	6	5	1	-	-	-
IX Marília	30	15	13	2	1	-	1
X Piracicaba	13	2	9	2	1	-	1
XI Pres. Prudente	17	4	11	2	1	-	1
XII Registro	6	4	1	1	-	-	-
XIII Ribeirão Preto	18	6	11	1	2	-	2
XIV São João Boa Vista	17	6	8	3	-	-	-
XV São José Rio Preto	38	24	9	5	3	1	2
XVI Sorocaba	25	10	12	3	2	1	1
XVII Taubaté	27	8	11	8	1	-	1
São Paulo	444	161	180	103	41	7	34

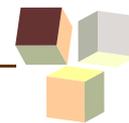
Fonte: Datasus/MS, SIH/SIH/2010* (1º semestre), CNES junho 2010

(1) Total de hospitais gerais e especializados subtraídos dos HE.

Tabela 9. Taxa de ocupação e média de permanência nos hospitais gerais e especializados da rede SUS, por porte, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Taxa de ocupação				Média de permanência			
	Hospitais (nº leitos)			HE	Hospitais (nº leitos)			HE
	≤ 50	51-150	≥ 151		≤ 50	51-150	≥ 151	
I Grande São Paulo	48,23	63,61	69,75	73,31	3,55	4,67	5,36	7,26
II Araçatuba	18,90	38,13	62,61	-	3,08	3,26	5,76	-
III Araraquara	36,01	56,64	63,10	-	2,98	3,79	4,16	-
IV Baixada Santista	60,56	74,41	69,07	57,61	4,23	4,40	5,40	6,95
V Barretos	20,26	40,19	62,87	93,48	2,81	3,07	5,29	5,03
VI Bauru	24,38	37,10	53,17	76,05	3,01	3,51	4,22	5,87
VII Campinas	32,37	51,94	53,83	86,63	2,96	3,62	4,16	5,60
VIII Franca	26,92	31,37	77,26	-	2,67	3,04	3,92	-
IX Marília	30,25	45,33	39,08	75,18	3,02	3,88	4,28	6,05
X Piracicaba	25,02	46,98	66,93	66,37	2,87	3,63	4,50	3,85
XI Pres. Prudente	39,94	46,35	44,65	73,05	2,89	3,45	5,26	4,87
XII Registro	28,54	89,11	71,41	-	4,22	3,50	5,06	-
XIII Ribeirão Preto	33,27	49,19	92,37	82,12	3,40	3,44	4,45	6,39
XIV S. João Boa Vista	43,85	57,89	75,47	-	3,60	4,30	6,50	-
XV S. José Rio Preto	50,70	56,63	77,67	73,77	2,99	3,16	4,92	6,09
XVI Sorocaba	39,17	46,70	64,78	62,98	2,76	3,34	3,98	5,67
XVII Taubaté	40,22	61,82	62,00	61,70	3,80	4,13	5,06	4,98
São Paulo	36,36	51,92	67,53	74,48	3,20	3,86	5,13	6,41

Fonte: Datasus/MS; SIH/SIH/2010; CNES junho 2010



De forma geral, os HE paulistas apresentam melhores taxas de ocupação, com 74,5% e média de permanência de 6,41 dias, possivelmente explicada pela gravidade dos pacientes e complexidade dos procedimentos realizados nestes hospitais.

Quando comparados esses resultados aos dos países citados (Tabela 3), nota-se que as taxas de ocupação dos HE (74,5%) e dos hospitais com mais de 151 leitos (66%), embora sejam as melhores entre os hospitais paulistas, ainda são mais baixas que as da maioria dos países selecionados, exceto o México (60%) e a Holanda (64%).

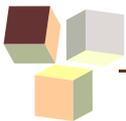
As baixas taxas de ocupação encontradas indicam que os hospitais do SUS/SP, de forma semelhante as dos demais Estados do Brasil, podem ampliar a oferta de leitos para a comunidade. Isto é, a quantidade de leitos existentes na estrutura atual do sistema é suficiente para atender as demandas, desde que ocorra uma revisão e afinação de parâmetros para o atendimento da população e dimensionamento de leitos totais, por especialidades, com o concomitante aperfeiçoamento dos sistemas de informação, para que a regulação e alocação de recursos e o encaminhamento de pacientes possam ocorrer adequadamente.

A análise deve ser desenvolvida observando-se a peculiaridade de cada

região de saúde. Por exemplo, na região de Marília o SUS é um sistema fundamental para o atendimento hospitalar, pois o sistema SS atende apenas 21% da população. Nessa região existem 2,2 leitos SUS/mil usuários SUS, superior à média estadual, que é de 2,1. No entanto, os hospitais gerais e especializados do SUS apresentam de 30% a 45% de ocupação, demonstrando grande ociosidade dos leitos, enquanto o hospital de ensino de Marília apresenta 75% de taxa de ocupação, indicando urgente necessidade de regulação regional de leitos, tanto para melhorar o acesso e a qualidade do atendimento como para qualificar a assistência dos demais hospitais da região.

Outras regiões que apresentam ociosidade de leitos SUS são as de Campinas, cujas taxas de ocupação vão de 32% a 54% (os HE têm taxa de 86%); de Bauru, de 24% a 53% (os HE com taxa de 76%); e de Presidente Prudente, de 40% a 45% (a taxa dos HE são de 73%). Em todos esses casos, antes de qualquer medida para ampliação do número de leitos, faz-se necessário a avaliação dos leitos e hospitais existentes e a verificação de medidas que possam melhorar a produtividade da rede já instalada.

O mesmo pode ser dito quanto a planos de ampliação da capacidade e complexidade dos hospitais locais. É preciso cuidado para que não aconteça a aquisição e instalação indiscriminada de equipamentos de alta complexidade, como ressonância



magnética e *pet scan*, entre outros. Assim como ocorrem com o número de leitos, a aquisição de equipamentos deve levar em conta não apenas a estrutura já existente em outros hospitais, como os HE, mas também o número de procedimentos realizados (economia de escala), recursos humanos preparados para prestar o atendimento, referências formais e pactuadas entre os sistemas de saúde locais e viabilidade econômica do serviço, entre outros aspectos. É sempre melhor otimizar os serviços já instalados, com a criação de mecanismos formais de encaminhamento e melhoria do acesso da população.

Deve-se salientar também que a rede dos hospitais privados sem convênio

com o SUS apresenta estrutura muito semelhante àquela observada no SUS, no que se refere ao tamanho dos hospitais, conforme pode ser visto na Tabela 10. Os pequenos hospitais, com menos de 50 leitos, representam 40% (104) dos hospitais privados (261 no total). Os hospitais com 51 a 150 leitos representam 41% do total e os com mais de 151 leitos são apenas 19% do total. Além disso, 43 (86%) dos grandes hospitais privados localizam-se na Grande São Paulo. Este fato também acarreta consequências para a viabilidade econômica da rede privada, apontando para possíveis problemas de economia de escala e qualidade do atendimento dos beneficiários do sistema SS.

Tabela 10. Quantidade de hospitais sem convênio SUS, por porte, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Hospitais	Leitos	Hospitais		Hospitais		Hospitais	
			≤ 50	Leitos	51-150	Leitos	≥ 151	Leitos
I São Paulo	148	15.917	44	1.392	61	5.481	43	9.044
II Araçatuba	6	237	4	93	2	144	-	-
III Araraquara	3	341	1	31	1	146	1	164
IV Baixada Santista	8	449	6	148	1	77	1	224
V Barretos	2	85	1	33	1	52	-	-
VI Bauru	7	385	4	121	2	122	1	142
VII Campinas	25	1.951	10	281	13	1.332	2	338
VIII Franca	3	269	1	30	2	239	-	-
IX Marília	4	180	3	76	1	104	-	-
X Piracicaba	13	592	9	296	4	296	-	-
XI Pres. Prudente	6	284	3	57	3	227	-	-
XII Registro	1	29	1	29	-	-	-	-
XIII Ribeirão Preto	6	401	1	28	5	373	-	-
XIV São João da Boa Vista	2	131	-	-	1	57	1	74
XV São José do Rio Preto	7	372	4	107	3	265	-	-
XVI Sorocaba	7	451	4	121	2	203	1	127
XVII Taubaté	13	649	8	251	5	398	-	-
São Paulo	261	22.723	104	3.094	107	9.516	50	10.113

Fonte: Datasus/MS; SIH/SIH /2010; CNES junho 2010



Finalmente, além da importância dos hospitais de ensino para a assistência hospitalar do Sistema Único de Saúde, cabe observar que esses serviços atendem prioritariamente ao sistema público, pois 87,5% dos leitos dos HE são dedicados ao SUS, com variação de 72% a 97%. Portanto, somente 12% dos leitos dos HE são do sistema SS, como se pode ver na Tabela 11.

Como os hospitais de ensino foram melhor estudados, são de maior complexidade e desempenham papel de referência regional para os sistemas municipais de saúde,

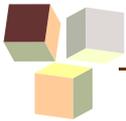
podendo servir como exemplo para questões de qualidade e produtividade, que precisam ser discutidas em qualquer plano de expansão ou modificação da atenção hospitalar no SUS. Na próxima parte deste trabalho, indicadores do HE serão analisados com esta finalidade.

Portanto, de forma geral, existem hospitais gerais e especializados em quantidade adequada no Estado de São Paulo, principalmente quando se toma a rede total, com o acréscimo dos recursos do sistema de SS, embora se verifique distribuição regional desigual, principalmente em relação a determinadas especialidades médicas.

Tabela 11. Quantidade de hospitais de ensino (HE), leitos existentes, leitos SUS, taxa de ocupação e média de permanência nos hospitais da rede SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	HE	Leitos existentes	Leitos SUS	% Leitos SUS
I Grande São Paulo	16	8.089	7.145	88,3
II Araçatuba	–	–	–	–
III Araraquara	–	–	–	–
IV Baixada Santista	2	1.047	756	72,2
V Barretos	1	206	201	97,6
VI Bauru	4	1.117	1.036	92,7
VII Campinas	7	1.850	1.673	90,4
VIII Franca	–	–	–	–
IX Marília	1	254	234	92,1
X Piracicaba	1	273	213	78,0
XI Pres. Prudente	1	458	430	93,9
XII Registro	–	–	–	–
XIII Ribeirão Preto	2	1.078	971	90,1
XIV São João da Boa Vista	–	–	–	–
XV São José do Rio Preto	3	1.088	900	82,7
XVI Sorocaba	2	646	556	86,1
XVII Taubaté	1	188	147	78,2
São Paulo	41	16.294	14.262	87,5

Fonte: CNES junho2010, certificados em 2010



O tamanho inadequado de muitos hospitais, da rede SUS ou SS, as baixas taxas de ocupação e outros problemas de qualidade de atendimento demonstram a importância de aprofundar o conhecimento existente. Elaborar propostas para modificar os pequenos hospitais para atendimento a outras necessidades de saúde, integrar melhor os recursos de atenção básica de saúde com a rede hospitalar nas regiões, melhorar as informações e a regulação dos leitos, aperfeiçoar o transporte dos pacientes e realizar trabalhos de sensibilização das esferas políticas e sociais sobre a importância de investimento na rede ambulatorial e de atenção básica de saúde são ações fundamentais para melhorar o acesso da população a atenção à saúde com qualidade.

Hospitais psiquiátricos, de longa permanência, unidades mistas e prontos-socorros com leitos – Distribuição regional e leitos por mil habitantes

Conforme visto na Tabela 1, existem 54 hospitais psiquiátricos no SUS no total de 594 unidades hospitalares do sistema, que representam 13,5 mil ou 17% dos 80,4 mil leitos existentes ou 11,9 mil leitos (18%) dos 64,7 mil leitos SUS nestes hospitais. Com relação à evolução histórica no Estado de São Paulo, os leitos psiquiátricos existentes na rede SUS

caíram de 39 mil em 1980 para 26,1 mil em 1995¹¹ e, finalmente, alcançaram 13,5 mil em 2010, uma redução de 48% nos últimos 15 anos. Essa grande diminuição deveu-se à queda das internações em saúde mental, parte do modelo de “desospitalização” adotado pelo SUS nacional e paulista.

A redução ocasionou a baixa relação de leitos psiquiátricos por mil habitantes verificada no ESP, que atinge 0,29 por mil habitantes, conforme a Tabela 12, menos da metade daquela encontrada em outros países desenvolvidos em 2005.

A distribuição dos hospitais psiquiátricos não é regular nas regiões de saúde do Estado, apresentando valores que variam de 0,12 leitos/mil habitantes na Grande São Paulo até 1,5 em São João da Boa Vista.

A redução de leitos psiquiátricos justifica as altas taxas de ocupação verificadas em todas as regiões paulistas, que oscilam de 80% a 103%, uma vez que existe ampliação da demanda para tratamento de distúrbios mentais, inclusive com o aumento da dependência de álcool e drogas, que muitas vezes dependem de períodos de internação, como parte da terapia. Portanto, apesar do aumento do número de unidades ambulatoriais de saúde mental no Estado, verifica-se ainda a necessidade de garantir referência hospitalar para esta área de saúde no SUS.



Tabela 12. Hospitais psiquiátricos, leitos SUS, total e por mil habitantes, e taxa de ocupação da rede SUS, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Hospitais	Leitos SUS*	Leitos SUS/ 1.000 hab.	Taxa de ocupação
I Grande São Paulo	12	2.449	0,12	80,10
II Araçatuba	3	317	0,44	101,89
III Araraquara	1	120	0,13	100,92
IV Baixada Santista	-	-	-	-
V Barretos	-	-	-	-
VI Bauru	3	803	0,49	79,48
VII Campinas	5	718	0,18	94,09
VIII Franca	1	230	0,35	102,98
IX Marília	7	1.274	1,19	93,12
X Piracicaba	2	818	0,58	92,92
XI Pres. Prudente	4	554	0,77	103,36
XII Registro	-	-	-	-
XIII Ribeirão Preto	-	-	-	-
XIV São João da Boa Vista	5	1.157	1,50	97,46
XV São José do Rio Preto	2	335	0,23	94,8
XVI Sorocaba	7	2.857	1,27	91,92
XVII Taubaté	2	286	0,13	95,12
São Paulo	54	11.918	0,29	90,78

Fonte: Datasus/MS; SIH/2010; IBGE/dez/2010; CNES jun/2010

A criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais não representa parcela significativa na rede SUS. Leitos psiquiátricos em hospitais gerais podem não representar a melhor estratégia, uma vez que não existem condições arquitetônicas para que essas unidades garantam o espaço necessário aos pacientes psiquiátricos. Este tipo de paciente não permanece confinado ao leito e necessita de espaços diferenciados para o desenvolvimento das terapias adequadas ao seu caso.

Por outro lado, o número de hospitais para internação de longa permanência (hanseníase, tuberculose, geriátricos e outros) é bastante reduzido no Estado de São Paulo, conforme pode ser visto na Tabela 13. Seus 2,5 mil leitos representam 4% dos leitos SUS no ESP e os 18 hospitais estão distribuídos de forma irregular nas regiões.

Esses fatos indicam a necessidade de reavaliar o modelo adotado, até o presente, para esse tipo de atenção hospitalar, principalmente tendo em vista a gradual mudança seu padrão dos pacientes que necessitam de cuidados prolongados, em razão da redução dos casos de hanseníase e tuberculose e da gradativa ampliação do número de pacientes idosos ou com sequelas de acidentes de trânsito e violência, entre outros, que podem exigir internações mais prolongadas.

Cabe referir que se encontra no CNES o registro de leitos do SUS em unidades mistas (19 unidades, com 349 leitos no total) e prontos-socorros/pronto atendimentos (18 unidades, com 490 leitos no total). Torna-se necessário investigar o tipo de atenção que tem sido dada nestes leitos e a validade de manutenção deste modelo de atendimento ou sua adaptação para outras finalidades no sistema de saúde.



Tabela 13. Hospitais de longa permanência, leitos SUS, total e por mil habitantes, taxa de ocupação e média de permanência nos hospitais da rede, segundo Departamento Regional de Saúde (DRS). Estado de São Paulo, 2010.

DRS	Hospitais	Leitos SUS	Leitos SUS/1.000 hab.	
I	Grande São Paulo	7	963	0,049
II	Araçatuba	1	62	0,086
III	Araraquara	1	160	0,174
IV	Baixada Santista	-	-	-
V	Barretos	-	-	-
VI	Bauru	2	200	0,123
VII	Campinas	-	-	-
VIII	Franca	-	-	-
IX	Marília	1	221	0,207
X	Piracicaba	-	-	-
XI	Pres. Prudente	-	-	-
XII	Registro	-	-	-
XIII	Ribeirão Preto	1	19	0,014
XIV	São João da Boa Vista	1	405	0,524
XV	São José do Rio Preto	1	11	0,007
XVI	Sorocaba	2	293	0,131
XVII	Taubaté	1	147	0,065
São Paulo	18	2.481	0,060	

Fonte: Datasus/MS; SIH/SIH/2010; IBGE/dez/2010; CNES jun/2010

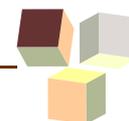
Finalmente, deve-se salientar que existem 264 municípios paulistas sem registro de leitos de internação, em 2010. Contudo, é preciso lembrar que essas cidades são muito pequenas, a maioria com menos de 10 mil habitantes (representam 44% dos municípios de São Paulo). Portanto, é inviável a constituição de unidades de internação para essas localidades, que para atender suas necessidades precisam ser integradas aos serviços hospitalares do SUS em suas regiões.

Outras informações relevantes para o estudo do sistema de atenção hospitalar

Grande parte da rede hospitalar do SUS/SP está ligada de forma direta ou

indireta com a Secretaria de Estado da Saúde, gestora estadual do sistema público, conforme a Tabela 14. Além de 86 hospitais estaduais que possuem 18 mil leitos (28% do total de 64,7 mil leitos/SUS do Estado), a SES-SP tem linhas de auxílio financeira, pactuadas com os municípios (Colegiados de Gestão Regional), para um grupo de 110 hospitais de referência, filantrópicos (com 9,9 mil leitos), que se caracterizam por atenderem às microrregiões respectivas.

O programa Pró-Santa Casa permite que os hospitais se qualifiquem para garantir a atenção hospitalar adequada para um grupo de municípios (com recursos de investimento) e tenham o custeio



adequado para o desempenho de suas funções, uma vez que os recursos originários do SUS (segundo as tabelas de procedimentos) são historicamente insuficientes. Da mesma forma, o gestor estadual mantém auxílios constantes para a rede de HE, que são os mais complexos entre os hospitais que servem ao SUS.

No total, a rede mantida e auxiliada pela Secretaria Estadual da Saúde garante 34,1 mil leitos (53% dos leitos) para o SUS/SP e representa 0,83 leitos/mil habitantes. Consistem, assim, naquelas unidades hospitalares com as características necessárias para prestar os atendimentos com resolubilidade para a atenção básica municipal. É mais apropriado concentrar recursos nos hospitais que, pela complexidade e dimensões, possam atender às necessidades epidemiológicas e clínicas da população paulista, do que

pulverizar recursos em pequenas unidades hospitalares que não podem atendê-las.

Em relação aos principais motivos de internação em São Paulo, ainda temos a gravidez, o parto e o puerpério (Tabela 15). Contudo, pode-se notar que em um período de dez anos (1998 a 2008), este grupo reduziu-se em 20%, enquanto o segundo grupo (doenças do aparelho circulatório) e o terceiro grupo (neoplasias) apresentaram crescimento (13% e 46% respectivamente), demonstrando a ampliação de doenças de maior complexidade, crônico-degenerativas relacionadas com faixas etárias mais avançadas. É fato reconhecido que as faixas etárias mais avançadas apresentam mais casos com necessidade de internação, por tempo mais prolongado e com custos mais altos para seu atendimento, pelas características das doenças crônicas que as afetam.

Tabela 14. Hospitais vinculados à SES-SP, leitos operacionais, leitos por 1.000 habitantes, taxa de ocupação segundo classificação. Estado de São Paulo, 2010.

Hospitais/classificação	Nº hospitais	Leitos operacionais	Leitos/1.000 hab.	Taxa de ocupação
Estaduais	86	18.091	0,44	-
Administração direta ⁽¹⁾	41	7.331	0,18	75,43
Hospital geral	25	4.730	0,11	70,25
Hospital especializado	16	2.601	0,06	84,85
Organizações sociais ⁽²⁾	36	6.428	0,16	80,19
Universitários	9	4.332	0,11	83,08
Ensino ⁽³⁾	24	6.146	0,15	75,20
Pró-Santa Casa	110	9.915	0,24	57,42
Total	220	34.152	0,83	-

Fonte: Siasus-Datasus/MS; CNES junho 2010; SAHE/NIS/CCGS/CSS; IBGE 2010
(1)4 HE; (2)4 HE; (3) todos filantrópicos.

**Tabela 15. Número e porcentagem de internações SUS segundo capítulo CID 10, no Estado de São Paulo, 1998-2010.**

CID 10 – Capítulo	1.998		2.008		Diferença % 08/98
	Internação	%	Internação	%	
XV. Gravidez, parto e puerpério	532.962	24,3	423.453	19,6	-20,6
IX. Doenças do aparelho circulatório	215.709	9,8	243.659	11,3	13,0
II. Neoplasias (tumores)	85.492	3,9	124.765	5,8	45,9
VII. Doenças do olho e anexos	32.319	1,5	18.579	0,9	-42,5
III. Doenças sangue órgãos hematopoiético/transtornos imunitários	12.945	0,6	15.592	0,7	20,5
Subtotal	879.427	40,1	826.048	38,2	6,1
Outros	1.312.694	59,9	1.335.382	61,8	-1,7
Total	2.192.121	100	2.161.430	100	-1,40

Fonte: Suplemento RAS, edição especial, jan 2010

A população paulista tem tido incremento na proporção do grupo de idosos, trazendo novos desafios para a rede hospitalar, que deve se capacitar para o atendimento deste segmento da população, inclusive quanto aos custos, e para o SUS como um todo, que deve desenvolver novas modalidades de promoção de saúde, prevenção e atendimento dos idosos, seja ambulatorialmente ou por internação.

Na Tabela 16 podem ser verificados os valores e as necessidades de internação por faixa etária, que corroboram as afirmações anteriores.

Finalmente, comparando-se o volume de internações no Estado, de 1998 a 2008 (Tabela 15), verifica-se que elas se mantiveram na casa dos 2 milhões. Em

compensação, o volume de procedimentos ambulatoriais (Tabela 17) aumentou significativamente entre 2000 e 2007, tanto para procedimentos de alto custo e complexidade, como hemodinâmica e ressonância magnética, entre outros, como para consultas e procedimentos ambulatoriais em geral.

O desenvolvimento do SUS/SP, para bem atender sua população, precisa manter a tendência de ampliação e aperfeiçoamento do serviço ambulatorial e de racionalização, qualificação e melhoria de sua rede hospitalar, com integração e regulação destas áreas, para que o sistema consiga garantir a atenção integral em saúde e o acesso para toda a população, de forma viável e sustentável financeiramente.

Tabela 16. Internações totais e valor pago SUS, por faixa etária da população. Estado de São Paulo, 2009.

Faixa etária	Pop. 2009	Faixa etária %	Internação/100 hab.	Internações	Valor total	Gasto médio com internação/R\$
< 15	9.534.153	23,0	3,94	375.421	429.159.527,89	1.143,14
15 a 59	27.314.239	66,0	5,47	1.494.469	1.357.586.280,43	908,41
60 ou +	4.535.697	11,0	12,14	550.604	757.897.124,89	1.376,48
Total	41.384.089	100,0	5,85	2.420.494	2.544.642.933,21	1.051,29

Fonte: Siasus-Datasus 2009



Tabela 17. Produção SUS ambulatorial e SADT (número de exames e procedimentos), segundo item de programação. Estado de São Paulo, 2000 e 2007.

Procedimento (P)	2000	P/1.000hab.	2007	P/1.000hab.	Diferença % 07/00
Hemodinâmica	33.249	0,90	42.688	1,02	28,4
Ressonância magnética	32.861	0,89	90.738	2,18	176,1
Medicina nuclear	159.702	4,31	182.768	4,39	14,4
Tomografia computadorizada	331.910	8,96	525.494	12,61	58,3
	2.000	P/hab.	2.007	P/hab.	Diferença % 07/00
Consultas	100.581.911	2,72	130.999.226	3,14	30,2
Procedimento ambulatorial	360.152.342	9,73	741.277.266	17,79	105,8

Fonte: Siasus-Datasus/MS; Revista RAS, suplemento especial, 2010

O SUS/SP e os HE – Informações relevantes para subsidiar a revisão da rede hospitalar

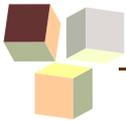
Esta parte do trabalho foi baseada, principalmente, na publicação Hospitais de ensino no Estado de São Paulo – Seis anos de acompanhamento¹², publicada em dezembro de 2010. Contém um conjunto de informações sobre produtividade e qualidade dos HE, que podem colaborar para a análise da rede hospitalar do SUS/SP. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo também acompanha, há 12 anos, os hospitais públicos gerenciados pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), entidades da iniciativa privada filantrópica.

Levantamentos elaborados sobre o desempenho dessas unidades, principalmente relacionados à qualidade e produtividade, podem auxiliar no aperfeiçoamento da gestão, na definição de metas factíveis e na consequente melhoria da produção e da qualidade dos serviços hospitalares do SUS. Certamente, as

informações obtidas nesses estudos não podem ser generalizadas para todos os hospitais do ESP, mas os métodos desenvolvidos podem ser adaptados e aplicados, ampliando os conhecimentos sobre a qualidade, efetividade e eficiência hospitalar da rede SUS.

A importância do HE para a rede SUS/SP

O processo de certificação e atualização de unidades responsáveis por assistência médica e multiprofissional, ambulatorial, internação, pesquisa e formação de profissionais na área da saúde, denominadas de hospitais de ensino (HE), teve início em 2004. A iniciativa teve a participação importante da Comissão Interinstitucional, composta por quatro ministérios (Saúde, Educação, Ciência e Tecnologia e Planejamento, Orçamento e Gestão), entidades representativas dos HE, das faculdades (medicina e enfermagem), gestores estaduais e municipais e categorias profissionais.



A adesão dos hospitais de ensino ao sistema desenvolvido pela SES/SP foi excelente, principalmente nas comissões para complementação e aperfeiçoamento do SAHE (informações básicas, epidemiologia e qualidade e pesquisa e ensino). O sistema foi aperfeiçoado com ampliação da quantidade e qualidade dos dados coletados, maior fidedignidade e possibilidade de cálculos sobre produtividade real, visto incluir a produção do Sistema Único de Saúde e dos pacientes da saúde supletiva, descrito detalhadamente no Boletim Epidemiológico Paulista.¹³

Comparar hospitais^{14,15} não é uma tarefa fácil, exigindo cuidado para que os dados coletados gerem informações relevantes, permitindo um olhar qualificado sobre os HE. Entre estes fatores temos a especialização em hospitais gerais (28), os especializados em cardiologia (2), os de oncologia (4), o de doenças infectocontagiosas (1), o de rim e hipertensão (1) e o de reabilitação de anomalias crânio faciais (1). Além disso, a diversidade de regimes jurídicos (governamental da administração direta, com e sem “fundação de apoio”, autarquias, organizações sociais de saúde, e privados filantrópicos) confirma quão difícil, mas não impossível, é esta tarefa. Acrescente-se o fato de alguns serem ligados a universidades, outros vinculados ou que mantêm convênios com faculdades, principalmente as médicas.

Esses hospitais, além da atenção à saúde, têm relevância na área de pesquisa

(validação de estudos e tecnologias, desenvolvimento, inovação) e ensino. Por isso, são imprescindíveis nas mudanças que os sistemas requerem para produzir com segurança, qualidade, produtividade e eficiência.

Produção das áreas de ambulatório/emergência, diagnóstico/terapêutica e internação dos HE

O total produzido nas três grandes áreas pelos hospitais de ensino do Estado de São Paulo, em 2009, é apresentado na Tabela 18, destacando-se as parcelas produzidas para o SUS e para o sistema de SS. As informações referem-se a 37 hospitais, dos quais 34 forneceram sua produção integralmente ao longo do ano e 3, apenas parcialmente. Somente 29 desses HE têm registro de atendimento ao sistema de SS.

A produção para o SUS representa a maior parcela dos atendimentos do hospital de ensino em quase todos os grupos, com proporções variáveis destinadas ao sistema de SS. Chama a atenção a pequena proporção de atendimentos para a SS relativa a partos (7%) e quimioterapia (5%). Mas a participação dos atendimentos para a SS aumenta consideravelmente na subárea de urgência/emergência (44%), exames de alta complexidade como a ressonância (38%), a tomografia (44%) e de hemodinâmica (66%), fato indicativo da complexidade de atenção disponibilizada por essas unidades e da qualidade do atendimento oferecido.

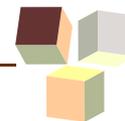


Tabela 18. Produção SUS, SS e total das áreas de ambulatório/emergência, diagnóstico/terapêutica, internação clínico-cirúrgica em 37⁽¹⁾ hospitais de ensino do Estado de São Paulo, 2009.

Produtos	SUS	SS	Total dos HE	SS/Total (%)
Consultas especialidades	6.075.143	1.816.831	7.891.974	23,0
Atendimentos de urgência /emergência	2.340.634	1.870.300	4.210.934	44,4
Exames de patologia clínica	24.139.684	14.920.870	39.060.554	38,2
Exames de imagem	3.328.436	1.224.207	4.552.643	26,9
Tomografia	253.327	201.087	454.414	44,3
Ressonância magnética	70.925	43.335	114.260	37,9
Medicina nuclear	103.610	-	91.070 (2)	-
Hemodinâmica (pacientes)	18.627	35.698	54.325	65,7
Radioterapia	1.089.536	-	882.197 (2)	-
Quimioterapia	298.982	15.325	314.307	4,9
Internações	530.747	112.754	643.501	17,5
Centro cirúrgico (operações)	252.968	54.768	307.736	17,8
Centro obstétrico (partos)	39.039	3.077	42.116	7,3

Fonte: Datasus 2009; SS/SAHE 2009

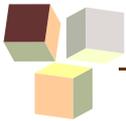
(1)34 HE com informação integral e 3 com informação parcial no ano.

(2)informação dos últimos seis meses.

A oferta de leitos dos hospitais de ensino para o sistema SS é de 12,5% do total ofertado por esses hospitais, respondendo por 17,5% das internações. Esses valores demonstram que os HE são importantes também para o sistema de SS e que as atividades e projetos de pesquisa e ensino não limitam a procura dos pacientes portadores de planos de saúde. Por vezes, os pacientes cobertos por planos de saúde procuram hospitais públicos para atendimentos, principalmente em alta complexidade, sendo atendidos como pacientes do SUS, sem registro da situação de segurado e sem o devido ressarcimento por serviços prestados pelas seguradoras.

É importante salientar que entre os hospitais de ensino existem hospitais especializados, com procedimentos que requerem tempo de permanência maior

(conforme apontado na Tabela 9) e que causam certas variações na média de permanência, com reflexos nos índices de renovação e intervalo substituição. A taxa de internação após atendimento de urgência/emergência apresentou valor médio baixo, próximo aos 10%, significando que os pacientes que procuraram o atendimento na urgência/emergência não se encontravam em estado grave. Essa situação se deve a vários fatores, como problemas de regulação do sistema de saúde, deficiência no acesso ou na qualidade dos serviços de atenção primária em saúde, com a consequente procura da população pelos atendimentos dos HE, preferidos em função da excelência dos serviços prestados. No estudo, somente dois hospitais apresentaram valores da taxa de internação de 90%, que são



adequados, após o atendimento de urgência/emergência, ou seja, indicando a gravidade do estado clínico do paciente, que exigiu a internação.

Do total de procedimentos dos HE, 80% estão concentrados em 20 das 53 especialidades médicas, o que demanda considerações e decisões importantes para o ensino nesses serviços no que diz respeito à quantidade de vagas para residência médica, que tem grande impacto para o sistema de saúde e educacional. A Espanha,¹⁶ por exemplo, possui um estudo sobre a necessidade de especialistas projetada para os próximos 30 anos, importante planejamento para evitar a carência de atendimento futuro e a descontinuidade nos tratamentos exigidos pela população. Atualmente algumas especialidades não são facilmente encontradas no mercado, como anestesiologia, endocrinologia, cirurgia vascular, pediatria e terapia intensiva, necessitando estímulos para formá-los.

A produção dos hospitais de ensino para o SUS/SP

De acordo com a Tabela 19, a produção ambulatorial SUS dos hospitais de ensino representa cerca de 10% do total do Estado de São Paulo, em 2009. Observa-se que as consultas especializadas representam um quarto de todas as consultas SUS. Destaca-se a concentração de exames e terapêutica complementares

nos HE, acima de 38% nos casos de tomografia, radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, radiologia intervencionista e medicina nuclear, indicando a maior complexidade dos procedimentos desses serviços.

Deverão ocorrer alterações no volume de produção dessas unidades ao longo dos anos, creditadas à incorporação de ambulatorios médicos de especialidades (AME)¹⁷, no Estado de São Paulo, pela SES/SP, iniciada em 1998 com o gerenciamento de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e contratos de gestão. Essas modalidades são aplicadas a hospitais, ambulatorios e serviços de imagem, entre outras unidades.

Os procedimentos ambulatoriais aumentaram em número absoluto desde 2000 (Tabela 17), sendo que a proporção de procedimentos de alta complexidade no SUS/SP foi de 33,5% do total, enquanto nos HE foi de 46%. Desse total, a maior parcela é referente à dispensação de medicamentos de AC, sendo a AC ambulatorial maior nos HE especializados do que nos HE gerais.

A Tabela 20 demonstra que em 2009 os 37 HE representam 6,0% dos hospitais do Estado, 21% dos leitos e realizam 22% das internações totais do sistema, 19% de internações de média complexidade (MC) e 63% das internações de AC, salientando sua importância para o SUS/SP.

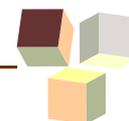


Tabela 19. Produção ambulatorial e complementar de diagnóstico/terapêutica no total da rede SUS e em 37(1) hospitais de ensino no Estado de São Paulo, 2009.

Área ambulatorial	2009		
	Total SUS/SP	37 HE	HE/total (%)
Produção ambulatorial total	920.421.665	89.043.956	9,7
Consultas urgência/emergência	19.194.592	2.340.634	12,2
Consultas especializadas	26.482.245	6.075.143	22,9
Laboratório clínico	123.496.397	24.139.684	19,5
Anatomia patológica	3.415.136	1.010.258	29,6
Radiologia	18.358.626	2.394.861	13,0
TRS	2.622.474	317.334	12,1
Tomografia computadorizada	673.627	253.327	37,6
Radioterapia	2.105.552	1.089.536	51,7
Quimioterapia	559.419	298.982	53,4
Ressonância magnética	119.827	70.925	59,2
Radiologia intervencionista	19.083	14.229	74,6
Hemodinâmica	40.873	18.627	45,6
Transplantes (procedimentos)	586.333	379.466	64,7
Medicina nuclear	137.660	103.610	75,3

Fonte: Siasus-Datasus/MS, 2009

(1) 34 HE com informação integral e 3 com informação parcial no ano.

Tabela 20. Número de leitos, produção de internações (total e de média e alta complexidade) e respectivos valores financeiros em hospitais da rede SUS e HE. Estado de São Paulo, 2009.

Área hospitalar	ESP	HE	HE/ESP (%)
Rede SUS	615	37	6,0
Leitos	68.471	14.039	20,5
Leitos de UTI	4.369	1.705	39,0
Internações totais (AIHs)	2.415.965 (100%)	530.747 (100%)	22,0
Internações AC	152.578 (6,3%)	95.587 (18,0%)	62,6
Internações MC	2.263.387 (93,7%)	435.160 (82,0%)	19,2

Fonte: SIH SUS-Datasus/MS, 2009

O volume de AC nas internações no SUS/SP gira em torno de 152 mil, 6,3% do total do sistema, ao passo que nos hospitais de ensino as internações de AC são cerca de 96 mil, 18% do total desses hospitais. Considerando os HE gerais e especializados, vemos que nos HE gerais a média da AC está em 13,3%, enquanto nos HE especializados em 53,1%.

Os HE especializados em internação de AC apresentam valores mais altos na oncologia (62,9%), reabilitação de anomalias crânio faciais (68,7%), no rim e hipertensão (90,9%), na cardiologia (59,8%)—e 37,6% em doenças infectocontagiosas. Nos HE gerais o máximo encontrado para as internações de AC foi de 19,8% e o mínimo de 0,08%. Contudo, deve-se frisar



que a doença e/ou a necessidade de realização de procedimento que leva o paciente ao hospital, embora classificada como de MC, pode apresentar outras comorbidades, principalmente em idosos, que exigem cuidados complexos, só encontrados em HE.

Já foi possível aos gestores dos serviços identificar que a AC, com exceções em algumas especialidades, está mais bem atendida do que a MC. Existe espera (fila) para procedimentos como herniorrafia, colecistectomia, entre outros. Possivelmente na AC não será necessária uma grande ampliação da oferta em relação ao que já é praticado, mas esses fatos apontam para a necessidade de investimento em hospitais de atenção secundária e em ambulatórios capacitados para procedimentos mais complexos.

Com relação às causas de internação no Estado, os HE são responsáveis por 56,4% das internações por malformações congênitas e 47,7% das por tumores, confirmando seu papel no atendimento de AC.

Em levantamento anterior¹⁸ constatou-se que as 40 primeiras causas de internação do SUS/SP representavam 50% de todas as internações do sistema. Entre essas existiam diversas causas de MC, como partos, hérnia, litíase biliar e pneumonia, entre outras, muitas das quais são também atendidas nos HE. Parte

desses procedimentos poderia ser realizada em hospitais secundários, salientando-se que o estudo e a avaliação de pacientes que necessitam de atenção básica e secundária têm importante papel na formação do aluno. Esse aprendizado pode ser feito nesses hospitais, desde que exista integração entre os serviços universitários e a rede SUS.

No conjunto das principais causas de internação do SUS/SP e dos HE, estão presentes doenças cujo tratamento não necessitaria ocorrer em regime de internação, por serem susceptíveis à ação da atenção básica ou do pronto atendimento, como é o caso do diagnóstico e primeiro atendimento em clínica médica. O mesmo raciocínio pode ser aplicado aos HE. Nesse sentido, a elaboração de protocolos e o levantamento dos custos do tratamento dessas causas são fundamentais para a rede hospitalar do SUS (inclusive para os HE), auxiliando na regulação dos atendimentos e também em seu financiamento, com o estabelecimento de preço justo para o seu pagamento.

Qualidade na Atenção Hospitalar do HE

A qualidade dos programas e serviços prestados nos hospitais de ensino foi avaliada por três enfoques:

- a) cooperação com a ANS com 22 indicadores de qualidade da



Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);¹⁹

- b) utilização dos dados de infecção hospitalar (IH) coletados rotineiramente pela Divisão de Infecção Hospitalar do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” (DIH/CVE), órgão da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD/SES-SP), num total de 660 hospitais paulistas (2009);
- c) estudos de outros procedimentos, como a mortalidade por cirurgia cardíaca infantil, terapia renal substitutiva e a sobrevida dos pacientes transplantados no primeiro e terceiro anos após o transplante.

Quanto ao termo de cooperação com a ANS, o método utilizado pode ser encontrado no endereço eletrônico http://www.qualityindicators.ahrq.gov/iqi_download.htm, com adaptações para o CID 10 e Tabela de Procedimentos do SUS que, resumidamente, pode ser apresentada como a coleta de dados de pacientes internados, resultando em 22 indicadores divididos em quatro grupos:

- seis de volume, nos quais a quantidade de procedimentos é importante para experiência, manutenção do treino e capacitação dos profissionais;

- oito de mortalidade por procedimentos;
- seis de mortalidade por diagnóstico;
- dois de utilização, representados pela taxa de cesárea e pela utilização de videolaparoscopia.

Desse conjunto de indicadores e enfoques de avaliação foram selecionados alguns indicadores de mortalidade por procedimentos, de utilização de serviços e de infecção hospitalar para ilustrar a importância do monitoramento de qualidade para todos os demais serviços da rede hospitalar do SUS.

Existem limites técnicos que devem ser levados em conta na utilização destas informações: a acurácia da codificação é variável nos diferentes serviços, estando disponíveis apenas informações sobre idade e sexo dos pacientes, com falta de dados sobre a situação prévia de saúde dos pacientes e consequentes limitações do ajuste de risco. De qualquer maneira, esses estudos estimulam a busca das causas para os resultados encontrados, principalmente quando não são favoráveis, se comparados com os parâmetros nacionais ou internacionais.

Indicadores de mortalidade por procedimento

A Tabela 21 apresenta a taxa de mortalidade por oito procedimentos de AC, comparados aos valores da AHRQ em 2007.



Tabela 21. Taxa média de mortalidade(*) e parâmetro de referência AHRQ(), segundo procedimento SIH/SUS média dos 41 hospitais(***). Estado de São Paulo, 2006 a 2009.**

Procedimento	Taxa de mortalidade						
	AHRQ		Média dos 41 hospitais (***)				
	2007		2006		2007	2008	2009
	<	Média	>				
Revascularização Miocárdica	3,59	2,38	6,14	20,41	6,28	5,33	5,2
Angioplastia Coronariana	1,92	0,43	1,87	4,81	2,14	2,04	2,12
Cir. aneurisma Aorta abdominal	13,11	5,26	21,86	22,22	24,33	24,7	23,15
Enderectomia Carótida	1,92	0	2,63	4	3,07	3,44	1,42
Ressecção Pancreática	10,2	4,44	14,79	25	11,56	14,62	13,4
Ressecção Esofágica	10,86	10,53	16,33	37,5	20,59	23,31	17,8
Craniotomia	8,82	2,86	9,62	23,08	7,54	12	10,62
Cir. prótese Quadril	0,47	1,39	0,85	10	2,14	0,43	0,16

Fonte: SIHSUSDatus/MS 2006/2007/2008/2009; AHRQ 2007

(*) Média dos 41 hospitais.

(**) AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality.

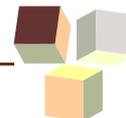
(***) Hospitais de ensino acrescidos de outros 4 selecionados, sendo "<" menor valor e ">" maior valor.

As taxas de mortalidade nos quatro anos são maiores que as encontradas pela AHRQ, com algumas exceções. Como dito anteriormente, o estudo fica limitado pela disponibilidade apenas do sexo e idade para ajuste de risco. Seria necessário introduzir outras variáveis que permitissem conhecer o real estado do paciente e as condições estruturais dos HE para melhor análise estatística e epidemiológica das questões relativas às diferentes taxas de mortalidade.

Outro ponto diz respeito ao volume de procedimentos no ano em alguns hospitais de ensino, que está abaixo do encontrado pela AHRQ, causando distorções nas taxas de mortalidade, sendo que as mesmas apresentaram amplitudes que variam de 0 (não ocorrência de

óbitos) a 100% (óbitos em todos os pacientes submetidos ao procedimento). Significaria dizer que um HE que tivesse realizado apenas três procedimentos em pacientes graves, no ano, em caso de óbito de um deles já atingiria uma taxa de mortalidade de 33%, induzindo à interpretação inadequada de alta taxa de mortalidade e dos cuidados prestados. PIEGAS, BITTAR e HADDAD,²⁰ em 2008, obtiveram para o período 2005/2007 valor da taxa de mortalidade em procedimentos de revascularização miocárdica cirúrgica no SUS exatamente igual ao encontrado na amostra dos HE, de 6,28%, no mesmo período.

Há diferença significativa na mortalidade por angioplastia coronariana, revascularização do miocárdio e cirurgia de



aneurisma de aorta abdominal e cirurgia de prótese de quadril entre pacientes do SUS e pacientes da SS, nos anos de 2006 a 2008. Por outro lado, não há diferença significativa na mortalidade por craniotomia, endarterectomia de carótida e ressecção pancreática e de esôfago entre pacientes do SUS e dos pacientes da SS, nos casos informados por estes últimos.

Uma explicação possível para as maiores taxas de mortalidade encontradas é o baixo volume de determinados procedimentos realizados pelas equipes de alguns hospitais de ensino. A capacidade técnica e estrutural dos serviços depende de um volume adequado de procedimentos. Além da questão de qualidade, a baixa economia de escala leva a dificuldades no financiamento desses serviços. Essas são razões que devem ser levadas em conta antes da criação de unidades. Regulação, logística e outros instrumentos de gestão podem garantir o acesso da população aos serviços que possuem volume e qualidade adequados, com preservação da qualidade e economicidade.

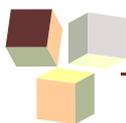
A extensão de estudos como estes para a rede hospitalar geral do SUS, com a inclusão de diagnósticos e procedimentos de MC, pode revelar informações importantes para os sistemas de saúde que orientem sobre a necessidade de novas estruturas ou o aperfeiçoamento das já existentes.

Indicadores de utilização

Dois indicadores de utilização bastante úteis são a taxa de cesárea e a taxa de cirurgia por videolaparoscopia. Resolveu-se mostrar somente a taxa de cesárea para exemplificar a necessidade de monitoração constante da produção da rede hospitalar e, por ser uma informação coletada rotineiramente, de todos os tipos de hospitais no Estado de São Paulo.

Porém, vale comentar que a Tabela Unificada SUS possui 26 procedimentos cirúrgicos que podem ser realizados com a utilização de videolaparoscopias. O volume de procedimentos no ESP, em 2007, girou em torno de 135.716, sendo que somente 5,6% foram realizados por videolaparoscopias, demonstrando a necessidade de investimentos em recursos materiais e capacitação de recursos humanos, face aos benefícios trazidos por essa forma de produção.

A taxa de cesárea da rede hospitalar no Estado, dos pacientes SUS e SS nos hospitais de ensino e das organizações sociais de saúde, encontra-se na Tabela 22. Para efeito de comparação, também foram incluídos os indicadores dos hospitais da Associação Nacional dos Hospitais Privados (Anahp), que representa 40 hospitais privados, que não atendem pacientes do SUS, localizados predominantemente no Estado de São Paulo.

**Tabela 22. Taxa de cesárea(*), parturientes dos hospitais de ensino SUS e SS, nas OSS e hospitais Anahp. Estado de São Paulo, 2008 e 2009.**

Ano	Estado São Paulo	Hospitais de ensino (Produção SUS)	Hospitais de ensino (produção SS)	Organizações sociais de saúde (OSS)	Anahp
2009	39,26	44,64	-	28,2	89,0
2008	38,49	41,79	91,79	27,05	91,4

Fonte: Datasus/MS; SAHE

(*)Exclusões CID 10: 030.1, 030.2, 030.8, 030.9, 031.0, 031.1, 031.2, 031.8, 032.0 a 032.9, 036.4, 060.0, 084.2, 084.8, 084.9

Em relação ao indicado na literatura, a taxa de cesárea é alta tanto nos pacientes do SUS como naqueles da saúde suplementar, sendo que nesta última, bem como nos hospitais da ANAHP⁽¹⁵⁾, os valores atingem mais de 90%. Um dos hospitais de ensino, situado em região carente, com dificuldades socioeconômicas, com mais de 2.724 partos por ano e, certamente, com proporção significativa de parturientes de alto risco, mantém taxas de 22,3%, contrariamente ao que tem sido alegado pelos HE com altas taxas para este procedimento. Os Relatórios de Execução dos Contratos de Gestão das OSS²¹ demonstram que as taxas de cesáreas (primípara e global) são referenciadas em 30%, sendo que as unidades justificam os motivos (causa, segunda opinião em cesárea, auditoria, partograma, ranking por semana, por equipe e dados de neonatologia) quando estão acima deste valor.

A diferença na taxa de cesárea entre as parturientes atendidas pelo SUS e pela SS é grande, próximo dos 50%, dentro do mesmo HE, indicando tipos de condutas diferentes para parturientes com quadros obstétricos, possivelmente

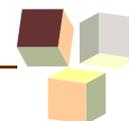
semelhantes. A explicação provável para esses valores é a cultura médica e da sociedade vigente no momento.

Em relação às taxas de partos cesáreos, as OSS atingiram um valor máximo de 28,2%, próximo dos hospitais acompanhados pela AHRQ e bem diferentes das de parturientes SUS e SS. Nos HE, a diferença é grande e estatisticamente significativa entre as parturientes do SUS e da SS.

Indicadores de infecção hospitalar

Desde 2006, os dados de infecção hospitalar (IH) dos hospitais de ensino, que fazem parte do acompanhamento dos HE, passaram a ser analisados de forma sistemática e separados dos demais hospitais do Estado pela Divisão de Infecção Hospitalar (DIH/CVE).²²

Os indicadores selecionados para UTI Adulto, Pediátrica e Coronariana são as densidades de pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção urinária associada à sonda vesical de demora, infecção sanguínea associada a cateter central; as taxas de utilização de dispositivos



invasivos (ventilador mecânico, sonda vesical de demora, cateter central); e as hemoculturas (distribuição de microrganismos isolados em hemoculturas em pacientes com IH e taxa de positividade). Na UTI Neonatal, para as infecções por faixa de peso, são a densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica e incidência infecção sanguínea associada a cateter central, além das taxas de utilização de dispositivos invasivos (ventilador mecânico e cateter central). Para cirurgia, as taxas de infecção em cirurgias limpas.

As taxas medianas de infecção hospitalar nos hospitais de ensino são sempre comparadas com as dos demais hospitais do Estado e costumam ser sempre maiores. Contudo, os valores refletem melhores sistemas de detecção de IH dos HE. Os resultados indicam, na verdade, a necessidade de aperfeiçoamento do controle de infecção hospitalar em toda a rede hospitalar do SUS.

Outros indicadores de qualidade considerados

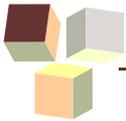
Na medição da qualidade da produção dos HE foram incorporados pela equipe técnica da SES-SP outros procedimentos, como mortalidade por cirurgia cardíaca infantil, mortalidade em pacientes submetidos à terapia renal substitutiva e sobrevivência de pacientes submetidos a

transplantes no primeiro e terceiro ano após o procedimento.

Algumas considerações são importantes:

- Hospitais que apresentaram taxas elevadas, acima da média do Estado, em 2008, foram contatados e a maioria apresentou melhora nos resultados em 2009.
- Alguns hospitais não atingiram volume expressivo de procedimentos no ano de 2008. Volume baixo certamente não provê a equipe (todos profissionais de saúde) e a infraestrutura necessária de prática suficiente para melhorar a qualidade do serviço.
- Alguns HE apresentaram piora na taxa de mortalidade em 2009 e deverão ser motivo de reavaliação desses índices.
- Pequenos volumes de procedimentos quando da ocorrência de eventos como óbitos levam a taxas distorcidas da realidade.

Conclui-se que adotar painel de indicadores hospitalares é relevante e viável para gestão e regulação públicas, lembrando sempre que o conjunto perfil do paciente, recursos humanos, materiais, organizacionais e cultura institucional proporciona inúmeras variáveis que devem ser exploradas na avaliação qualitativa.



Produtividade e desempenho na atenção hospitalar

O SAHE reúne informações específicas que possibilitam análise global dos serviços de forma sistemática e que contempla:

- a) os dados quantitativos dos pacientes SUS e da SS, permitindo cálculos mais precisos da produtividade, consumo, recursos humanos, utilização de área física e equipamentos;
- b) estruturais, como equipamentos, salas cirúrgicas e consultórios;
- c) de recursos humanos coletados por subáreas do HE e o detalhamento dos terceiros, permitindo uma visão mais aprofundada dos mesmos;
- d) os hospitais são divididos em grandes áreas: infraestrutura, ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico/tratamento, internação clínico/cirúrgica, pesquisa, ensino e extra hospitalar.

Uma das formas de medição do desempenho das atividades hospitalares de qualquer natureza é a produtividade. As maneiras de medir este conceito podem ser resumidas:

- a) a razão entre o volume total produzido pelo número de profissionais da subárea ou da área;

- b) a razão entre a receita obtida em determinado período e o número de funcionários da subárea, da área ou instituição;
- c) a razão entre a produção de determinada subárea ou área pelo número de consultórios, salas cirúrgicas ou por equipamentos;
- d) raciocínio idêntico pode ser empregado para pesquisa e ensino.

Medidas de custo e retorno sobre investimentos também são utilizadas como medidas de desempenho. Técnicas de gestão como o marcador balanceado (balanced scorecard, BSC) são úteis quando o objetivo é conhecer o desempenho institucional. Essas técnicas são abrangentes e consideram desde o diagnóstico até o planejamento, organização e direção, podendo ser usadas para a gestão da rotina como de melhorias. Seu uso deveria ser permanentemente estimulado.

A produtividade é sempre calculada dentro de um período, quer seja o dia, o mês ou o ano. Neste trabalho a avaliação setorial está calculada por ano, no que se refere à produção por funcionário, e por dia, no que diz respeito à produtividade da área física ou de equipamentos. A busca dos valores máximos deve ser continua para manter a qualidade e a humanização da atenção à saúde.



Produtividade em algumas subáreas das grandes áreas

A forma correta de cálculo é medida pela quantidade de horas trabalhadas. Porém, de uma maneira geral, os hospitais, a maioria sem informatização completa, teriam dificuldades para a alocação das horas, rateio e outros cálculos. Os estudos de produtividade nem sempre são de fácil condução e interpretação, mas devem ser realizados, pois sem produtividade, conhecimento de custos e da qualidade da atenção pouco pode ser feito para a sobrevivência da unidade.

A Tabela 23 trás valores das quatro grandes áreas, uma de infraestrutura e três assistenciais.

A produtividade na infraestrutura é dependente das outras áreas para as quais

ela dá suporte. Quanto maior a produção dos serviços assistenciais, da pesquisa e ensino maior produção será exigida do faturamento, da higiene e limpeza, da nutrição ou da lavanderia, por exemplo. Poucos são os artigos na literatura sobre o assunto,^{23,24} mas estudos deste tipo têm garantido opções pela quantificação de pessoal nas empresas.

Um exemplo clássico de produtividade na área de infraestrutura é a administração de pessoal, na qual a literatura²⁵ indica o valor médio de um funcionário administrativo a cada cem funcionários da atividade-fim. Neste trabalho foram encontrados valores que variam de 1 funcionário administrativo para cada 53 a 190. Outro exemplo é o da produtividade relacionada à higiene e limpeza. A American Hospital Association sugere um valor de 324 m² limpos por funcionário e BITTAR²⁴ apresenta 327 m².

Tabela 23. Valores da amplitude de variação, média e mediana da produtividade profissional nas áreas de infraestrutura (itens/profissional/ano), ambulatório e urgência/emergência (atendimentos/profissional/ano), médico (pacientes/profissional/dia), complementar de diagnóstico/terapêutica (exames/profissional/ano), internação clínica/cirúrgica (cirurgia e paciente dia/profissional/ano), segundo subárea dos hospitais de ensino. Estado de São Paulo, 2009.

Área/subárea	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Infraestrutura				
Administração de pessoal (funcionários)	53	190	98	95
Higiene e limpeza (m ²)	168	981	332	330
Ambulatório e urgência /emergência				
Ambulatório (consultas)	584	7.537	2.306	2.497
Urgência/emergência (atendimentos)	207	4.134	1.024	1.172
Médico (consulta)	1,55	41,06	3,90	3,93
Complementar de diagnóstico/terapêutica (exames)				
Raios X	225	6.335	1.822	2.069
Tomografia computadorizada	506	3.646	1.288	1.251
Hemodinâmica	56	612	182	177
Internação clínica/cirúrgica				
Centro cirúrgico (cirurgias)	49	291	111	114
Internação (paciente-dia)	142	556	296	319

Fonte: SAHE 2009



As áreas a seguir sofrem a influência de inúmeras variáveis na apuração da produtividade, e a principal delas é a demanda por programas e serviços de saúde. O absenteísmo de pacientes nos ambulatórios interfere significativamente para a boa produtividade. No ambulatório, um funcionário atendeu até 7.537 pacientes por ano com uma média de 2.306 e mediana de 2.497. A busca constante por valores de produtividade levará à elaboração de parâmetros relevantes para administração de unidades hospitalares.

Outra forma de medir a produtividade profissional diz respeito a quantos pacientes são atendidos no período de trabalho diário. O número de pacientes atendidos por médico foi em média de 4 pacientes por dia, embora existissem profissionais que atenderam a 41. Essa ampla variação ocorre devido a diversos fatores, entre eles profissionais que possuem dedicação à pesquisa e ao ensino, que também desempenham atividades administrativas. Deve-se ampliar o estudo para outros profissionais.

A maior ou menor produtividade entre as categorias profissionais deve ser vista com a devida cautela. Nem todos os pacientes precisam de cuidados fisioterápicos ou odontológicos, diminuindo a demanda e por consequência a produtividade. Além disso, os procedimentos em determinadas categorias podem ser mais

demorados do que em outras, interferindo nos resultados medidos.

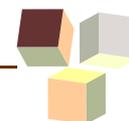
Os atendimentos da subárea de nutrição referem-se a orientações nutricionais dadas aos pacientes. Os dados da área de diagnóstico/terapêutica, pelas suas subáreas, nas quais os processos são desenvolvidos em equipamentos com tecnologia, automação e informatização, como no caso dos laboratórios clínicos, apresentam alta produtividade. Medidas de produtividade expressam as necessidades quantitativas e qualitativas de profissionais, equipamentos, área física e outros recursos utilizados na produção hospitalar.

No caso dos laboratórios, mesmo sem o aparato automatizados e informatizados, é possível apresentar boa produtividade, como na subárea hemodinâmica, onde é possível realizar 612 exames/ano por funcionário.

Um dos primeiros cálculos de produtividade levantados no passado foi na subárea de internação.²⁶ Neste trabalho foi encontrado um valor médio de 296 pacientes-dia por funcionário (não médico), por ano.

Produtividade em relação à área física e equipamentos

A ociosidade causada pela baixa produtividade de um consultório, de uma sala cirúrgica ou de um equipamento é



prejuízo financeiro, desperdício de recurso e capacidade de atendimento. Não é prática corrente o cálculo de produtividade de área física, mas os valores são demonstrados na Tabela 24.

A utilização de um consultório para realização de apenas quatro consultas diárias ou de uma sala cirúrgica para somente uma cirurgia por dia é no mínimo preocupante, considerando-se a complexidade dos procedimentos, o número de horas para realizá-los, disponibilidade de leitos de terapia intensiva para retaguarda e de fatores como infraestrutura (logística de suprimentos, de pacientes e profissionais). Deve-se estabelecer metas ou superar parâmetros vigentes, para HE comparáveis entre si, ou ao longo do tempo para o mesmo HE.

Estudo anterior realizado pela SES/SP, em suas regionais de saúde, demonstrou

que a rede hospitalar como um todo tinha baixa produtividade no centro cirúrgico, não passando de 1,5 cirurgia em média por sala por dia. Certamente, outros estudos de produtividade realizados nos mesmos moldes daqueles dos hospitais de ensino, aplicados no restante da rede hospitalar, indicariam possibilidades de ampliação de atendimento com a mesma estrutura existente.

Outra forma de medir a produtividade da subárea centro cirúrgico, mesmo que indiretamente, é conhecendo-se a taxa de cirurgias suspensas (Tabela 25). Nesse caso existem três situações: as suspensões por causas ligadas às condições dos pacientes, por condições estruturais da unidade ou por problemas de regulação do sistema de saúde (volume de cirurgias de urgência/emergência é alto, fazendo com que as cirurgias eletivas sejam postergadas).

Tabela 24. Valores mínimo, máximo, média e mediana de produtividade(1), segundo área física ambulatorial (2) e centro cirúrgico (3), por dia, nos hospitais de ensino. Estado de São Paulo, 2009.

Procedimento	2009			
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Consulta/sala/dia (34)	4,06	38,37	9,15	8,47
Operações/sala/dia (33)	0,81	4,98	1,87	1,86

Fonte: SAHE 2009

(1) Número de atendimentos dividido pelo número de salas.

(2) Considerados 250 dias.

(3) Considerados 365 dias.

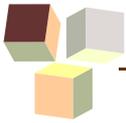
Obs.: Os números entre parênteses (34 e 33) correspondem à quantidade de hospitais que informaram em 2009.

Tabela 25. Valores mínimo, máximo, média e mediana de taxas de cirurgias suspensas, anualmente, nos hospitais de ensino. Estado de São Paulo, 2009.

	2009			
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Taxa de cirurgia suspensa (33)	4,48	34,63	17,06	15,95

Fonte: SAHE 2009

Obs.: o número entre parênteses (33) correspondem à quantidade de hospitais que informaram em 2009.



A produtividade por equipamento encontra-se na Tabela 26. A afirmação de alguns estudiosos de economia, que defendem que tecnologia em saúde não traz redução de mão de obra, deve ser vista com cautela, nos novos equipamentos. Há dados que apontam para um maior número de exames em menor espaço de tempo, aumentando a produtividade.

Na área de imagem, a literatura sobre o assunto^{27,28} revela a grande quantidade de exames que hoje podem ser realizadas nos aparelhos de tomografia e ressonância magnética disponível no mercado. Cabe também operar o aparelho por um número maior de horas diárias.

Indicadores globais

Entre os indicadores globais estão aqueles que dizem respeito a funcioná-

rios e categorias profissionais por leito, Tabela 27. É preciso cuidado ao usar esse tipo de indicador, visto que as atividades vinculadas ao leito estão sendo paulatinamente transferidas para o ambulatório e para a área complementar de diagnóstico e terapêutica. Em todo o caso, vale calculá-los e acompanhá-los ao longo do tempo, observando as modificações e entendendo as variações técnicas, para mais ou para menos.

Dados da Bélgica²⁹ mostram uma relação de 0,46 médico/leito e 1,41 pessoal de enfermagem/leito. Os valores encontrados nos hospitais de ensino do Estado de São Paulo apresentam-se mais elevados; porém, os cálculos desses indicadores necessitam do conhecimento do tipo de contrato de trabalho, principalmente no quesito carga horária, para não levar a conclusões equivocadas.

Tabela 26. Valores mínimo, máximo, média e mediana de produtividade por equipamento (exame/equipamento/dia) na área de diagnóstico/terapêutica nos hospitais de ensino. Estado de São Paulo, 2009.

Equipamento	2009			
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Tomografia (27)**	5,75	52,09	19,78	20,73
Ressonância magnética (12)**	1,27	50,45	9,56	11,58
Ultrassonografia (25)**	5,59	79,08	13,13	13,23
Medicina nuclear (13)*	3,39	46,04	8,95	8,53
Hemodinâmica (16)**	1,15	11,9	3,89	4,02
Raios X (simples/contrastado) (29)**	3,27	100,98	24,2	23,47
Máquina de hemodiálise (diálise) (22)**	0,07	4,52	1,26	1,36

Fonte: SAHE 2009

Obs.: os números entre parênteses (27, 12, 25, 13, 16, 29 e 22) correspondem à quantidade de hospitais que informaram em 2009.

(*) considerados 250 dias; (**) considerados 365 dias.

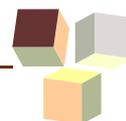


Tabela 27. Valores mínimo, máximo, média e mediana da relação funcionário e categoria, segundo categoria profissional, por leito, nos hospitais de ensino. Estado de São Paulo, 2009.

Profissional	2009			
	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Funcionário/leito (34)	3,37	10,22	5,94	6,05
Médico/leito (28)	0,12	2,07	0,76	0,81
Enfermeiro/leito (34)	0,18	0,81	0,37	0,34
Pessoal de enfermagem/leito (34)	0,99	4,06	1,82	1,82

Fonte: SAHE 2009

Obs.: os números entre parênteses (34, 28) correspondem à quantidade de hospitais que informaram em 2009.

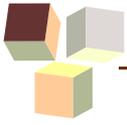
Nos HE da administração direta e mesmo em autarquias a falta de autonomia para admissão, capacitação, valorização e demissão leva, por vezes, a um aumento do quadro desproporcional às necessidades de trabalho. Avaliações individuais e coletivas não são conduzidas a contento e de forma sistemática, permitindo a manutenção daqueles que apresentam deficiências técnicas e comportamentais. Logicamente, no caso da saúde as dificuldades são maiores, visto possuir 14 categorias profissionais reconhecidas por lei, das quais derivam 284 especialidades (sem considerar as áreas de atuação dos médicos.

Esse quadro torna-se mais complexo quando a composição da força de trabalho é formada em diversas faculdades localizadas em todos os Estados do País, trazendo as culturas locais e regionais das mais diversas. A migração interna e principalmente para São Paulo, onde se encontram excelentes HE, é de tamanho considerável.

Medidas para o futuro

Embora tenha ocorrido redução de leitos no SUS/SP desde a instituição do sistema, tal fato não ocorreu devido a uma política de fechamento de hospitais e leitos, mas sim pelas mudanças tecnológicas e assistenciais por que passou o sistema de saúde. Apesar dessa redução, ainda é possível afirmar que existe excesso de leitos no Estado de São Paulo, verificado, entre outros fatores, pela baixa taxa de ocupação encontrada em todas as regiões de saúde. Paradoxalmente, à afirmação pode-se acrescentar, que também ocorrem dificuldades de acesso a alguns procedimentos hospitalares em determinadas regiões.

De fato, a sociedade civil e dos seus representantes políticos, bem como inúmeros gestores públicos de saúde, solicitam a criação de novos hospitais, vistos como a panaceia para os problemas de saúde e solução para as dificuldades assistenciais existentes. Essas demandas, se concretizadas sem maiores critérios,



acrescentariam problemas ao SUS, no lugar de solucioná-los, aumentando custos, dificultando o financiamento do sistema e, por vezes, inviabilizando o seu custeio pelos poderes públicos locais, além de produzir serviços de saúde sem qualidade, que não conseguem melhorar efetivamente as condições de atendimento à população.

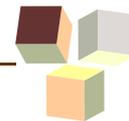
Certamente existem situações locais e regionais do SUS que justificam investimentos em novas estruturas na rede hospitalar. Mas deve-se lembrar que os hospitais são unidades bastante custosas. Levantamento da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, que construiu mais de uma dezena de hospitais durante a última década, apontam que o custo de construção de hospitais gerais de nível secundário e terciário, incluídas as obras e os equipamentos, podem alcançar pelo menos R\$ 123 mil/leito e R\$ 200 mil/leito, respectivamente, enquanto a manutenção anual de um hospital se equipara aos investimentos exigidos para sua construção.

Portanto, o que se procura destacar aqui é a necessidade de fundamentar a criação de novos serviços, analisando-se cuidadosamente inúmeras circunstâncias que devem permear o processo de planejamento do sistema de saúde. Esse esforço apontará outras soluções, que podem substituir a criação de hospitais com maior impacto para melhorar o acesso e o

atendimento de saúde ou medidas que precisam ser implantadas simultaneamente à instalação de novos serviços, sem as quais o sistema de saúde não apresentará avanço efetivo.

Entre essas medidas destacam-se aquelas necessárias que contribuem para a redução das hospitalizações desnecessárias (condições sensíveis à atenção básica em saúde). É fundamental aperfeiçoar a atenção básica, primeiro nível do SUS. Inúmeros problemas já foram detectados na qualidade e resolubilidade deste nível do sistema³⁰, que afetam a rede hospitalar e os demais serviços especializados. Por exemplo, o atraso na detecção, no diagnóstico precoce e no início de tratamento de doenças para as quais existem conhecidas medidas de prevenção e controle, com o consequente agravamento dos casos e internações que aumentam os custos e pioram a qualidade de saúde da população.

A organização do SUS e a integração entre as unidades de saúde de atenção básica e os demais níveis do sistema são passos importantes para garantir o atendimento dos pacientes no local mais adequado para suas necessidades. Em especial com os hospitais de ensino, cuja integração permitirá o desenvolvimento e criação de protocolos e linhas de cuidado, que, adotadas por todos, garantirão orientações e diretrizes técnicas para os



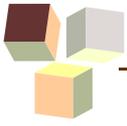
agravos de maior prevalência e relevância para o sistema.^{31,30}

Além disso, é necessário formalizar política de revitalização das unidades existentes, garantir recursos materiais e humanos para a atenção primária, criar novas unidades ambulatoriais de saúde mental, de especialidades, de pronto atendimento e urgência, com o estabelecimento de mecanismos de redes para efetivação das ações de saúde. Por outro lado, a existência de leitos ociosos em todas as regionais leva à interrogação sobre como intervir nesses serviços. Não se trata aqui de “fechar” hospitais, inclusive pelo crescimento populacional esperado e pelas modificações na estrutura da população (envelhecimento), mas sim de propor modificações/adaptações atender novas necessidades de saúde.

Em relação ao porte dos hospitais, vale considerar a baixa ocupação daqueles com menos de 50 leitos, principalmente em face da baixa resolubilidade apresentada. Seus leitos poderiam ser destinados aos primeiros-socorros em urgência/emergência, a pacientes terminais, àqueles sem prognóstico, crônicos, em reabilitação, geriátricos, aos de saúde mental, desde que arquitetônica e operacionalmente preparados para esses atendimentos.³² Há também necessidades de leitos de agudos para alta complexidade, com respaldo de

leitos complementares como os de terapia intensiva e reabilitação. Quaisquer medidas de transformação dos serviços devem levar em conta um balanceamento entre os leitos de alta e média complexidade (AC e MC), até porque os gargalos verificados são maiores nestes últimos.

Os leitos psiquiátricos deverão ser motivo de estudos arquitetônicos, aliados à capacitação equipes de saúde mental, para que as unidades permitam a internação de curta permanência (em especial de usuários de álcool e drogas, problema de saúde crescente em nosso meio), reconhecendo a necessidade de internação desses pacientes em unidades adequadas, com humanização do ambiente hospitalar. Unidades para pacientes crônicos também devem ser contempladas, garantindo as terapias para a autonomia nas atividades de vida diária, no estímulo do potencial saudável do paciente e na promoção da qualidade de vida e diminuição do tempo de internação. Quanto aos hospitais gerais e especializados, de médio e grande porte, estudos de especialidades exigidas nas redes de saúde regionais, a distribuição adequada entre média e alta complexidade, a consideração da economia de escala e do volume de atendimento necessário para garantir qualidade, dariam a exata dimensão da necessidade e operação eficientes dos leitos, evitando-se a ociosidade ou a demanda excessiva.



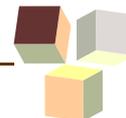
Informação e informatização dos sistemas de saúde são imprescindíveis para atividades de regulação. É preciso intensificar a cultura do uso de indicadores para monitorar a gestão e a clínica. Também é imprescindível o desenvolvimento da logística necessária para transporte de pacientes, aquisição e distribuição de insumos, realização de exames. Exemplos atuais nesse sentido são os exames à distância, como, por exemplo, o tele-eletrocardiograma, os exames por imagem à distância, que evitam a manutenção de equipes completas nos locais dos leitos. O uso da telemedicina pode ser um importante auxiliar nos cuidados à distância, orientados por especialistas. A comunicação deve ser reforçada, melhorando a integração entre equipes, equipes e os pacientes, familiares e a comunidade. Cada vez mais as atividades ligadas ao ambulatório e complementar de diagnóstico/terapêutica terão papel preponderante no menor uso de leitos, face às inovações tecnológicas.

Por outro lado, a aplicação de protocolos e organização dos serviços, pode garantir a facilitação das saídas hospitalares, reduzindo custos, diminuindo infecções e locomoções de familiares, entre outros bons resultados. Entra aqui a necessidade de investimentos em tecnologias que diminuam a agressividade do tratamento e diminuam o tempo de

permanência, como é o caso dos procedimentos laparoscópicos.

Estudos internos nos hospitais locais e regionais são imprescindíveis, verificando práticas como a reserva de leitos nas especialidades, internações desnecessárias, tempo exagerado de retorno dos exames complementares e das interconsultas, internações para procedimentos sem realização prévia de exames, internações sociais, pacientes geriátricos e sem prognóstico em hospitais gerais, retaguarda de leitos de terapia intensiva e uso regular de protocolos clínicos.

A resolubilidade dos leitos implica na alocação adequada de recursos humanos em quantidade e qualidade para lidar com os problemas regionais e locais. Citando a qualificação dos profissionais, é importante lembrar a capacidade de transformação que os mesmos devem possuir, lidando com matérias que trazem implícitas mudanças de comportamento, como hábitos ligados à dieta inadequada, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas, sedentarismo, sexo sem proteção, automedicação, tratamento descontinuado (doenças crônicas), causas externas (segurança do trabalho, violência, acidentes) e degradação ambiental, que são responsáveis por boa parte das internações evitáveis, e uso dos ambulatórios e serviços complementares. As escolas devem participar do processo. Mesmo a



iniciativa privada começa a despertar para essas questões, criando mecanismos de estímulos para a prevenção de riscos e agravamentos de doenças.

Finalmente, é preciso desenvolver políticas de financiamento que sejam adequadas para a rede hospitalar, com o levantamento de custos que facilitarão a racionalização do uso de recursos e a pactuação com todos os gestores locais e regionais, para que os recursos necessários aos novos serviços sejam garantidos. A administração do sistema

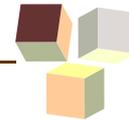
de saúde é extremamente complexa, exigindo atenção contínua para enorme conjunto de variáveis e integração de esforços entre todos os gestores. Estabelecimento de diretrizes e monitoração favorecerão a previsibilidade dos problemas e riscos que devem ser enfrentados pelo sistema.

Colaboradores: Rita de Cássia de Abreu Gouveia, Eliana Takahashi, Cláudia Melchior, Anna Simene Leite.

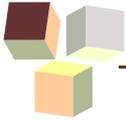


REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [base de dados na internet]. Brasília, Brasil; [atualizado jan 2011 ;acesso em 18 jan 2011]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>.
2. Magalhães A. Rede hospitalar SUS no Estado de São Paulo. Rev. Adm Saúde. 2005; 7(29): 25-32.
3. Magalhães A. Serviços hospitalares SUS no Estado de São Paulo. In: Bittar OJNV, Cecílio MAM, coordenadores. Planejamento de saúde: conhecimento & ações. 1. ed. São Paulo: Imprensa Oficial; 2006, p. 207-24.
4. Médici AC. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In Piola SF, Vianna SM, coordenadores. Economia da Saúde – Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde. 3 ed. Brasília: IPEA; 2002. (149): 23-68.
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.[base de dados na internet]. Brasília, Brasil. [atualizado jan 2011; acesso em 19 jan 2011]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/>.
6. Duarte I G. Leitos hospitalares – algumas considerações. Rev. Adm. Saúde 1999; 2(5): 5-8.
7. Bazzoli G J, Brewster L R, Liu G and Kuo S. Does U.S. Hospital Capacity Need To Be Expanded? Health Aff. 2003; 22(6):40-54.
8. Keeler TE, Ying J S. Hospital costs and excess bed capacity; a statistical analysis. The Review of Economic and Statistics.1996; 78 (3):470-81.
9. OECD Indicators - Health at a Glance 2009. OCDE Press. 2009; 201p.
10. MacKee, M. Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned? European Observatory on Health Systems and Policies. 2004; 6:1-16.
11. Zappatelli MC, Gonçalves EC, Mosca I. Panorama da Saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. In: Bittar OJNV, Cecílio MAM, coordenadores. Planejamento de saúde: conhecimento & ações. 1. ed. São Paulo: Imprensa Oficial; 2006, p. 225-40.
12. Bittar, O J N V, Magalhães A. Hospitais de Ensino no Estado de São Paulo: seis anos de acompanhamento. Rev. Adm. Saúde Especial. 2010; 12:155-213.



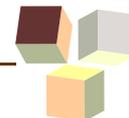
13. Costa TM, Magalhães A, Gouveia RCA, Zavitoski LG, Pisa IT, Bittar OJNV. Informática para monitorar hospitais de ensino. Bepa. 2010; 7(77): 11-20.
14. Barradas LRB, Bittar OJNV, Magalhães A, Alves, AS, Carvalho ERAP. Comparação de Grupos de Hospitais no Estado de São Paulo. Rev. Adm. Saúde. 2009; 11(42): 8-15.
15. Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. São Paulo. 2010.v.2.
16. López-Valcárcel BG, Pérez PB. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006 – 2030). Grupo de Investigación en Economía de La Salud. Universidad de Las Palmas de C G. Espanha; 2007. 158 p.
17. Barradas LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios médicos de especialidades – AMES no Estado de São Paulo. Rev Adm Saúde. 2010;12(48) :125 – 130.
18. Mendes JDV, Bittar OJNV. Saúde Pública no Estado de São Paulo: informações com implicações no planejamento de programas e serviços. Rev. Adm. Saúde, 2010 Supl 1: 5-71.
19. Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ) Guide to Inpatient Quality Indicators, [homepage na internet].Maryland. [atualizado jan2011; acesso em 17 jan 2011] Disponível em http://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/IQI_TechSpec.aspx.
20. Piegas LS, Bittar OJNV, Haddad N. Cirurgia de revascularização miocárdica. Resultados do Sistema Único de Saúde. Arq Bras Cardiol. 2009; 93(5): 555-560.
21. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.Organizações Sociais de Saúde: Relatório de Execução dos Contratos de Gestão – primeiro trimestre de 2010. São Paulo; 2010.
22. Assis DB, Madalosso G, Ferreira SA. Infecção hospitalar nos hospitais de ensino do Estado de São Paulo. In: Bittar OJNV, Magalhães A., coordenadores Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo. Assessoria de Hospitais de Ensino. São Paulo 2007: p. 77-93.
23. Magalhães A. Bittar OJNV, Gouveia RCA. Produtividade setorial nos hospitais de ensino. Prática Hospitalar 2009; 11(66): 99-101.
24. Bittar, OJNV Hospital: qualidade & produtividade, São Paulo: Sarvier, 1996.



25. Martins RA, Costa Neto PLO. Indicadores de desempenho para a gestão da qualidade total: uma proposta de sistematização. *Gestão & Produção* 2008; 5 (3): 298-311.
26. Serven, JRG. Guía práctico de los indicadores de gestión para establecimientos de atención médica. Caracas: Desinlimed, 1993.
27. University of Toronto. [homepage na internet]. Toronto: Department of Medical Imaging. [atualizado 2010; acesso em 18/08/2010] Disponível em: <http://medical-imaging.utoronto.ca/fellowship/aifell.htm>.
28. CT Scanner Services in Western New York 2004. Niagara Health Quality Coalition. Rochester; 2004 [atualizado 2010; acesso em 18/08/2010] Disponível em: <http://www.myhealthfinder.com/hcac/CTreport04.pdf>.
29. Universitaire Ziekenhuizen in Belgie. Kesteloot, K & Van Herck, G. Conference des hôpitaux Académiques de Belgique. Publication de la Ruzb-Chab, 2007.
30. Barata LRB, Mendes JDV, Andrade, MC. O gestor estadual e os desafios da atenção básica em saúde. In Realidades e perspectivas da gestão estadual do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília. 2010; 71-79.
31. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. Hospitais de Ensino e o Sistema Único de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2010; 12,(46):7-14.
32. Bittar OJNV. Oportunidade de negócios para hospitais de pequeno porte. *Voz Saúde – Hospitais Humanitários do Paraná – Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná – FEMIPA*. 2010; 58:7.

Correspondência/correspondence to:

Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Email - bittar@saude.sp.gov.br. Fone – (11) 3066.8660



A construção das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) no Estado de São Paulo em 2011

*Fátima Bombarda; Nelson Yatsuda; Paula Tanaka; Daniele Marie Guerra
Coordenadoria de Regiões de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde.
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.*

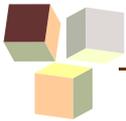
O processo de regionalização da atenção à saúde constitui desafio de grande monta para os sistemas universais de diversos países, sem que se obtenham respostas inequívocas sobre qual a melhor maneira de se organizar o acesso aos serviços e ações de saúde. No Brasil, este desafio vem se constituindo por meio do aprendizado institucional ao longo da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a promulgação da Constituição e publicação das Leis Orgânicas da Saúde até o recente Pacto pela Saúde, com várias nuances.

A partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS—Portaria GM/MS nº 373 de 27/02/02) é possível perceber com maior nitidez a adoção da regionalização pactuada como modelo para o seu desenvolvimento. No entanto, o delineamento deste caminho, se importante como norteador da direção a seguir, exige um grande esforço na identificação dos meios e entraves a serem superados para o estabelecimento da regionalização da saúde que, desde já, deve ser compreendida nos marcos da continuidade do processo que se inicia em meados dos

anos 1990. São inúmeras as dificuldades estruturais a serem enfrentadas para a consecução deste norte, dentre as quais o federalismo tripartite, bem como aquelas decorrentes do já crônico desfinanciamento do SUS frente aos seus encargos constitucionalmente estabelecidos, o que compromete a capacidade de investimento para proceder ao ajuste de oferta e demanda dos serviços de saúde.

Trata-se de um processo de ampla construção política, com uma gestão baseada na relação dos municípios e estado em instância colegiada regional, visando à cooperação de entes federados no âmbito regional (federalismo cooperativo) informado por sólidas bases técnicas para garantir a melhoria no acesso e na qualidade da atenção à saúde.

No Estado de São Paulo, em 2007, a partir da definição bipartite da simultaneidade da construção do Plano Estadual de Saúde (quadriênio 2008-2011) com a implantação do Pacto pela Saúde, foram realizados seminários regionais nos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), com a participação de todos os municípios



de sua abrangência para a definição das regiões de saúde (Deliberação CIB-SP nº 153/07 de 21/09/2007).

Na primeira fase dos seminários, foi reapresentado o desenho das 65 microrregiões de saúde do Plano Diretor de Regionalização de 2002, estabelecido segundo os critérios da NOAS, e um estudo preliminar que retratava a capacidade de oferta na atenção básica e em alguns procedimentos de média complexidade para que se pudesse analisar a resolutividade destas estruturas. O estudo foi base para as discussões regionais, mas a oferta de serviços não foi critério determinante para a definição das regiões de saúde, que foram constituídas de acordo com os critérios estabelecidos pelo Pacto de Gestão. Os municípios em conjunto com os DRS se organizaram e construíram as novas Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), totalizando 64 Regiões de Saúde no Estado de São Paulo. Os CGR são formados por todos os Secretários Municipais de Saúde e pelo diretor do DRS, além de contar com representação das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, dos laboratórios regionais do Instituto do Adolfo Lutz e Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).

Passados 4 anos destas iniciativas, tornou-se fundamental aprofundar o processo de regionalização. Com o objetivo de organizar as ações e serviços de

promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, garantindo a integralidade do cuidado num determinado território, torna-se necessária a implementação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 4279/10, as RRAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado num determinado território. São caracterizadas pela formação de relações horizontais organizadas, sistematizadas e reguladas entre a atenção básica e os demais pontos de atenção do sistema de saúde.

Em maio de 2011 foi composto um Grupo Bipartite, definido pela Deliberação CIB nº. 17/2011 para a construção das RRAS com o objetivo de garantir à população o acesso a serviços de saúde com qualidade, construindo assim a universalidade do sistema com integralidade da atenção.

Este grupo elaborou um Termo de Referência definindo conceitos, critérios, premissas e estratégias para a construção das RRAS no estado (Deliberação CIB-SP nº 36 de 21/09/2011).

As diretrizes foram elaboradas no intuito da superação da fragmentação do sistema, por meio da gestão comparti-



lhada entre a SES e os municípios, com objetivo de definir as responsabilidades dos entes federados e a subordinação dos prestadores que compõem a rede SUS ao processo de co-gestão regional, sem prejuízo do comando único.

A Rede Regional de Atenção à Saúde deve estabelecer a atenção básica como porta preferencial de entrada, ordenadora do cuidado e orientadora da rede, estimular a lógica da necessidade e não da oferta do prestador; fortalecer as Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional, com a respectiva descentralização da gestão da SES para os Departamentos Regionais de Saúde; e integrar os serviços fortalecendo o processo de regulação do acesso e co-gestão das redes de atenção.

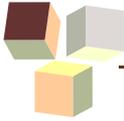
Os critérios inicialmente estabelecidos para o desenho preliminar das RRAS foram: suficiência na atenção básica, média complexidade e parte da alta complexidade; garantia da economia de escala, abrangência populacional entre 1 a 3,5 milhões de habitantes; manutenção do território das regiões de saúde definido pela Deliberação CIB 153/2007, fazendo ajustes, se necessário e que o desenho não necessariamente deve ser coincidente com a abrangência das divisões administrativas da SES (Departamentos Regionais de Saúde).

Considerando que o território que compõe a Rede Regional de Atenção à

Saúde pode ser formado por uma ou mais regiões de saúde, foi necessário a criação de um espaço bipartite para exercer a gestão regional desta rede, denominado Comitê Gestor da Rede (CG-Rede), composto por representantes municipais e estaduais de cada região de saúde e coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde.

O Grupo Bipartite também elaborou um desenho preliminar das RRAS (Figura 1), com auxílio de georeferenciamento e em junho de 2011 foi realizada uma primeira rodada de oficinas regionais para o reconhecimento do território das redes, validando ou modificando o desenho preliminar proposto, além de um alinhamento conceitual com os municípios por meio do Termo de Referência elaborado inicialmente. A segunda rodada de oficinas regionais deve acontecer no segundo semestre de 2011, quando será trabalhado o diagnóstico da capacidade instalada identificando vazios assistenciais e problemas a serem enfrentados na construção de cada RRAS.

Para dar continuidade ao estabelecimento das redes e a obtenção da integralidade do cuidado, será necessário estabelecer uma pauta bipartite que contemple a estruturação e definição de fluxos assistenciais, atualizando a Programação Pactuada e Integrada (PPI); constituição de processos eficazes para a regulação da



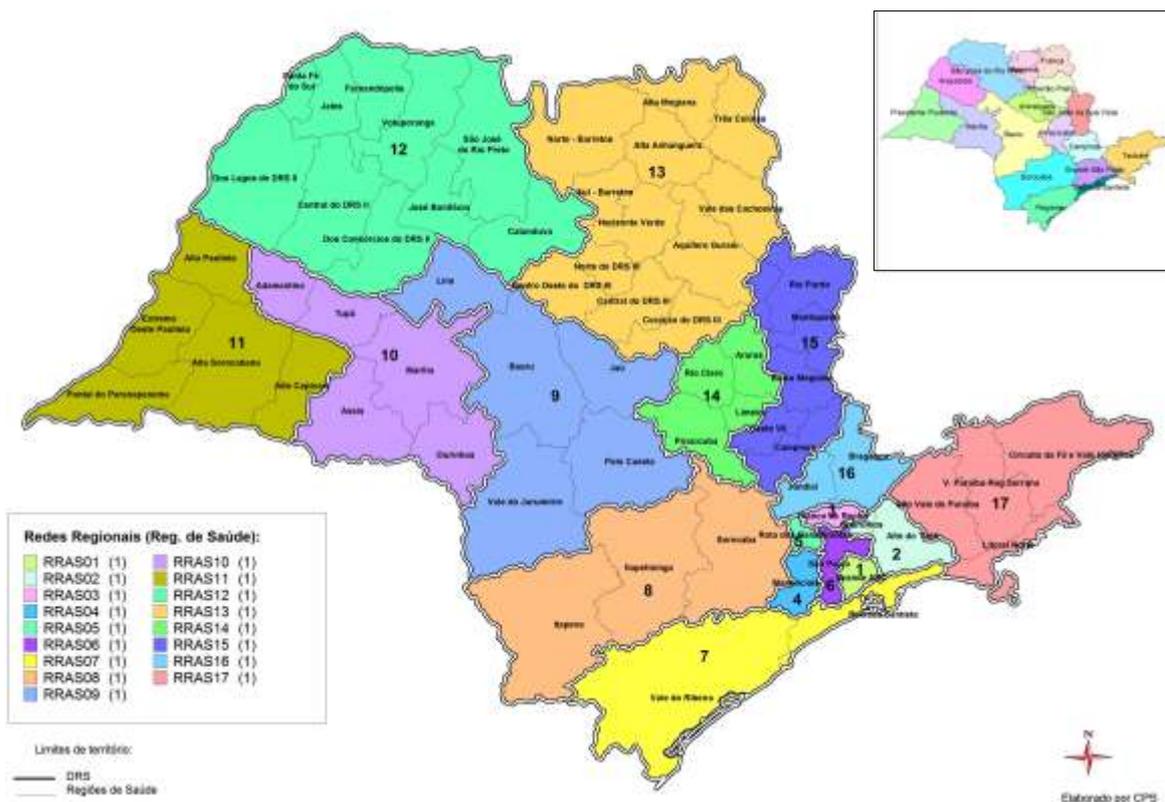
oferta; pactuação de mecanismos de recursos de custeio e investimentos e a implantação de sistemas logísticos, tais como sistemas de informação integrados, centrais de regulação e sistemas de transporte sanitário.

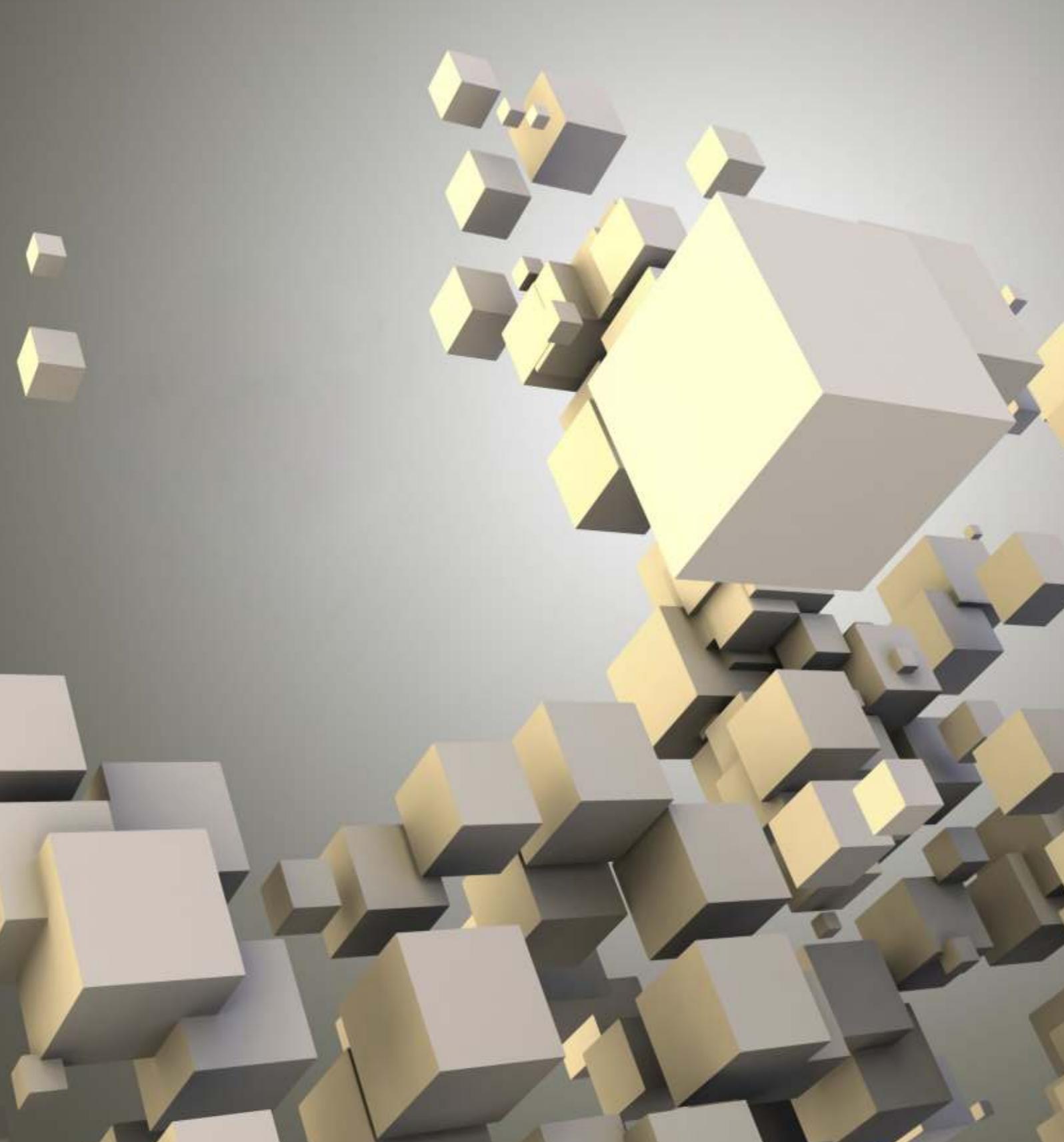
Nesse ano de 2011, a SES concentra esforços de todas suas coordenadorias e respectivas instâncias regionais para o

estabelecimento das RAAS, uma das prioridades no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 e primeira diretriz do eixo que trata do aperfeiçoamento e qualificação do acesso aos serviços de saúde do SUS/SP.

Essa construção depende do esforço permanente e integrado entre estado e municípios na busca de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Figura 1: Configuração das Redes Regionais de Atenção à Saúde - agosto de 2011.





Coordenadoria das
Regiões de Saúde

Coordenadoria de
Planejamento em Saúde

CCD
COORDENADORIA DE
CONTROLE DE DOENÇAS

SECRETARIA
DA SAÚDE



**GOVERNO DE
SÃO PAULO**