

O NÚMERO DE HOSPITAIS E DE LEITOS SUS, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE - RS: um estudo de 2005 a 2016.

Elídio Vanzella (1)
João Agnaldo do Nascimento (2)
Sérgio Ribeiro dos Santos (3)

(1) *Faculdade Estácio/Faculdade Unifuturo. email: evanzella@yahoo.com.br*

(2) *UFPB-DEST-CCEN- Departamento de Estatística.*

(3) *UFPB- EBSEH/HULW-Departamento de Enfermagem.*

Resumo

Para o SUS, o princípio é que o acesso aos serviços de saúde deve ser gratuito, mas desde sua criação, o SUS tem sido açoitado pelos problemas decorrentes do financiamento insuficiente para cumprir seus objetivos e realizar seus princípios: universalidade, integralidade, equidade. Como os recursos para a saúde não são infinitos, mas a demanda é; o governo se viu obrigado a impor vários controles de custos. O planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, bem como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo realizar o levantamento do número de hospitais e leitos hospitalares, na cidade de Porto Alegre/RS, no período de 2005 a 2016 e de maneira específica analisar a evolução do número de hospitais e leitos em relação à população ao longo desse período. O estudo, do tipo exploratório e descritivo, foi desenvolvido a partir de abordagem quantitativa. Percebeu-se que, considerando o período de 2005 a 2016, o número de hospitais, em Porto Alegre, apresentou um crescimento de 3 unidades, no entanto, o número de leitos hospitalares SUS, sofreu uma redução de 672 leitos. Ainda, considerando que a quantidade de leitos hospitalares permaneça inalterada podemos estimar que em 2030 a relação leitos por habitantes será de um leito para cada 382 pessoas, o que indica uma situação ainda mais difícil que a hoje vivenciada.

Palavras-chave: Hospitais, Leitos, Porto Alegre, SUS.

Introdução

O SUS (Sistema Único de Saúde) completou 25 anos e, nesse tempo, obteve conquistas, mas os objetivos ainda não se realizaram. Nesse sentido é possível afirmar que a sua maior conquista foi vislumbrar a universalização do direito ao acesso a saúde na forma de atenção integral e, que o maior desafio ainda é tornar viável a ideia visionária de serviços de saúde ofertados de acordo com o princípio que o acesso deve ser gratuito, pois nesse contexto, a saúde é direito imutável para cada cidadão. O problema, nessa quimera, é a realidade econômica que sempre que algo passa a ser ofertado gratuitamente, a quantidade demandada desse algo passa a ser infinita e, no caso específico da saúde, sempre que serviços de saúde passam a ser gratuitos, a quantidade desses serviços que as pessoas passam a querer consumir torna-se praticamente infinita⁽¹⁾. Nesse argumento, o SUS tem sido açoitado pelos problemas decorrentes do financiamento insuficiente para cumprir seus objetivos e realizar seus princípios: universalidade, integralidade, equidade⁽²⁾.

Como os recursos para a saúde não são infinitos, mas a demanda é; o governo se vê obrigado a impor vários controles de custos⁽¹⁾, com isso o acesso, embora tenha se ampliado significativamente, segue sendo o repto mais importante⁽²⁾. Assim, embora os custos estejam agora limitados, porque os burocratas estabeleceram um teto de gastos na saúde, a demanda por consultas, hospitalizações e cirurgias seguem inabaladas. Conseqüentemente, com oferta limitada e demanda infinita, ocorre a inevitável escassez e começam a surgir filas de espera para tratamentos, cirurgias, remédios e até mesmo consultas de rotina⁽¹⁾. Vislumbrando superar essas adversidades e realizar a visão de saúde proposta no SUS, o governo estabeleceu parâmetros para o planejamento da assistência a saúde. Assim, em tese, o planejamento e o gerenciamento de um sistema de saúde dependem de um conjunto de informações adequadas que orientem o planejador quanto às necessidades de saúde da população e a ordem de prioridade dessas necessidades, bem como da oferta de serviços existentes e sua capacidade de atendimento⁽³⁾.

A análise da situação de saúde consiste no processo de identificação, formulação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalha em um território⁽⁴⁾. Essas informações devem expressar as diferentes características que evidenciam as condições de vida dessa população, sejam culturais, sociais, econômicas e epidemiológicas, e que são responsáveis pela geração de suas demandas de saúde⁽³⁾.

Após o conhecimento da situação e da oferta de serviços de saúde existentes, elaboram-se propostas para adequação da estrutura do sistema, criação de novos serviços ou programas de saúde em cada região, abrangendo todos os níveis de atenção e atentando para as necessidades de aperfeiçoar custos, aumentar a eficiência na realização dos atendimentos⁽⁵⁾. Nesse sentido, o Ministério da Saúde num esforço que pretende o aperfeiçoamento dos critérios e referenciais quantitativos para orientar as estimativas de necessidades de saúde da população brasileira publicou a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, aprovando critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS⁽⁶⁾, visando atender a complexidade inerente ao perfil econômico, demográfico e epidemiológico das regiões brasileiras, marcado pelas profundas desigualdades sociais, que refletem diretamente nos níveis de saúde e bem estar de seus habitantes⁽⁵⁾. Antes, a Portaria MS/SAS nº 312 em 02 de Maio de 2002 estabeleceu uma padronização de nomenclatura para o censo hospitalar nos hospitais integrantes do SUS⁽⁷⁾.

O CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde foi criado em 1999 visando disponibilizar informações atualizadas das condições de Infraestrutura, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares dos Estabelecimentos de Saúde integrando todas as esferas – Federal, Estadual e Municipal. O MS/SAS instituiu as fichas de cadastro de estabelecimento e colocou em consulta pública. Em 2000, através da Portaria-SAS 511, o MS/SAS⁽⁸⁾, aprova e ratifica a ficha de cadastro de estabelecimento e seus respectivos manuais e determina ao DATASUS a criação do banco de dados nacional de estabelecimentos de saúde. Seu público alvo são os estabelecimentos Públicos de Saúde, Rede Complementar e Prestadores do SUS, sejam pessoas físicas ou jurídicas. Nesse conjunto, este trabalho tem como objetivo realizar o levantamento do número de hospitais e de leitos hospitalares, na cidade de Porto Alegre/RS, no período de 2005 a 2016 e de maneira específica analisar a evolução do número de hospitais e de leitos hospitalares ao longo desse período.

Metodologia

O estudo, do tipo exploratório e descritivo, desenvolvido a partir de abordagem quantitativa foi realizado na cidade de Porto Alegre - RS. Nesse contexto, as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema proposto para o estudo, pois envolve levantamento bibliográfico enredado com a realidade a ser investigada⁽⁹⁾. E, a pesquisa bibliográfica subsidia o conhecimento sobre o que foi pesquisado e trabalhado, explicando como e sob que perspectiva o assunto é tratado na literatura científica, fundamentando-se em conhecimentos proporcionados pela biblioteconomia e documentação, entre outras ciências e técnicas empregadas de forma metódica envolvendo a identificação, localização e obtenção da informação, fichamento e redação do trabalho científico⁽¹⁰⁾.

O site do CNES disponibiliza informações de toda a infraestrutura de serviços de saúde bem como a capacidade instalada existente e disponível no país, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos e profissionais de saúde existentes nos estabelecimentos de saúde. Assim, pesquisando no site da instituição, obteve-se a relação histórica do número de hospitais e pronto socorro, no período dos anos de 2005 a 2016, para a cidade selecionada para o estudo. Ainda, pelo mesmo procedimento, fez-se o levantamento do número de leitos hospitalares para o mesmo período e localidade.

As projeções da população da cidade de Porto Alegre, apresentadas neste trabalho, foram obtidas junto ao IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) que, segundo os documentos consultados, foram estimadas por meio do chamado método das componentes, o qual incorpora as informações sobre as tendências observadas. Neste método, interagem as variáveis demográficas seguindo as coortes de pessoas ao longo do tempo, expostas às leis de fecundidade, mortalidade e migração⁽¹¹⁾. Ainda, segundo o IBGE, o método das componentes demográficas para projetar populações por sexo e idade tem sua origem na conhecida equação compensadora ou equação de equilíbrio populacional cuja expressão analítica é descrita da seguinte forma⁽¹²⁾:

$$P(t+n) = P(t) + B(t,t+n) - D(t,t+n) + I(t,t+n) - E(t,t+n),$$

onde;

$P(t+n)$ = população no ano $t+n$,

$P(t)$ = população no ano t ,

$B(t,t+n)$ = nascimentos ocorridos no período $t,t+n$,

$D(t,t+n)$ = óbitos ocorridos no período $t,t+n$,

$I(t,t+n)$ = imigrantes no período $t,t+n$,

$E(t,t+n)$ = emigrantes no período $t,t+n$,

t = momento inicial da projeção e

n = intervalo projetado

Em algumas tabelas, principalmente as que projetavam um curto período de tempo a frente, foi observado que o IBGE realizou as projeções pela função geométrica: $P_{est} = P_0 \cdot (r + 1)^{n_1}$, onde: População inicial (P_0), Intervalo de tempo em anos (n_1), Taxa anual de crescimento (r), e $r = \sqrt[n_1]{\frac{P_f}{P_0}} - 1$,

onde:

População inicial (P_0),

População final (P_f) e

Intervalo de tempo em anos (n_1).

Ressalta-se que as populações, de períodos passados e futuros, foram diretamente transcritas, para este estudo, de forma direta e com confiança, dada a indiscutível credibilidade que o IBGE representa.

Resultados e Discussão

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes. Nesse sentido, o Ministério da Saúde num esforço que pretende o aperfeiçoamento dos critérios e referenciais quantitativos para orientar as estimativas de necessidades de saúde da população brasileira criou critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS⁽⁶⁾, visando atender a complexidade inerente ao perfil econômico, demográfico e epidemiológico das regiões brasileiras, marcado pelas profundas desigualdades sociais, que refletem diretamente nos níveis de saúde e bem estar de seus habitantes⁽⁵⁾. Assim, os parâmetros para leitos e internações hospitalares foram definidos com base na combinação dos seguintes enfoques metodológicos: 1) análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção, selecionados a partir de revisão de literatura nacional e internacional; 2) análise da estrutura e rendimento, com base nos dados disponíveis no Brasil, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares; 3) sua comparação com situações “ideais” consolidadas, reconhecidas ou desejadas (padrão atendimento Curitiba, São Paulo e Belo Horizonte, entre outros), com algum ajuste para balizar a proposta (*benchmarking*) dos parâmetros a serem utilizados na estimativa dos leitos; e 4) aplicação de modelo de simulação, através do qual se estimaram parâmetros sobre taxas de ocupação por porte hospitalar.

A programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes.

Com a consulta no site do CNES foi possível obter os dados quanto ao número de hospitais e de leitos hospitalares na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, e com a organização deles foram realizadas análise e obtidas as seguintes informações:

Tabela 1 - Tipo de Estabelecimento: Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Dia, Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral, no período 2005-2016, Porto Alegre/RS.

Ano/mês	Número de hospitais
2005/Dez	23
2006/Dez	23
2007/Dez	21
2008/Dez	21
2009/Dez	23
2010/Dez	23
2011/Dez	24
2012/Dez	25
2013/Dez	25
2014/Dez	26
2015/Dez	26
2016/Dez	26

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2016.

A Tabela 1, apresenta os valores organizados e, por meio dela, é percebe-se que o número de hospitais, em Porto Alegre, que era, em 2005, de 23 unidades passou a ser, no ano de 2016, de 26 unidades, um aumento de 3 unidades que significa 13,04% de acréscimo. Esse acontecimento, quando analisado isoladamente, apresenta viés positivo, no entanto quando comparado como o número de leitos disponíveis, no mesmo período, observa-se uma realidade diferente. E, ainda, quando comparado com o fato que a população que, no ano de 2008, era em torno de 1.394.983 habitantes e que passou, no ano de 2016, para 1.474.617 pessoas, ou seja, um crescimento de 5,71% sinaliza para uma provável falta de estrutura para atendimento da população doente.

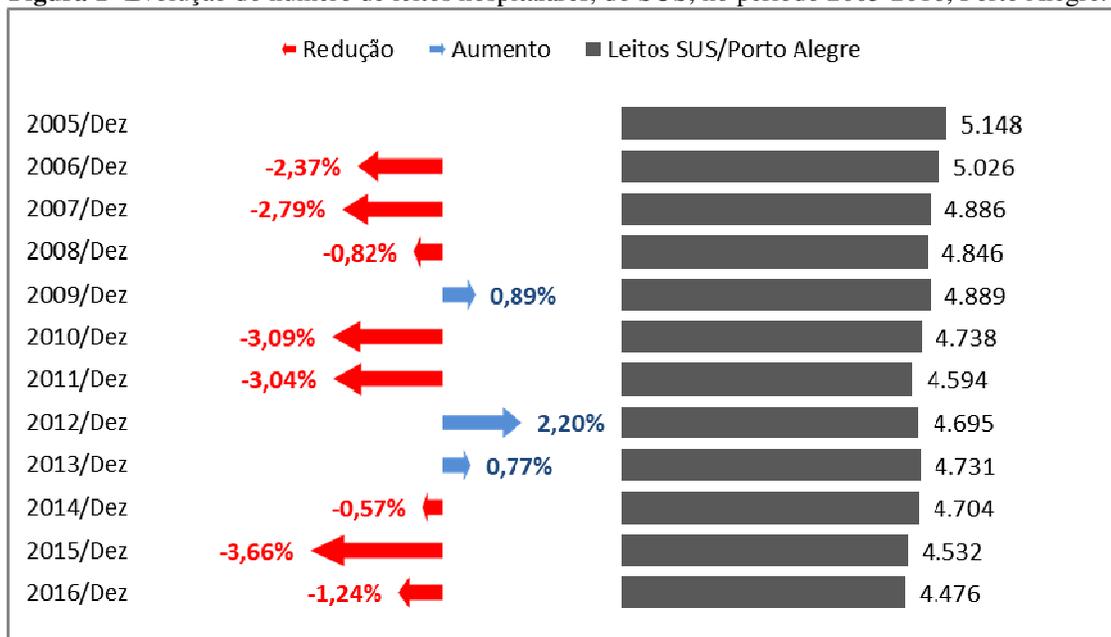
Tabela 2- Nº de leitos em: Hospital Especializado, Hospital Geral, Hospital Dia, Pronto Atendimento, Pronto Socorro Especializado, Pronto Socorro Geral, no período 2005-2016, por capitais selecionadas.

Ano/mês	Porto Alegre
2005/Dez	5.148
2006/Dez	5.026
2007/Dez	4.886
2008/Dez	4.846
2009/Dez	4.889
2010/Dez	4.738
2011/Dez	4.594
2012/Dez	4.695
2013/Dez	4.731
2014/Dez	4.704
2015/Dez	4.532
2016/Dez	4.476

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2016.

O leito hospitalar de internação é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço⁽⁷⁾. Nesse sentido, a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes como a análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção; análise da estrutura e rendimento, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares.

Figura 1- Evolução do número de leitos hospitalares, do SUS, no período 2005-2016, Porto Alegre.



Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2016.

A cidade de Porto Alegre apresentou, conforme a Figura 1, uma redução constante do número de leitos hospitalares SUS, ao longo do período e, a oferta desses leitos, em 2016, é a menor nos 12 anos estudados. Considerando os anos de 2005 e 2016, constata-se que ocorreu uma redução de 672 leitos ou 13,05% de redução. Nesse contexto, é preciso estabelecer uma relação com o crescimento populacional e o envelhecimento desta população, pois os dados dos censos comprovam que a esperança de vida ao nascer, do brasileiro, aumentou chegando a 73,5 anos em 2010. A taxa bruta de natalidade e a taxa de fecundidade total, ao longo do tempo, caíram e deverão seguir em queda provocando mais impacto na estrutura etária populacional. Todas essas mudanças foram refletidas na estrutura etária da população, que envelheceu ainda mais, pois em 2010, a idade mediana, que em 1980 era de 20 anos, aumentou para 27 anos e nesse contexto, apenas 24,1% dos habitantes, no ano de 2010, tinham idade inferior a 15 anos e, no mesmo período, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade passou de 6,1% em 1980, para 10,8% em 2010, com isso o índice de envelhecimento aumentou para 44,8%.



Tabela 3- População, da cidade de Porto Alegre, total e por segmento para o período 2008 a 2030.

Ano	População Total Porto Alegre	População (= ou >60 anos) Porto Alegre	População (< 60 anos) Porto Alegre
Real	2008	1.394.983	200.193
	2009	1.401.864	205.944
	2010	1.409.351	211.896
	2011	1.418.997	219.652
	2012	1.429.116	227.701
	2013	1.439.723	236.057
	2014	1.450.832	244.730
	2015	1.462.458	253.734
	2016	1.474.617	263.081
Projetada	2017	1.487.326	272.787
	2018	1.500.601	282.865
	2019	1.514.461	293.331
	2020	1.528.925	304.200
	2205	1.611.012	365.204
	2030	1.711.520	439.124

Fonte: IBGE, 2016.

Considerações finais

Analisando a relação entre o número de leitos hospitalares e a população da cidade de Porto Alegre, ao longo do período, observa-se que em 2008 para uma população de 1.394.983 pessoas existiam 5.148 leitos disponíveis na rede SUS, caracterizando uma relação de um leito para cada 271 habitantes. No entanto, no ano de 2016, para um total de 1.474.617 habitantes, o número de leitos disponíveis na rede SUS foi reduzido para 4.476, apresentando uma relação de um leito para cada 329 habitantes, ou seja, para cada leito houve um acréscimo de 58 pessoas na disputa por cada leito hospitalar, significando um crescimento de 21,4% na relação leito por habitante.

Considerando que a quantidade de leitos hospitalares da rede SUS, na cidade de Porto Alegre permaneça inalterada podemos estimar que em 2030 a relação leitos por habitantes será de um leito para cada 382 pessoas, o que indica uma situação ainda mais dramática que a já difícil hoje vivenciada.



Referências

- 1- ROQUE, L. Como Mises explicaria a realidade do SUS? Mises Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=923>>. Acesso em: 26 set 2016.
- 2- PAIVA, A. B. D. et al. SAÚDE. In: (IPEA), I. D. P. E. A. Políticas Sociais: acompanhamento e análise - Artigos. Brasília: IPEA, 2014. p. 143-224.
- 3- TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. Planejamento em Saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 2, 1998.
- 4- ABDON, C.; FERREIRA, M. C.; TEIXEIRA, C. Planejamento & Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. São Paulo: Bireme/Opas/OMS, 2002.
- 5- BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- 6- BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 312, de 30 de abril de 2002. Estabelece, para utilização nos hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, a Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar constante do Anexo desta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- 8- BRASIL. Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, Brasília, 2000.
- 9- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- 10- SALOMON, D. V. Como fazer uma monografia. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- 11- IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- 12- IBGE. IBGE Populações. Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação, 2016. Disponível em: <www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Acesso em: 07 set 2016.