

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Francisco Eduardo Gabrielli

**O SETOR HOSPITALAR E O SISTEMA DE SAÚDE: OS HOSPITAIS GAÚCHOS E  
A AMBULANCIOTERAPIA NO INÍCIO DO SÉCULO XXI**

Porto Alegre

2009

Francisco Eduardo Gabrielli

**O SETOR HOSPITALAR E O SISTEMA DE SAÚDE: OS HOSPITAIS GAÚCHOS E  
A AMBULANCIOTERAPIA NO INÍCIO DO SÉCULO XXI**

Monografia submetida ao Departamento de Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Economia.

Orientador: Prof. Ário Zimmermann

Porto Alegre

2009

## RESUMO

Este trabalho analisa o sistema de saúde com enfoque especial para o setor hospitalar, com a pretensão de contribuir para o debate em torno do fenômeno popularmente conhecido como ambulancioterapia no Rio Grande do Sul. Pretende verificar a validade da seguinte hipótese: a maioria dos hospitais, como muitas indústrias, precisam de uma escala mínima para sua viabilidade econômica e eficiência técnica, o que torna a concentração dos serviços de referência em pólos regionais inevitável, bem como boa parte do fluxo da população (ambulancioterapia) entre os municípios do Estado. Para tanto, são expostas características do segmento relacionadas à gestão, à distribuição, às fontes de financiamento, complexidade e, principalmente, à escala (tamanho das unidades), que permitem inferir quanto ao peso do setor, especialmente para o Sistema Único de Saúde. Estas particularidades, quando combinadas a indicadores de desempenho, possibilitam a distinção de níveis diferentes de eficiência entre os serviços, o que permite relacionar diretamente os resultados com o tipo de instituição procurado pelas pessoas. A análise dos dados apresentados permite concluir que a hipótese apresentada é válida, bem como para apontar algumas deficiências e fundamentar proposições para o sistema.

Palavras-chave: saúde, ambulancioterapia, distribuição, escala, eficiência

Classificação JEL: I11, I12, I18.

## **ASBTRACT**

The present research analyses the healthcare system with special focus on the hospital sector. It intends to give a contribution for the debate about the phenomenon known as ambulance therapy in Rio Grande do Sul State, starting on the validity of the hypothesis as follows: hospitals, like any industry, need a minimum scale of operation to get economic sustainability and technical efficiency. That tends to lead to the concentration of reference services in regional units, as well as of a relevant part of population flows among the municipalities of the State (ambulance therapy). Therefore, themes related to the hospital sector regarding management, distribution, financing, complexity and, specially, scale of operation (units' size) are presented, allowing inferences about its share, especially concerning Brazilian Healthcare System. Those themes, when associated to performance indicators, make possible a distinction of different levels of efficiency among services, what allows a direct relation among the results and the types of institutions the people search. The data analysis leads to the conclusion of the validity of the hypothesis tested, as well as point out some weaknesses and support suggestions to improve the System.

Key words: Health, ambulance therapy, distribution, operative scale, efficiency  
JEL: I11, I12, I18.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – HOSPITAIS POR TAMANHO E ESFERA, 2002.....	35
FIGURA 2 – PONTUAÇÃO DE EFICIÊNCIA DA ANÁLISE ENVOLTÓRIA DE DADOS (DEA), POR ARRANJO ORGANIZACIONAL E ESFERA – HOSPITAIS COM MAIS DE 50 LEITOS.....	42
FIGURA 3 – RAZÃO MÉDIA ENTRE VALOR DE TABELA SUS E CUSTO, POR COMPLEXIDADE, 2002 (N = 107).....	44
FIGURA 4 – FONTES DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR, 2002.....	47
FIGURA 5 – GASTO HOSPITALAR POR NATUREZA DO HOSPITAL, 2002.....	48
FIGURA 6 – GASTO SUS E PRIVADO, POR NATUREZA E ESFERA, 2002.....	48
FIGURA 7 – NÍVEIS DE EFICIÊNCIA TOTAL POR TAMANHO DO HOSPITAL, 2002.....	50
FIGURA 8 – ÍNDICE DE GIRO DE LEITOS, 2002.....	51
FIGURA 9 – TAXA MÉDIA DE OCUPAÇÃO NOS HOSPITAIS DE CURTA PERMANÊNCIA DO SUS, POR ESFERA, 2002.....	52
FIGURA 10 – TMP NOS HOSPITAIS DE CURTA PERMANÊNCIA DO SUS, POR ESFERA, 2002.....	53
FIGURA 11 – RAZÃO TOTAL DE PESSOAL POR LEITO OCUPADO, 2002.....	54
FIGURA 12 – NÚMERO DE PACIENTES POR SALA CIRÚRGICA, POR ANO, 2002.....	55
FIGURA 13 – ÍNDICE DE COMPLEXIDADE TECNOLÓGICA POR LEITO, POR ESFERA, 2002.....	56
FIGURA 14 – HOSPITAIS GAÚCHOS POR TAMANHO E ESFERA, 2009.....	59
FIGURA 15 – GASTO COM SAÚDE POR HABITANTE POR ESFERA A PREÇOS CONSTANTES, 2000-2006.....	62
FUNTE: DATASUS/ SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE – SIOPS.....	62
FIGURA 16 – DESPESA LIQUIDADA TOTAL COM AÇÕES EM SAÚDE COMO % DA RECEITA LÍQUIDA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS, RS.....	62
FIGURA 17 – ÍNDICE DE GIRO RS – LEITOS SUS, 2008.....	66

<b>FIGURA 18 – TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA RS – LEITOS SUS, 2008.....</b>	<b>67</b>
<b>FIGURA 19 – TAXA DE OCUPAÇÃO POR LEITO RS – LEITOS SUS, 2008.....</b>	<b>67</b>
<b>FIGURA 20 – HOSPITAIS DO RIO GRANDE DO SUL POR TAMANHO E MACROREGIÃO DE SAÚDE, 2009.....</b>	<b>69</b>
<b>FIGURA 21 – LEITOS SUS POR 1000 HABITANTES POR MACROREGIÃO DE SAÚDE, 2009.....</b>	<b>70</b>
<b>FIGURA 22 – LEITOS SUS EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO – UTI POR MACROREGIÃO DE SAÚDE, 2009.....</b>	<b>71</b>
<b>FIGURA 23 – TAXA DE OCUPAÇÃO SUS POR MACROREGIÃO, 2008.....</b>	<b>72</b>
<b>FIGURA 24 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA MÉDIA COMPLEXIDADE POR MACROREGIÃO, 2008.....</b>	<b>73</b>
<b>FIGURA 25 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA ALTA COMPLEXIDADE POR MACROREGIÃO, 2008.....</b>	<b>73</b>

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – HOSPITAIS POR ESFERA.....	34
TABELA 2 – INDICADORES DEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE POR GRANDES REGIÕES DO BRASIL, 2005.....	36
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DA INFRAESTRUTURA HOSPITALAR.....	37
TABELA 4 – PADRÕES BRASILEIROS E INTERNACIONAIS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS HOSPITALARES.....	37
TABELA 5 – GASTO HOSPITALAR DO SUS, POR NÍVEL DE ATENÇÃO, 2002 (%)......	38
TABELA 6 – HOSPITAIS POR ESFERA NO RIO GRANDE DO SUL, 2009.....	58
TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS LEITOS HOSPITALARES NO RIO GRANDE DO SUL.....	60
TABELA 8 – GASTO SUS POR TIPO DE DESPESA NO RIO GRANDE DO SUL, 2007.....	61
TABELA 9 – DEZ PRINCIPAIS MUNICÍPIOS POR PARTICIPAÇÃO NO GASTO, 2008.....	74

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 ORIGENS DO SISTEMA E ANTECEDENTES RELEVANTES.....</b>	<b>13</b>
2.1 Welfare State.....	13
2.2 Modelos de Atenção à Saúde.....	18
2.3 Reformas Sanitárias.....	22
<b>2.3.1 Experiências Internacionais.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.2 Reforma Sanitária no Brasil.....</b>	<b>24</b>
<b>3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....</b>	<b>26</b>
3.1 Origens do Sistema.....	26
3.2 Constituição de 1988.....	27
3.3 Financiamento.....	29
<b>4 O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO.....</b>	<b>33</b>
4.1 Histórico.....	33
4.2 Distribuição e Características.....	34
4.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESENVOLVIMENTO DO SETOR.....	39
<b>4.3.1 Informações e Indicadores.....</b>	<b>39</b>
<b>4.3.2 Coordenação entre prestadores (arranjos de rede).....</b>	<b>40</b>
<b>4.3.3 Gestão (autonomia) e Eficiência Gerencial.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3.4 Modelo de Remuneração.....</b>	<b>43</b>
<b>4.3.5 Decisões de Investimento.....</b>	<b>45</b>
4.4 FINANCIAMENTO E GASTO HOSPITALAR.....	46
4.5 ANÁLISE DE EFICIÊNCIA: TAMANHO, OCUPAÇÃO E PRODUÇÃO.....	49
<b>5 OS HOSPITAIS GAÚCHOS E A AMBULANCIOTERAPIA.....</b>	<b>57</b>
5.1 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL, CARACTERÍSTICAS E FINANCIAMENTO.....	58
5.2 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SETOR HOSPITALAR GAÚCHO.....	65
5.3 AS MACROREGIÕES DE SAÚDE E SUAS DIFERENÇAS.....	68
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As críticas ao sistema público de saúde brasileiro ocupam espaços significativos nas colunas de famosos cronistas e em telejornais populares da imprensa nacional. O teor destas matérias observa temas já consagrados como: as filas formadas ainda pela madrugada para marcação de consultas, a pouca disponibilidade de exames de diagnósticos mais complexos, emergências lotadas, más condições de atendimento, entre outros. No Rio Grande do Sul a situação não é diferente, porém, a questão da “ambulancioterapia” tem merecido atenção especial. Como por exemplo:

Prestem bem atenção os meus leitores. [...] não são as prefeituras do Interior que encaminham os pacientes para os hospitais e clínicas de Porto Alegre: são eles, pacientes, que elegem os hospitais de Porto Alegre como preferidos para seu atendimento.

[...]

Resulta daí, inquestionavelmente, em face de que a ocorrência em massa dos pacientes do Interior se dirige para Porto Alegre, sendo seletiva a escolha pelo atendimento na Capital, isto é, são os pacientes que preferem os hospitais daqui, que Porto Alegre paga este tributo por causa da excelência dos seus hospitais.

[...]

Logo, o estrangulamento, o que se chama de ambulancioterapia, se dá não por um defeito do atendimento médico em Porto Alegre, mas por sua virtude.

(SANTANA, 2009)

Este assunto não desperta o interesse dos meios de comunicação por coincidência. Há amplo apelo popular por estes serviços no Rio Grande do Sul e, milhares de pessoas deslocam-se diariamente para Porto Alegre em busca de atendimento médico-hospitalar de qualidade. Também não é por acaso que, de dois em dois anos, são proferidas inúmeras promessas de investimentos pesados no sistema de saúde nas campanhas políticas para os mais diferentes cargos públicos. Saúde, educação, segurança e previdência estão sempre entre os principais desejos da população em geral, que sofre com as restrições de serviços nessas áreas. Cria-se, portanto um binômio: Problema social – discurso eleitoral.

No Brasil, as decisões políticas na área da saúde são predominantes em detrimento das iniciativas de ordem técnica. Um volume significativo de investimentos públicos é comprometido por força de promessas de campanha e de

comprometimento de políticos com certos segmentos da sociedade. Esse mecanismo de decisão traz distorções problemáticas para o sistema de saúde pois, apesar de seu cunho assistencial, não traz consigo o comprometimento com as reais necessidades do sistema, nem com a sustentabilidade das unidades, que este acaba por criar. Esse modelo de decisão é um dos motivos da atual formatação do setor e das dificuldades que ele encontra.

Uma leitura atenta do até então exposto, pode levar ao seguinte questionamento: Se os problemas são do sistema de saúde como um todo, por que o destaque especial para o setor hospitalar dado no título do trabalho? A resposta dá conta de que os hospitais prestam 60% dos serviços e absorvem aproximadamente 70% de todo o gasto realizado no pagamento de serviços de saúde. Portanto, há chances significativas de se encontrar boas respostas no estudo dos hospitais para as questões que doravante serão explicitadas.

Este trabalho concentra-se em investigar a relação entre a distribuição e as características da estrutura hospitalar e a possível influência desta no intenso deslocamento da população do Rio Grande do Sul em busca de serviços de saúde na primeira década do século XXI. Para tanto, tal demonstração da distribuição e suas relações, se estabelecem como o objetivo principal desta obra, que observa ainda mais seis objetivos específicos como descritos abaixo:

- i. Inferir quanto ao peso do setor no sistema de saúde gaúcho, definindo sua participação na prestação de serviços e na despesa pública;
- ii. Mapear e classificar os serviços hospitalares do Rio Grande do Sul com relação a sua localização, esfera administrativa, fontes de financiamento e tamanho;
- iii. Estabelecer relações entre a realidade do Rio Grande do Sul e a brasileira;
- iv. Definir níveis de eficiência que permitam relacionar o desempenho dos hospitais com suas características;
- v. Esclarecer os motivos que levam Porto Alegre a ser o principal destino das ambulâncias partidas do interior do estado e;

- vi. Discutir os fatores que levam o setor hospitalar a um desempenho modesto e, se possível, sugerir alterações que permitam melhorias no sistema de saúde e, por conseguinte no acesso e na qualidade dos serviços prestados à população.

A análise do que será exposto em relação ao conjunto dos objetivos citados acima pretende confirmar a seguinte hipótese: A maioria dos hospitais, como muitas indústrias, precisam de uma escala mínima para sua viabilidade econômica e eficiência técnica, o que torna a concentração dos serviços de referência em pólos regionais inevitável, bem como boa parte do fluxo da população (ambulancioterapia) entre os municípios do Rio Grande do Sul.

O conteúdo proposto no presente trabalho está dividido em cinco capítulos, além desta introdução, assim descritos: 2 – Origens do Sistema e Antecedentes Relevantes; 3 – Sistema Único de Saúde – SUS; 4 – O Setor Hospitalar Brasileiro; 5 – Os Hospitais Gaúchos e a Ambulancioterapia e; 6 – Considerações Finais.

O segundo capítulo destina-se a contextualizar historicamente o tema e aborda inicialmente (seção 2.1) sobre o Welfare State, pois a expansão dos sistemas de proteção social interferiu diretamente no desenvolvimento dos setores ligados à atenção à saúde. O texto parte de uma breve definição do Estado de Bem-Estar, seguindo para uma descrição do “Circulo Virtuoso” de crescimento econômico e incremento das políticas de cunho social. Posteriormente, distingue as explicações para a crise do Welfare State dos anos 80, na visão de progressistas e conservadores, e termina expondo como foi o comportamento do Brasil com relação ao tema. O capítulo trata também (seção 2.2) os modelos de atenção à saúde, suas origens na Europa, o modelo norte-americano e quatro modelos distintos de sistemas de saúde, que se configuraram na América Latina. A seção 2.3 relaciona reformas sanitárias internacionais importantes e como esta aconteceu no Brasil, mostrando como o direito a atenção à saúde evoluiu até a conquista das garantias constitucionais de 1988.

O terceiro capítulo discorre sobre o SUS, o qual se configurou como um avanço importante na gestão das ações públicas de saúde direcionadas a cobrir de forma universal, igualitária e equânime toda população brasileira. O texto começa organizando cronologicamente uma série de fatos no período de 1941 a 1990, data

da regulamentação do Sistema, com destaque para as Conferências Nacionais de Saúde. Na segunda parte do capítulo, há diversas referências ao texto constitucional de 1988, no que tange aos direitos do povo brasileiro na área social, em especial a saúde e, por último, uma seção destinada a esclarecer quanto à forma como o Sistema se financia.

O quarto capítulo aborda o sistema hospitalar brasileiro de forma bastante ampla e, com base na bibliografia utilizada, fornece os fundamentos necessários para a análise proposta neste trabalho. De início, um breve histórico do surgimento dos hospitais no Brasil, passando, em seguida, para as questões referentes à distribuição e características do setor. Neste ponto, os hospitais são distribuídos por esfera administrativa e região, sendo caracterizados pelo seu tamanho e tipo de financiamento. São observados fatores demográficos e, também, feitas comparações com indicadores internacionais. Depois de identificar o setor, o texto revela cinco fatores que influenciam diretamente no seu desempenho, ligados à qualidade e à disponibilidade de informações, gestão, coordenação da rede assistencial, remuneração e decisão de investimento. O capítulo trata também das questões relacionadas ao financiamento e ao gasto hospitalar e esclarece com relação às fontes de recursos e de como estes são gastos, distinguindo a natureza e a esfera desta distribuição. Por fim, é exposta uma série de considerações e indicadores relativos à eficiência do setor hospitalar brasileiro.

O quinto capítulo está destinado ao estudo dos Hospitais do Rio Grande do Sul e à tentativa de esclarecer quanto ao fenômeno da ambulancioterapia, ou seja, esta parte o trabalho alinha-se diretamente com os objetivos e hipóteses traçadas anteriormente. Para tanto, são traçadas comparações diretas com os indicadores expostos no capítulo 4 e, portanto, também conta com certo volume de indicadores, que dão conta das características, distribuição espacial e financiamento do setor. Neste capítulo, o destaque especial fica a cargo do enfoque na esfera pública de atendimento e das diferenças de estruturas regionais de atendimento hospitalar encontradas na sua última seção.

Por fim, com base na análise do exposto ao longo deste trabalho, pretende-se inferir quanto à validade da hipótese proposta e, se possível, colaborar com sugestões para o setor e para o sistema.

## 2 ORIGENS DO SISTEMA E ANTECEDENTES RELEVANTES

### 2.1 WELFARE STATE

A evolução da medicina no século XX, bem como das estruturas e sistemas de saúde acompanhou a expansão dos programas e sistemas de atenção social, ou seja, do Welfare State. Estes programas ganharam volume com o avanço do capitalismo industrial, o qual demandou trabalhadores saudáveis que, motivados pelos benefícios sociais, aceitavam vender sua força de trabalho no novo centro motor da economia. Neste contexto, o Estado se encarregou de investir na promoção de serviços de saúde, e em outras pautas sociais, como previdência social e educação.

Medeiros (2001, p. 6) define de forma ampla o Welfare State como: “a mobilização em larga escala do aparelho de Estado em uma sociedade capitalista a fim de executar medidas orientadas diretamente para o bem-estar de sua população”. O acesso da população a tais serviços é um benefício incontestável, porém não é o único objetivo dessas políticas. O atendimento das demandas sociais colaborou de forma decisiva para o desenvolvimento das grandes potências capitalistas do século XX, como as da Europa Ocidental e EUA. Políticas sociais, de caráter keynesiano, de habitação, transporte e saneamento, geram trabalho e aumentam o poder de compra da população, o que estimula a expansão da demanda efetiva, e como boa parte desta demanda está ligada a grandes volumes de gasto público, também colabora como mecanismo contra cíclico das flutuações de demanda, típicas das economias capitalistas. Outro desencadeamento importante do Estado de Bem-Estar é sua capacidade de regular e arrefecer conflitos gerados nas relações entre trabalhadores e capitalistas. O Estado inclui na sua pauta de políticas sociais as reivindicações das organizações trabalhistas, reduzindo os conflitos, pois satisfaz os trabalhadores com a oferta de bens públicos e socializa os custos de reprodução da mão-de-obra e assim, libera capacidade de investimento aos empresários capitalistas. Argumento semelhante foi utilizado por

Draibe (1998 p. 3) ao referir-se à grande expansão do Welfare State no período pós-guerra:

Teria havido mesmo um “Círculo Virtuoso” entre a política econômica keynesiana e o Welfare State: aquela regula e estimula o crescimento econômico; este por sua vez, arrefece os conflitos sociais e permite a expansão de políticas de corte social, que amenizam tensões e, no terceiro momento, potencializam a produção e a demanda efetiva.

Da mesma maneira que se expandem os gastos sociais com o crescimento econômico, pode-se inferir que, em períodos de recessão estes provavelmente se contraíam. Este fenômeno pôde ser verificado na década de oitenta, após o segundo choque do petróleo e a crise econômica generalizada que se estabeleceu. Os anos 80 também marcaram pelo enfraquecimento do modelo keynesiano e pela ascensão dos modelos econômicos neoliberais. Draibe (1998) dividiu o pensamento sobre a crise do Welfare State entre conservadores e progressistas e expôs os principais argumentos para explicação da crise de ambas as correntes, baseada numa ampla revisão da literatura internacional.

Destaca-se o fato de que tanto progressistas quanto conservadores concordavam que o Estado do Bem-Estar Social estava para o século XX como uma das principais ferramentas de gestão da vida social e econômica dos países industrializados. Estes também concordaram com o que parecia o fim, ou seja, a união das políticas sociais e econômicas, que o modelo da época representava, não fornecia mais as respostas desejadas. As semelhanças nas conclusões até aqui expostas se explicam pela força da crise que se estalara no período. Porém, a forma com que cada grupo (progressistas e conservadores) argumenta e propõe alternativas, justifica esta divisão, pois aí residem as diferenças.

Os progressistas argumentam que a crise do Welfare State é, na verdade, um processo de mudança na sua estrutura e modo de operação, e, ainda, que as novas demandas sociais têm mais destaque do que o suposto esgotamento da forma de intervenção social do Estado. Há um conjunto de proposições que dão conta da necessidade de maior participação da sociedade na definição, gestão e controle dos programas sociais e da diversificação destes programas. Nesta linha de argumentos, destacam-se as idéias de redução da burocracia estatal, a maior democratização, diversificação, descentralização e controle social, transformações que levariam, no longo prazo, ao Welfare Society. Outras observações defendem que mais importante

do que a crise financeira dos programas sociais é a necessidade de reorientá-los para uma forma mais efetiva de combater a pobreza e a desigualdade social. Como problemas principais, destacam-se: a inadequação da atenção às famílias de baixa renda; o não atendimento dos que não trabalham ou possuem vínculos temporários ou parciais de trabalho; o preconceito e o caráter curativo e não preventivo da assistência à saúde. Alertam também, para os problemas na distribuição de renda, que, com os programas até então praticados que acabam por concentrar a maior parte dos benefícios nas mãos dos mais abastados.

As críticas feitas pelos progressistas aos programas sociais dão conta da necessidade de mudança nestes para a prevenção e a solução real do problema da pobreza, diferentemente dos conservadores, que pregam a total ineficiência e inviabilidade do sistema. Há também os defensores da idéia de que o único grande problema a ser resolvido para manutenção dos programas sociais é a redução da fragilidade destes frente às crises econômicas, pois estas crises reduzem o poder de financiamento do Estado na área social. Para estes, a solução passa por repensar a forma de financiamento dos programas sociais, para que não enfraqueçam ou desapareçam em tempos de crise econômica.

O discurso dos conservadores identifica-se com a ortodoxia para explicar a crise do Welfare State. Cabe salientar que, para estes, realmente existe uma crise. Nesta concepção, a crise se alimenta pela própria dinâmica de funcionamento e forma como estes programas foram se estruturando. Os argumentos utilizados dão conta de que pode-se atribuir a expansão do gasto social: à inflação, à redução dos investimentos e por conseqüência, ao desemprego. Para os conservadores, os programas sociais reduzem a competitividade no mercado de trabalho, estimulam o desemprego e acabam por afetar a eficiência econômica, ou seja, não permitem que os mecanismos naturais do mercado possam trabalhar. Estes defendem também que a intervenção estatal nas sociedades democráticas gera um viés autoritário tendente ao totalitarismo. Draibe faz uma síntese da visão conservadora, baseada nos argumentos de Gilder sobre os efeitos gerados pelos gastos com bem-estar, onde diz que:

os gastos sociais e o emprego público não são linhas de defesa do gasto privado, ao contrário, o reduzem. Dessa forma, o que não pode haver é um déficit público para financiar os pobres e penalizar os negócios. A intervenção do Estado deve estar orientada para tudo o que favoreça em

empresas: menor controle, redução da tributação, principalmente sobre investimento e capital, subsídios e créditos para investimento em P&D. Só assim haveria crescimento, e o crescimento do setor privado é a melhor forma de combater a inflação. O que melhor deveria fazer o Estado, então, seria restringir-se a aumentar os lucros das empresas. (DRAIBE, 1998, p.8)

Apesar da clara divergência na interpretação da crise, ambas as formas de visualizar este período de dificuldades do Welfare State concordam em alguns pontos como: o caráter financeiro-fiscal da crise – fontes de financiamento vulneráveis e aumento dos gastos; o aumento da máquina pública; o excesso de burocracia e a centralização dos processos decisórios que reduz a democracia.

No Brasil a ampliação dos gastos sociais por parte do governo se deu num contexto muito particular, relativamente diferente do cenário internacional exposto até então. Segundo Medeiros (2001), o surgimento do Welfare State, no período próximo a 1930, está atrelado principalmente a questões políticas, já que os problemas de oferta e demanda ainda não se faziam importantes e a possibilidade de expansão da demanda efetiva se limitava a um pequeno número de trabalhadores. O objetivo desta discreta fase inicial de provimento de benefícios sociais pelo Estado foi o de oferecer alguma vantagem aos trabalhadores que se deslocavam para o que seria o novo motor da economia brasileira, o setor industrial. Deve-se destacar também, que a sociedade da época, bem como o Estado, tinha um perfil conservador e não aceitava com facilidade a emergência de possíveis lideranças trabalhadoras. Para suprimir possíveis movimentos trabalhistas, o Welfare State brasileiro antecipava algumas demandas sociais, medidas que atendiam aos anseios sociais e colaboravam para a manutenção de uma sociedade harmônica.

Nas décadas seguintes, novos programas sociais foram criados e os trabalhadores tiveram acesso a um leque maior de serviços públicos. Porém este acesso continuou restrito aos trabalhadores formais urbanos. O Estado de Bem-Estar brasileiro não atingia os trabalhadores rurais e a massa que encontrava-se fora dos registros formais trabalho. Na área da saúde, o acesso limitava-se à população incluída no sistema de previdência social. O Estado mobilizava seus recursos e esforços na ampliação do Processo de Substituição de Importações e, para tanto, criou instituições importantes (IBGE, SENAI, SESI), grandes estatais (CSN, Vale do Rio Doce) e promoveu ajustes na Legislação Trabalhista, prevendo gastos sociais com qualificação profissional e saúde ocupacional.



Segundo Medeiros (2001), na década de 1960, com a chegada dos militares ao poder, as políticas sociais sofreram mudanças significativas. O argumento central relaciona-se com a máxima: Primeiro crescer e depois redistribuir. Portanto, o incremento dos gastos sociais estaria diretamente relacionado ao desenvolvimento econômico. Contudo, as políticas sociais nos governos militares foram ampliadas e o Estado passou a oferecer serviços sociais básicos a uma camada maior da população. Como a questão da renda estava destinada a soluções futuras, tornava-se importante manter de alguma forma, a estabilidade política e a legitimidade do Governo necessárias ao crescimento econômico. Com este fim, implementou políticas sociais de cunho assistencialista.

Com o aumento dos gastos sociais do Estado em programas assistenciais, a iniciativa privada passou a interessar-se pela prestação de serviços sociais como: educação, saúde, habitação e previdência. As políticas sociais acabaram por colaborar com o desempenho do setor privado, o qual se desenvolvia de forma a defender seus próprios interesses, independente das reais necessidades da população. Apesar do incremento verificado no período, poucos novos extratos populares passaram a ser atendidos, mantendo-se o caráter assistencial seletivo, que privilegia os trabalhadores urbanos formais e seus dependentes. Abrucio (1998, p. 22) argumenta:

o fato é que houve, da década de 60 até o final dos anos 80, um crescimento significativo das políticas sociais e do contingente de pessoas atingidas por esses programas governamentais; mas mesmo assim não se conseguiu constituir um Welfare State universalista, uma vez que houve a concentração de gastos em determinados grupos sociais que tinham maior poder de representação.

Junto à abertura política brasileira veio uma severa crise mundial, fruto da segunda crise do petróleo, a qual atingiu significativamente o esboço de Welfare State que se instalara no Brasil. As políticas sociais passam a ter ainda mais problemas de financiamento como todos os outros setores da economia. Porém, é na “década perdida” que retornam as eleições diretas para presidente e que se estabelece a Assembléia Constituinte, que, em 1988, entrega à nação uma nova Constituição que traz, na forma de direitos individuais e coletivos, uma série de obrigações para o Estado perante sua sociedade. Apesar do amparo legal, os programas de atenção social passam a ser implantados na década seguinte, após

um período de desmanche do setor público e de desorientação generalizada do aparato estatal. Na saúde, por exemplo, o acesso universal é contemplado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual será abordado com mais profundidade posteriormente.

## 2.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A obra de Piola, Viana e Vivas-Consuelo (2001) possui uma divisão interessante dos modelos de atenção à saúde: o modelo contributivo ou germânico – ancorado no financiamento por cotização de trabalhadores e empresários – e o modelo anglo-saxão ou assistencial – financiado por impostos gerais. Estes dois modelos básicos, datados do início do século XX, formam a principal base dos sistemas modernos de saúde. Como exemplo do modelo contributivo, cita-se a Alemanha em 1883, seguida pela Bélgica em 1884 e, nos anos seguintes, França e Luxemburgo. Os sistemas nacionais de saúde nasceram na Inglaterra, na década de 40, e espalharam-se por boa parte da Europa de forma similar.

O modelo norte-americano, segundo Andrade e Lisboa (2000), é o único, entre os de países desenvolvidos, com reduzida participação do Estado no financiamento e na gestão do setor de saúde. Por volta de 1960, a participação do Estado girava em torno de 1% do PIB, para um gasto total de aproximadamente 5% e quase todos os serviços providos pelo setor privado, os quais eram financiados, principalmente, por seguradoras e planos de assistência. No objetivo de corrigir falhas de mercado, que acabaram por excluir alguns grupos sociais do mercado de saúde, o governo americano criou em 1965 dois programas para atender a população com mais de 65 anos e as famílias de baixa renda, chamados Medicare e Medicaid, respectivamente. A partir de então, os gastos com saúde aumentaram significativamente, elevando-se de 5% para 8% do PIB. A elevação verificada nos gastos e a perspectiva de aumento continuado motivaram a criação do Managed Care em 1973, o qual se estruturou a partir de contratos entre as instituições que gerenciam o financiamento e os provedores de serviços. Este tipo de medida flexibilizou contratos e estimulou a competição entre os prestadores, o que resultou

numa queda significativa nos custos do seguro-saúde, bem como numa maior eficiência dos serviços prestados. Esse conjunto de novidades não reduziu o papel do Estado no setor de saúde, pois a este coube a tarefa de garantir a sustentabilidade financeira dos seguros.

Retomando Piola, Viana e Vivas-Consuelo (2001) verifica-se que, para a América Latina, por sua condição de desenvolvimento econômico e social, os sistemas foram se estruturando combinando os dois modelos de cobertura (contributivo e assistencial). Neste sentido, o Estado assumia a parcela da população que encontrava-se fora da atividade formal e não segurada socialmente. Esses modelos normalmente trazem diferenças significativas na qualidade e quantidade dos serviços prestados, com maiores prejuízos aos atendidos somente pela cobertura pública. Levando em consideração as características particulares da América Latina, pode-se classificar as formas de organização dos sistemas de saúde em quadro modelos distintos:

1 – Sistemas públicos integrados: implementados em países como, Costa Rica, Cuba e em países do Caribe de língua inglesa. Prevê acesso universal de forma semelhante ao sistema nacional de saúde inglês, unindo a cobertura pela seguridade social e o setor público. O setor privado funciona como cobertura suplementar para os que desejam e podem ter acesso a padrões diferenciados. Esse modelo, por ser financiado pelo setor público, é de difícil manutenção, principalmente por garantir acesso gratuito às camadas mais carentes da sociedade.

2 – Sistemas segmentados ou fragmentados: combinam previdência social financiada por cotas impostas aos trabalhadores do setor formal, sistema privado para os que podem financiar, intervenções de saúde pública e prestação de serviços pelo Estado aos mais carentes. São encontrados na América Central, Paraguai, Bolívia, República Dominicana, Suriname e Guiana. Apesar do complexo arranjo, a cobertura nesses países é relativamente baixa e o sistema, por falta de regulação, permite a duplicação de cobertura entre outros problemas de organização e controle da rede.

3 – Sistemas públicos baseados em contratos: caso típico do Brasil aonde gradativamente o setor público, principal fonte de financiamento, vai se distanciando da prestação direta dos serviços e a terceirizando, através de contratos, a instituições públicas autônomas e a prestadores privados. No Brasil, os seguros privados oferecem cobertura em saúde para uma parcela significativa da população brasileira, algo em torno de 20%, o que não a exclui da cobertura pública garantida constitucionalmente através do Sistema Único de Saúde – SUS. O mercado privado de seguros de saúde divide a prestação de serviços com o Poder Público, gerando duplicidade de cobertura, principalmente para tratamentos de alto-custo.

4 – Sistemas de contratos privados: são encontrados na Argentina e no Uruguai e formam uma cadeia de contatos entre os diversos atores envolvidos na assistência à saúde. Esses contratos, além de contemplar as ferramentas de regulação do sistema, estimulam a competição.

Apesar das diversas formas de organização dos sistemas de saúde apresentados, é possível notar que os objetivos da universalidade, igualdade e da equidade estão contemplados, ao menos no que diz respeito à intenção das diferentes formulações. Países em desenvolvimento, além de responderem às crises econômicas e às do Welfare State, lutam para alcançar níveis mínimos provisão e qualidade de atenção à saúde agravados pelos problemas de financiamento.

## 2.3 REFORMAS SANITÁRIAS

### 2.3.1 Experiências Internacionais

Na segunda metade do século XX foram realizadas reformas sanitárias em todo planeta. A crise do Welfare State demandou alterações importantes na forma de provimento dos serviços e nos modelos de regulação envolvidos nos sistemas de saúde. A manutenção desses serviços exigiu reformas na direção de um sistema mais enxuto e equilibrado no seu custeio.

Abaixo, seguem algumas reformas sanitárias e mudanças importantes nos sistemas de saúde de alguns países, que podem, segundo Piola, Viana e Vivas-Consuelo (2001), ilustrar os principais movimentos realizados pelo poder público para a concretização desse objetivo.

- Reformas Sanitárias no Reino Unido e na Suécia (1980) – crise do Estado de Bem-Estar. Importaram o modelo dos Estados Unidos com a lógica da competição na provisão dos serviços, com a finalidade de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços. Outro fato importante é a separação das estruturas de financiamento, compra e provisão, gerando uma espécie de “competição pública”.
- Alteração do Sistema de Seguro da Holanda (1990) – redução das desigualdades entre os serviços oferecidos por diferentes seguros privados e promover a competição. A mudança baseou-se em estipular um pacote básico de cobertura para as diferentes seguradoras e um repasse de subsídios para as pessoas e operadoras, restando uma parcela de contribuição de cada segurado. O sistema encontra dificuldades para estimular a competição devido à proteção dos direitos dos consumidores.

- A Seleção de Riscos em um Sistema Segmentado do Chile (1980) – reforma de cunho mais radical da América Latina que contemplava dois sistemas de seguro alternativos: a) o público – mantido por impostos e encarregado da administração dos serviços sanitários públicos; b) o privado – seguros médicos privados que se financiam por contribuições ajustadas por riscos. Este tipo de sistema obteve êxito na eliminação das duplicidades de cobertura, porém dividiu a assistência em classes sociais, deixando os ricos com direito ao privado e os pobres para o sistema público.
- Pluralismo Estrutural na Colômbia (1993) – funções de regulação, financiamento e provisão de serviços atribuídas a entidades jurídicas independentes e a criação do Fundo De Solidariedade Garantida, que financia assistência médica (pacote básico) para as pessoas sem capacidade de pagamento. A implantação deste sistema proporcionou um aumento significativo de cobertura, deixando de fora do sistema basicamente os trabalhadores informais e os chamados “deslocados” vitimados pelos conflitos sociais do país.
- Reforma no Uruguai (1970) – consistiu em aumentar a cobertura e a equidade entre os trabalhadores formais e a eficiência do sistema público para a população sem cobertura. A reforma substituiu a estrutura anterior, baseada em instituições mutualistas, por empresas administradoras de planos de saúde chamadas de Instituições de Assistência Médica Coletiva.
- Reforma na Argentina (1995) – concentrou-se em corrigir discrepâncias de cobertura e de qualidade, melhorar o acesso à atenção básica, principalmente para os mais carentes e aumentar a eficiência do setor público. Foi criado um pacote mínimo obrigatório e os hospitais públicos passaram para o controle das províncias e com autogestão.

Apesar das diferentes formas de ação, é possível identificar que os modelos de reforma aqui apresentados rumam na direção da manutenção da responsabilidade pública de garantir o acesso da sociedade à saúde, e mais, movimentam-se em direção da ampliação da cobertura. Pode-se deduzir também,

que o objetivo de tornar as estruturas mais eficientes, menos burocratizadas e mais democráticas é comum entre os diferentes modelos de intervenção. Enfim, há uma forte identificação das ações de enfrentamento da crise com os pensamentos progressistas apontados no já citado texto de Sonia Draibe.

### **2.3.2 Reforma Sanitária no Brasil**

Um breve histórico da evolução das reformas sanitárias e dos eventos importantes ocorridos no Brasil servirá de base importante para o entendimento das origens do Sistema Único de Saúde.

Na mesma direção dos países citados acima, os agentes responsáveis pelas orientações do sistema de saúde brasileiro, também buscaram intervir nos rumos do setor a fim de preservá-lo e qualificá-lo. Conforme Barros, Piola e Viana (1996), o Estado brasileiro vem provendo ações em saúde desde sua origem. No início, de forma menos intensa, com ações de saúde pública direcionadas e campanhas de prevenção. Com o advento da industrialização e o processo de desenvolvimento do país, as ações de saúde implementadas pelo Poder Público cresceram significativamente, pois tornava-se fundamental a manutenção da força de trabalho envolvida nos setores estratégicos da economia industrial que se fortalecia.

As ações médicas incorporam os serviços de saúde oferecidos à população. Fato relevante na época foi a Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou as primeiras Caixas de Assistência e Previdência. Nesse contexto, ficaram definidas as regras de acesso que marcaram o caráter excludente do sistema que perdurou por décadas. Ao vincular saúde e previdência, o Estado determinou que somente a pequena parcela de trabalhadores urbano-industriais teria acesso à cobertura assistencial de saúde.

A partir dos anos 70, políticas de saúde mais abrangentes começam a ser incorporadas de forma gradual, tais como a implantação do FUNRURAL, que incluiu parte da população rural; o Plano de Pronta Ação (PPA), que estendeu o direito de atendimento de urgência e emergência à toda população, independente do seu vínculo com a previdência; o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e

Saneamento (PIASS), que colaborou para que a atenção básica fosse oferecida fora dos grandes centros urbanos; e as Ações Integradas de Saúde (AIS), que estabeleceram parcerias entre estados e municípios para a ampliação da cobertura médico-hospitalar à população sem cobertura previdenciária.

Em 1982, o Plano CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária sugeriu algumas medidas para controlar os gastos e expandir a assistência, tendência verificada no Welfare State de modo geral. As principais linhas desse plano são: i) reversão do modelo centrado no atendimento hospitalar; ii) melhoria na utilização dos fatores no setor público; e iii) qualificação da rede para aumento da produtividade e uso racional dos recursos. O CONASP contribuiu para melhorias posteriores na ampliação de cobertura e reintegração das esferas estaduais e municipais. Nesse período consolidou-se o movimento pela reforma sanitária no Brasil, o qual defendia: i) melhorar as condições de vida da população; ii) reconhecer a saúde como direito social universal; iii) estabelecer a responsabilidade do Estado; iv) centrar o modelo nos princípios da integralidade e equidade na atenção e; v) descentralizar as responsabilidades pela ação e prestação dos serviços. A legitimação do movimento veio com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a aliança política em torno desses objetivos, que acabam por participar das discussões na Assembléia Nacional Constituinte e integrar a Constituição de 1988.



### 3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

Os episódios que levaram à constituição de um movimento sanitário no Brasil levaram também ao nascimento do Sistema Único de Saúde – SUS, que é considerado por boa parte dos profissionais de saúde como uma conquista da sociedade brasileira, pois, como política de Estado, promove a justiça social e reduz as desigualdades na assistência à saúde.

#### 3.1 ORIGENS DO SISTEMA

A relação a seguir detalha os eventos significativos até a concretização do SUS, baseada na Mostra Virtual SUS 20 Anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009):

1941 – 1º Conferência Nacional de Saúde – Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência.

1950 – 2º Conferência Nacional de Saúde – Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde de trabalhadores e gestantes.

1953 – Criação do Ministério da Saúde.

1961 – Instituído o Código Nacional de saúde.

1963 – 3º Conferência Nacional de Saúde – Proposta inicial de descentralização da saúde (Tema contemporâneo, apesar dos mais de 40 anos).

1967 – 4º Conferência Nacional de Saúde – Recursos humanos necessários às demandas da saúde do país.

1975 – 5º Conferência Nacional de Saúde – Elaboração de uma política nacional de saúde. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância.

1977 – 6º Conferência Nacional de Saúde – Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços.

1978 – Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários – evento da Organização das Nações Unidas (ONU) realizado em ALMA-ATA

(Casaquistão – URSS), que consolidou o documento conhecido como: DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA – Saúde Para Todos no Ano 2000. O título da conferência demonstra sua importância e mostra que, passados 30 anos, ainda há muito a ser feito. No texto da declaração encontram-se 10 tópicos relacionados à atenção à saúde.

1980 – 7º Conferência Nacional de Saúde – Inspirada em Alma-Ata, inferiu sobre a implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde – PrevSaúde. Extensão das ações de Saúde por meio dos serviços básicos.

1986 – 8º Conferência Nacional de Saúde – Marco da reforma Sanitária. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial.

1988 – Definição na Constituição Federal – Saúde é um direito de todos e dever do Estado.

1990 – É regulamentado o SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS através das Leis nº 8.080 e nº 8.142.

Após 1988 foram realizadas mais cinco Conferências Nacionais de Saúde, todas relacionadas à saúde pública e com forte apelo de defesa do SUS.

### 3.2 CONSTITUIÇÃO DE 1988

O texto constitucional (BRASIL, 1988) merece atenção especial para o bom entendimento de como a assistência universal em saúde passou a ser vista no Brasil. Alguns artigos serão expostos com esse propósito.

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Esse artigo traz um novo olhar sobre a oferta de serviços de saúde no Brasil, pois reconheceu a saúde como direito social e estabeleceu novas diretrizes de organização de ação do Estado nesta área. A seção II da Constituição trata da Saúde e daí pode-se selecionar mais três artigos relevantes.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Neste, fica explícito o compromisso do Estado com o provimento da saúde e quando refere-se às políticas sociais e econômicas, aproxima a saúde com a idéia de desenvolvimento. Cabe ressaltar o caráter preventivo que contraria a forma vigente de prestação de serviço, que privilegia a atenção curativa em regime hospitalar.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

O artigo 197 da conta do dever estatal de zelar pelo bom funcionamento do sistema e de sua obrigação de prestar os serviços. Nos próximos capítulos será possível identificar que a compra de serviços se sobrepõe à prestação direta.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Desta forma, além de reforçar a prioridade do trabalho de prevenção, a Constituição direciona a administração do Sistema de Saúde também para as periferias e distribuiu responsabilidades entre as diferentes esferas de Governo. Essa divisão está contemplada na Constituição, bem como a forma de divisão dos recursos entre as três esferas, de acordo com a matriz tributária vigente.

Segundo Barros, Piola e Viana (1996), o SUS, no que tange a sua legislação, é pautado doutrinariamente por três princípios: universalidade, integralidade e equidade. Esses elementos apontam para um sistema que: i) estabeleça prioridades nos diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção e recuperação); ii) proporcione acesso gratuito a todos, independentemente do nível de complexidade e da esfera de governo responsável; iii) promova a vigilância sanitária; iv) garanta a publicidade das informações para controle social. Consequentemente, o sistema se

orienta para ações de prevenção e vigilância o que contraria a lógica até então estabelecida da assistência médico-hospitalar.

Barros, Piola e Viana (1996) definem o SUS como:

[...] uma imagem-objeto cujo alcance exige radical transformação do sistema até então vigente, tanto da perspectiva dos princípios que o regem quanto do modelo de atenção e, por consequência, das práticas sanitárias e da organização institucional.

A diretriz de descentralização da gestão da saúde foi uma das novidades mais importantes da Constituição de 1988 e começou efetivamente a ser realizado na metade da década de 90. Esse aspecto é fundamental ao se levar em conta as dimensões territoriais brasileiras e as diferenças regionais existentes. A descentralização dividiu responsabilidades entre as três esferas de governo, deixando para os municípios as principais atribuições na administração do Sistema de Saúde. Esse processo, somado às mudanças realizadas na forma de distribuição dos recursos, tornaram o sistema mais eficiente e colaboraram para a redução das desigualdades no acesso. A questão do financiamento será abordada a seguir.

### 3.3 FINANCIAMENTO

Os problemas relacionados ao financiamento de políticas públicas de cunho social são comuns no mundo capitalista e, como já visto anteriormente, tiveram agravos significativos na década de 80. No Brasil, a situação não era em nada diferente, possivelmente até mais grave, levando-se em conta as dificuldades estruturais pré-existentes. Contudo, no caso brasileiro, o enfrentamento da crise por si só não se fazia suficiente, pois a Constituição de 1988 e a criação do SUS trouxeram novas obrigações para o Estado, as quais, inevitavelmente, precisaram de recursos para seu provimento.

Usando o exposto por Mendes e Marquez (2009), é possível traçar uma trajetória do financiamento da saúde no Brasil, e de que forma este vem sendo tratado nas duas últimas décadas. Primeiramente, deve-se ressaltar que antes da Constituição de 1988, a maior parte dos recursos da saúde disponibilizados pelo

Governo Federal era proveniente do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), que representava, em média, 80% do financiamento deste setor. Esta vinculação condicionava a disponibilidade de recursos para a saúde ao desempenho da economia, visto que as contribuições eram realizadas compulsoriamente por empresários e trabalhadores formais. Na década de 1980, conhecida como “década perdida”, o problema de financiamento agravou-se ainda mais, devido ao fraco desempenho econômico brasileiro.

Após a Constituição de 1988, com a inserção de novos direitos como a universalização do acesso à saúde, também ampliaram-se as fontes de financiamento das áreas sociais que, além dos recursos da previdência, passaram a contar com a Contribuição sobre o Lucro Líquido (CSLL). Os deputados constituintes previram a criação do Orçamento da Seguridade Social (OSS), com funcionamento independente do Orçamento da União. O OSS contaria com recursos oriundos dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, acrescidos das contribuições sociais incidentes sobre a folha de pagamento (empregados e empregadores), faturamento e lucro das empresas. Foi prevista ainda, a destinação de 50% da receita auferida com os concursos do tipo loteria, para a composição desse orçamento. O SUS, por força de Lei Complementar, ficaria com 30% desses recursos. A esses valores deveriam ser somados percentuais dos orçamentos das outras esferas de governo, porém a Constituição não definiu regras de como esse repasse seria feito, o que se resolveu somente com a Emenda Constitucional nº 29 de 2000. Outra fonte significativa de recursos foi a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), que veio a se somar às outras fontes já estipuladas. Como agravamento, pode-se destacar que, apesar da previsão de fontes de recursos feita pelos constituintes, nenhum governo pós-1988 cumpriu com o determinado.

A evolução do financiamento do SUS é cercada de conflitos gerados pelos constantes ataques feitos aos percentuais determinados à saúde em favor de outras áreas. Entre 1989 e 1993 a Previdência Social foi apoderando-se de fatias cada vez maiores dos recursos destinados ao financiamento da saúde, até que no ano de 1993, todas as contribuições de empregados e empregadores passaram para Previdência junto a percentuais de outras fontes destinadas à Seguridade. O colapso nas contas da Previdência fez com que os problemas de financiamento do

SUS se agravassem ainda mais. Outro agravante significativo se deu em 1994, quando da criação do Fundo Social de Emergência, atualmente substituído pela legislação de Desvinculação das Receitas da União (DRU) que, entre outras medidas, desvinculou 20% da arrecadação das contribuições sociais de suas finalidades, deixando-as à disposição do governo.

A forma alternativa de prover recursos, encontrada pelas autoridades responsáveis da época, foi a criação do Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF) em 1994, o qual só veio a funcionar em 1997, mas como contribuição social. A CPMF passou a representar, nos anos seguintes, mais de um quarto do total das fontes de financiamento. Contudo, devido ao uso dos recursos da CPMF em outras áreas e a redução dos repasses da COFINS e da CSLL, o resultado não correspondeu ao esperado. Destaca-se também o fato de que as contribuições sociais dominaram o financiamento da saúde no período entre 1993 e 2005, contribuindo, após a criação da CPMF, com somas superiores a 70% do total arrecadado.

Em 2000, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, a Emenda Constitucional 29 (EC 29) estabeleceu os parâmetros de participação dos estados e municípios no financiamento da área da saúde. A EC 29 determinou que os estados e municípios devem alocar no primeiro ano, no mínimo 7% de suas receitas, e que este percentual deve subir até que os estados e municípios contribuam com no mínimo 12% e 15% respectivamente. Para a União, a Emenda determinou um acréscimo anual de 5% no orçamento e que este deva ser corrigido pela variação do PIB nominal, porém omitindo-se de determinar a fonte dos recursos.

Em 2003 começaram os esforços para aprovação do Projeto de Lei que regulamenta a EC 29, o denominado PLP 01/2003, o qual se destaca pelo aumento da base de cálculo para a vinculação dos recursos da União, com o valor mínimo de 10% da sua receita bruta corrente, o que traria a possibilidade de incrementos significativos no gasto per capita do Ministério da Saúde. Outro assunto relevante tratado nesse Projeto, dá conta das despesas que podem ser consideradas desta área e das que não se enquadram como ações e serviços de saúde.

O PLP 01/2003 continua tramitando no Congresso Nacional. Ganhou algum destaque em 2007, com a discussão quanto à manutenção da CPMF, que mobilizou a base governista na aprovação desta, discutindo uma nova proposta ao PLP

01/2003, que contemplaria ganhos escalonados na participação da CPMF. Contudo, com a não aprovação do Senado, a proposta do governo foi retirada. Cabe ressaltar que o Senado extinguiu a CPMF e não indicou fonte substituta dos recursos, que significaram mais de R\$ 12 bilhões em 2006.

O governo, segundo matéria vinculada no sítio [www.servidorpublico.net](http://www.servidorpublico.net) em setembro de 2009, declara estar trabalhando, junto com a base governista na Câmara dos Deputados, na aprovação da Lei Complementar 306/08, que trata de assuntos atinentes ao PLP 01/2003, ou seja, regulamenta a EC 29. Contudo, o Ministério da Saúde (MS) destaca as dificuldades encontradas, já que a matéria voltará ao Senado devido às alterações sofridas. A proximidade com o pleito eleitoral também prejudica a votação, visto que aumentos na carga tributária normalmente têm impactos negativos sobre o eleitor. O MS menciona não ter recursos para o exercício vigente de 2009 e muito menos para cobrir os gastos com a campanha de combate à gripe suína.

Mendes e Marquez (2009), conclui que não há esforços dos governos pós-Plano Real na direção de resolver os problemas de financiamento com aumento dos recursos destinados à área da saúde e nem com a definição de fontes exclusivas de recursos. Pode-se afirmar que, salvo a ocorrência de mudanças no cenário econômico, somadas a uma melhor definição dos recursos destinados a atenção à saúde, o SUS continuará a enfrentar dificuldades no cumprimento de seus deveres constitucionais de universalidade e equidade.

## 4 O SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO

### 4.1 HISTÓRICO

Notoriamente, segundo Santos (2007), a história dos hospitais no Brasil está diretamente ligada à história da medicina brasileira, onde alguns segmentos como a igreja, o exército e as comunidades estrangeiras, atuaram expressivamente para o surgimento dos hospitais brasileiros. Em 1727 começa a funcionar o primeiro serviço hospitalar militar no Rio de Janeiro, que daria origem ao Hospital Real Militar. As Santas Casas destinavam-se ao atendimento de uma ampla variedade de excluídos como órfãos, mães solteiras, velhos, pobres e doentes.

Os primeiros hospitais vinculados a comunidades estrangeiras também tinham caráter polivalente, com destaque para as Beneficências Portuguesas, que prestavam assistência financeira, social e médica aos recém chegados de Portugal. Surge em 1855 o Real Hospital Português de Beneficência do Recife e, no período seguinte, em Salvador, Rio de Janeiro e São Paulo.

Os imigrantes, concentrados principalmente em São Paulo e na Região Sul do país, também acabaram por estimular a criação de hospitais voltados ao atendimento de seus patrícios. Em 1904 os estrangeiros mais abastados fundam o Hospital Umberto I e em 1923 é inaugurado o Hospital Alemão da capital paulista. A comunidade japonesa dá sua contribuição em 1924, abrindo as portas do Hospital Santa Cruz. Porto Alegre receberia seu Hospital Alemão em 1927.

A entrada do Brasil na II Guerra Mundial, a favor dos aliados, trouxe consigo o confisco de propriedades alemãs, italianas e japonesas. As instituições foram nacionalizadas, passaram a ser dirigidas por médicos brasileiros e foram rebatizadas, por exemplo: o Hospital Alemão de Porto Alegre passou a se chamar Moinhos de Vento e o de São Paulo de Osvaldo Cruz. Com o final da guerra, a posse da maioria dos hospitais foi devolvida.

Com o advento das campanhas sanitárias, começam a surgir hospitais públicos de porte e especializados. Essa tendência espalhou-se cada vez mais pela República. Alguns hospitais públicos se incorporaram a Faculdades de Medicina, dando origem aos hospitais-escola, até hoje consagrados como centros de



excelência em atendimento de alta-complexidade, pesquisa e formação de mão-de-obra.

#### 4.2 DISTRIBUIÇÃO E CARACTERÍSTICAS

Nas próximas linhas serão expostas informações relevantes quanto à estrutura hospitalar e seu papel no sistema de saúde brasileiro. Essas informações servirão como base para o melhor entendimento do setor e, posteriormente, como base comparativa para os dados do Rio Grande do Sul.

Com base em La Forgia e Couttolenc (2009), o primeiro dado que chama a atenção é que no Brasil há aproximadamente 7.400 hospitais e 471 mil leitos, índice proporcionalmente semelhante aos de outros países de renda média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Um dos principais diferenciais do setor é a sua composição pluralista entre hospitais federais, estaduais, municipais, privados com lucro e filantrópicos. A tabela 1 ilustra esta distribuição.

Tabela 1 – Hospitais por Esfera

<i>Esfera</i>	Nº de hospitais	% do Total
<b>Público</b>		
Governo Federal	147	2,00
Governo Estadual	610	8,20
Governo Municipal	1.831	24,80
Subtotal	2.588	35,00
<b>Privada</b>		
Financiado pelo SUS	3.357	45,40
Não financiado pelo SUS	1.452	19,60
Subtotal	4.809	65,00
<b>Total</b>	<b>7.397</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE (2003) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

Os hospitais públicos são aqueles geridos por autoridades das três esferas de Governo e praticamente todos financiados exclusivamente pelo poder público. Entre eles há um predomínio de unidades administradas pelos municípios, 71%, e o restante fica, em sua maioria, sob responsabilidade dos Governos Estaduais. O

Governo Federal administra basicamente hospitais vinculados a universidades, através do Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC).

Na esfera privada é que se encontram a maioria das unidades hospitalares, as quais representam 65% do total, sendo que entre estas, cerca de 70% recebe financiamento público. Este dado mostra o peso do setor privado na prestação de serviços hospitalares e, quando somado ao setor público, mostra a importância dos recursos públicos, os quais colaboram integralmente ou parcialmente com o financiamento de aproximadamente 80% do total de unidades disponíveis no setor.

La Forgia e Couttolenc (2009) demonstram a ligação existente entre o tamanho dos hospitais, as decisões políticas e a distribuição dos leitos por esfera. O setor hospitalar brasileiro é formado basicamente por pequenas unidades, que possuem em média 64 leitos e mais de 60% do total têm menos de 50 leitos. A figura 1 mostra a participação dos hospitais, segundo o porte, em cada esfera.

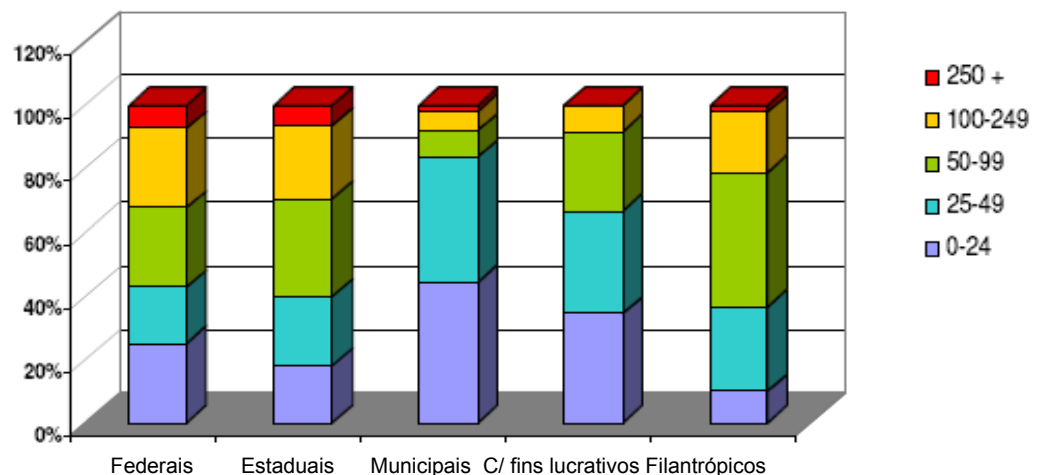


Figura 1 – Hospitais por Tamanho e Esfera, 2002

Fonte: Couttolenc (apud COUTTOLENC 2009)

Desde 1970, o número de hospitais aumentou cerca de 40%, porém o aumento significativo deu-se no setor público, e principalmente na esfera municipal, com unidades de 17 leitos em média. Levando-se em conta o período entre 1976 e 2002 este perfil de crescimento da oferta fica evidente, pois o setor público ganhou 1.620 hospitais e 27 mil leitos. Em termos percentuais: aumento de 170% no número de hospitais e de 23% no número de leitos.

O avanço das pequenas unidades é, em parte, resultado das políticas de investimento do SUS de expansão e descentralização da rede pública de hospitais,

as quais visavam o melhor acesso da população aos serviços. La Forgia e Couttolenc (2009) referem o aproveitando do lastro das políticas do Ministério da Saúde, por muitos políticos influentes no Congresso Nacional, que valeram-se de emendas parlamentares, para garantir investimentos na construção de pequenas unidades hospitalares municipais, as quais serviram para auferir benefícios políticos e cumprir com promessas de campanha de prefeitos recém-eleitos. Estes investimentos foram realizados, em grande parte, sem preocupação com o custeio dessas unidades, como se o simples fato de inaugurar um serviço hospitalar garantisse o aporte de recursos necessários para consolidação dos serviços, o que, definitivamente, não aconteceu. No período (1970 a 2002), marcado pelo avanço da democracia, as autoridades municipais figuraram como agentes principais da expansão da rede hospitalar brasileira. Outro desdobramento importante é que pequenas unidades hospitalares estão relacionadas à ineficiência, o que será abordado posteriormente.

Os dados apresentados por La Forgia e Couttolenc (2009) demonstram que os leitos hospitalares são relativamente bem distribuídos no território nacional, porém os dados utilizados estão desatualizados e os indicadores (tabela 2) sofreram alterações significativas e a tabela foi atualizada.

Tabela 2 – Indicadores Demográficos e de Saúde por Grandes Regiões do Brasil, 2005

Indicador	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Brasil
População	14.623.316	51.534.406	77.873.120	26.733.595	13.222.854	183.987.291
Leitos Hospitalares	27.163	115.857	191.453	74.558	34.179	443.210
Leitos (por mil habitantes)	1,86	2,25	2,46	2,79	2,58	2,41
Expectativa de vida (em anos)	71,60	69,70	74,10	74,70	73,70	72,70
Mortalidade Infantil (/mil NV)	25,00	35,60	17,70	16,10	18,90	24,30

Fontes: IBGE 2007; AMS 2005. NV = Nascidos vivos

A densidade de leitos em todas as regiões sofreu perdas e os índices afastaram-se da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que é de 3,1 leitos para cada mil habitantes, por exemplo, na região Sul o valor variou de 3,28 para 2,58 leitos/1000 habitantes. As regiões Norte e Nordeste melhoraram consideravelmente seus indicadores Socioeconômicos. No que tange aos índices de expectativa de vida ao nascer

subiram 67,4 anos para 71,6 e de 64,4 anos para 69,7, respectivamente, e a mortalidade infantil se reduziu no Norte de 35,2 para 25/mil NV e no Nordeste de 57,9 para 35,6/mil NV. Esses avanços podem estar atrelados às políticas de distribuição de renda do Governo Federal e ao avanço das políticas de saúde básica e dos programas de saúde da família.

Ao considerar perfis diferentes de municípios como: tamanho, se pertence à região metropolitana e se é capital do seu estado, sem levar em conta o critério regional, torna-se possível verificar que a distribuição de leitos se mantém equilibrada, como indica a tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição Geográfica da Infraestrutura Hospitalar

Grupo	População	Leitos	Leitos/mil
Brasil	174.632.960	471.157	2,70
Capitais	41.583.935	143.029	3,78
Áreas metropolitanas	69.497.490	186.228	1,74
Grandes municípios	29.542.522	98.977	3,41
Municípios de porte médio	17.082.060	50.986	3,00
Pequenos municípios	46.440.482	134.966	3,31
Municípios sem hospital	12.070.378	0	0,00

Fonte IBGE (2003) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

\* mais de 100 mil habitantes.

\*\* de 50 a 100 mil habitantes.

\*\*\* menos de 50 mil habitantes e não pertencentes a áreas metropolitanas.

Os dados acima mostram que o Brasil encontra-se numa condição favorável com relação à oferta de leitos, quando comparado a países de renda média da OCDE. Na tabela 4, encontram-se mais dados comparativos entre os padrões brasileiros e padrões internacionais. Este conjunto de indicadores ilustra uma realidade, de certa forma, contrária à pretensão deste trabalho. Uma análise superficial dos dados poderia induzir à conclusão de que o setor hospitalar brasileiro é proporcionalmente adequado, deixando as reivindicações populares e os longos deslocamentos a procura de atendimento sem justificativa. Nas divisões seguintes, outros elementos serão inseridos na tentativa de esclarecer tal controvérsia.

Tabela 4 – Padrões Brasileiros e Internacionais de Alocação de Recursos Hospitalares

Indicador	Brasil	OCDE
Porcentagem da população acima de 60 anos	8,1	20,1
Porcentagem da carga de doenças provenientes de DNT	55,0	85,3
Densidade de leitos (por mil habitantes)	2,70	3,10
Internações (por mil)	115	112
Pessoal hospitalar em porcentagem do total de saúde	56,50	64,70
Gasto hospitalar em porcentagem do gasto com saúde	67,00	N/D
Atendimentos de internação em porcentagem do gasto com saúde	43,00	41,60
Atendimento ambulatorial em porcentagem do gasto com saúde	31,80	32,50
Medicamentos prescritos em porcentagem do gasto com saúde	17,00	15,90

Fonte: IBGE; MS/DATASUS; Orçamentos públicos; OCDE 2005(apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009) N/D – dados não disponíveis; DNT – doenças não transmissíveis.

A importância dos hospitais fica evidente quando verifica-se que eles empregam 56% dos profissionais de saúde, que consomem 67% do gasto total com saúde e 70% dos gastos públicos na área. O setor também é responsável por quase  $\frac{3}{4}$  dos atendimentos de emergência (240 milhões de procedimentos) do sistema de saúde brasileiro e 27% dos atendimentos ambulatoriais, algo em torno de 162 milhões de consultas médicas.

A classificação do MS para os serviços de saúde prevê três níveis básicos de atenção: baixa complexidade – atenção primária, ambulatorial preferencialmente; alta complexidade – que contempla procedimentos de maior custo e uso de tecnologia - e a média complexidade – que absorve o que não se enquadrar nas outras duas áreas. A tabela 5 mostra como a atenção hospitalar se divide nestes níveis de atenção.

Tabela 5 – Gasto Hospitalar do SUS, por Nível de Atenção, 2002 (%)

Nível de atenção	Internações		Atendimento ambulatorial		Atendimento de emergência		% em relação ao gasto total
	Volume	Gasto	Volume	Gasto	Volume	Gasto	
Baixa complexidade	41,50	24,30	61,10	50,00	42,60	28,70	25,90
Média complexidade	51,50	48,30	38,90	50,00	57,40	71,30	50,90
Alta complexidade	7,00	27,40	N/D	N/D	N/D	N/D	23,20

Fonte: MS/Datasus (banco de dados da AIH); Matos (2002); SES-SP (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

La Forgia e Couttolenc (2009) argumentam, baseados nos dados acima, que o volume relevante de procedimentos hospitalares de baixa complexidade, bem como o gasto expressivo correspondente, indicam a utilização inadequada dos serviços hospitalares para tratamento de doenças que poderiam ser realizados em estruturas ambulatoriais. Também argumentam que o elevado número de casos não urgentes nos atendimentos de emergência revela que as pessoas não procuram as unidades básicas de saúde. Esses dados colaboram para a comprovação de como o sistema de saúde brasileiro é focado no atendimento hospitalar, em outras palavras, é hospitalocêntrico. Soma-se ainda o fato de que, mesmo com uma população mais jovem e com um perfil epidemiológico diferente (menor número de doenças crônicas não transmissíveis), o que pressuporia índices mais baixos de hospitalização, o Brasil possui níveis de utilização e gasto semelhantes aos dos países da OCDE (tabela 4).

#### 4.3 FATORES QUE INFLUENCIAM NO DESENVOLVIMENTO DO SETOR

##### 4.3.1 Informações e Indicadores

Parece deslocado o debate relacionado à disponibilidade e qualidade de informações, considerando os avanços tecnológicos nesta área (internet, e-mail...) disponíveis de forma relativamente barata e ao alcance da maioria da população em escala mundial. Porém, na área da saúde brasileira, apesar de certo volume de informações, estas são de pouca qualidade e utilidade e relativamente desconstruídas. O principal ponto é a falta de padronização nas informações e na especificação dos indicadores, o que gera, entre outras, as seguintes dificuldades:

- De medir desempenho;
- De identificar problemas;
- De estabelecer critérios comparativos e;
- De controle de qualidade.

Os aspectos relacionados nos próximos quatro fatores de influência dependem diretamente da disponibilidade e da qualidade dos dados existentes. Mesmo com gestores mais qualificados, sem dados de qualidade, a boa gestão hospitalar e do sistema de saúde pode ficar comprometida. Como definir padrões de remuneração baseado nos custos médios se não há informações relativas a esses? E, ainda, quando existem, estão condicionadas ao método escolhido pelo gestor da unidade, com pouca ou nenhuma preocupação com a padronização dos dados. Nesse ponto é importante destacar que há um número elevado de dados relacionados ao setor, porém estes não são padronizados e muitos possuem pouca validade analítica. Nesse sentido, como organizar uma rede com serviços distribuídos racionalmente e competências bem definidas, bem como sinalizar as oportunidades de investimentos alinhadas com os interesses do sistema como um todo? La Forgia e Couttolenc (2009) relacionam a disponibilidade e a qualidade das informações como condições fundamentais na busca continuada por excelência no setor hospitalar brasileiro.

#### **4.3.2 Coordenação entre prestadores (arranjos de rede)**

Essa é uma temática de elevada relevância para este trabalho. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), as políticas de saúde regionais não são articuladas nem dentro da própria esfera pública de prestação de serviços, ou seja: se nem no interior de cada esfera o sistema se organiza, em que situação ficam os inúmeros prestadores privados conveniados ao SUS? Os mecanismos de referência e contra-referência são pouco utilizados e os usuários podem ficar perdidos em meio à burocracia. Por sorte e com muita persistência, a população consegue resolver seus problemas de saúde.

Baseando-se nos argumentos de La Forgia e Couttolenc (2009), conclui-se, que as políticas de saúde precisam de articulação e divisão de tarefas bem definidas. Neste contexto, o mecanismo de agências de regulação tem sido uma ferramenta comumente utilizada, por exemplo. O Estado, principal financiador do sistema, pode influenciar, por força de contratos, os prestadores de serviço a

alinham-se às políticas regionais de saúde, incluindo nessa rede os da esfera privada. Os municípios, principalmente os pequenos, precisam romper suas fronteiras para poder viabilizar serviços na sua região. A criação de gerências intermunicipais, com autonomia para gerenciar todos os recursos, inclusive os humanos, poderia trazer viabilidade técnica e econômica na prestação de serviços de saúde.

Os consórcios regionais de saúde aparecem como uma boa alternativa de auxílio à integração de pequenas regiões. Abrucio (1998) defende que os consórcios intermunicipais representam uma experiência muito interessante no processo de descentralização da assistência iniciado pelo SUS. Apesar de amparados juridicamente desde a Constituição de 1937, os consórcios só surgiram como alternativa em meados dos anos 80. Basicamente, estas instituições são constituídas por um grupo de municípios vizinhos, independentemente do tamanho, onde todos têm uma relação de igualdade, portanto, sem subordinação hierárquica, o que preserva a autonomia de decisão dos governos locais. Os consórcios servem, principalmente para pequenos municípios, como forma de unir esforços para prestar serviços mais complexos à população, o que individualmente é mais difícil. Como são entidades formadas por representantes dos poderes municipais, também estão sujeitas a divergências políticas, muitas vezes prejudiciais à efetividade do trabalho.

Sem uma definição clara de sua participação no sistema de saúde, os hospitais acabam por abraçar um número elevado de atendimentos de baixa complexidade que, em muitas vezes, poderiam ser resolvidos no posto de atenção à saúde básica. A ausência de integração entre hospitais, unidades de atenção básica e serviços de diagnóstico, deixa o histórico de saúde da população fragmentado, tornando cada atendimento realizado como um episódio particular e não como uma sucessão de eventos que levaria à solução dos problemas dos indivíduos. A absoluta falta de integração das informações de saúde e a lentidão burocrática nos encaminhamentos gera duplicidade de procedimentos e a até a perda da validade de muitos entre uma avaliação e outra. Enfim, a presença de arranjos de rede regionais bem organizados poupa recursos e dinamiza o processo de atendimento da população, gerando maior eficiência alocativa, qualidade de atendimento e satisfação dos usuários do sistema.



### 4.3.3 Gestão (autonomia) e Eficiência Gerencial

La Forgia e Couttolenc (2009) destacam a importância de incentivar o fortalecimento da autonomia na gestão, na busca de mais eficiência e qualidade na prestação de serviços hospitalares. Os resultados encontrados (figura 2) entre os diferentes tipos de gestão também são diferentes. Os hospitais públicos de administração direta têm o pior desempenho entre todos os modelos de gestão, ficando atrás dos de administração indireta e principalmente dos autônomos. O melhor desempenho encontra-se nos hospitais privados e filantrópicos.

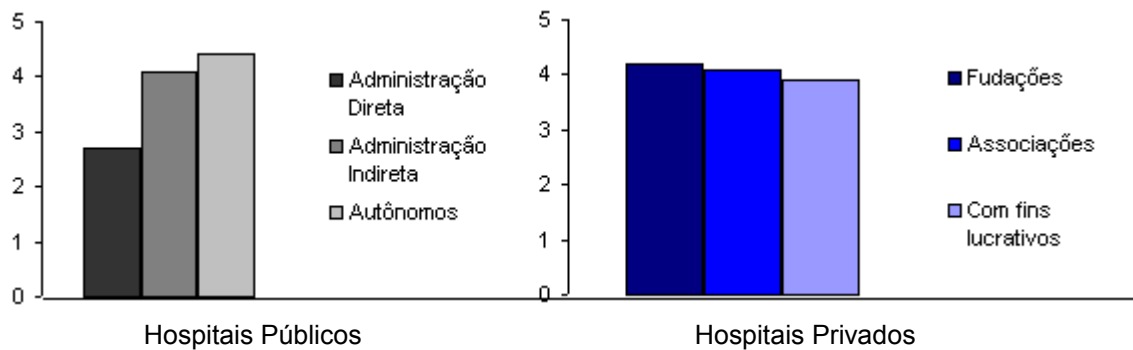


Figura 2 – Pontuação de Eficiência da Análise Envoltória de Dados (DEA), por Arranjo Organizacional e Esfera – Hospitais com mais de 50 leitos  
Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009)

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a rigidez administrativa com que se defrontam os administradores hospitalares do setor público os impede de fazer grandes melhorias, ou seja, os gestores possuem pouca autonomia. Por mais motivados que estejam, são limitados por instâncias superiores nos níveis de Secretarias da Saúde. Um bom exemplo é o gerenciamento dos recursos humanos pouco ou quase nada flexível. Outro agravante, segundo os autores é a pouca especialização dos gestores que, muitas vezes, são cargos de confiança escolhidos por questões políticas e sem especialização suficiente no setor. No caso dos hospitais privados e filantrópicos, os gestores normalmente são médicos ou diretores de mantenedoras que, por suas convicções ou por pressão do seu corpo clínico,

tomam decisões nem sempre economicamente eficientes e muitas vezes desalinhadas com o interesse do sistema de saúde.

Como avaliação inicial de melhoria pode-se citar: a autonomia dos hospitais públicos, o estímulo à competição e a pressão por resultados via contratos. Os hospitais privados também podem responder positivamente a estímulos contratuais do Poder Público, visto que muitos são quase que totalmente financiados pelo Estado.

#### **4.3.4 Modelo de Remuneração**

A base do sistema de remuneração do SUS é o sistema de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o Sistema de Informação ambulatorial (SIA), que podem ser definidos, de forma simplificada, como um conjunto de códigos com descrições e valores diferentes que se identificam com os procedimentos realizados nas unidades de assistência.

La Forgia e Couttolenc (2009) defendem que o sistema é bastante eficiente e que o principal problema consiste na falta de relacionamento do valor pago com o custo dos procedimentos realizados. Poucos procedimentos, normalmente os de alta-complexidade, são remunerados acima de seu custo e uma grande soma de procedimentos simples, ligados à atenção básica de saúde, são remunerados muito abaixo do seu custo. As discrepâncias podem chegar ao extremo de alguns códigos não contemplarem valores suficientes para cobertura de 30% do custo médio de alguns procedimentos. A figura 3 ilustra essa relação. Esse modelo de remuneração tem implicações sérias na organização do sistema. Os prestadores que não pertencem diretamente ao Poder Público, porém financiados por este, tendem a ofertar somente atendimentos complexos e de melhor remuneração.

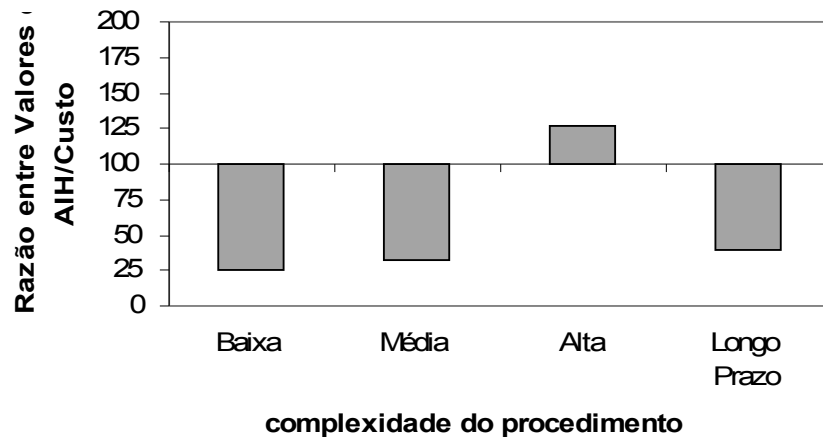


Figura 3 – Razão Média entre Valor de Tabela SUS e Custo, por Complexidade, 2002 (n = 107)  
 Fonte: Dias, Couttolenc e Matos (2004); (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

Os valores médios apresentados por La Forgia e Couttolenc (2009) pertencem a intervalos amplos, principalmente nos procedimentos de média e alta complexidade, variando entre 12% e 132% e entre 23% a 332% dos seus custos respectivamente. Nessas condições, é coerente deduzir que, além de optarem por níveis de complexidade mais elevados, os prestadores priorizam os procedimentos de melhor remuneração dentro de cada grupo. Segundo os autores, essa prática acaba por duplicar serviços onde não há necessidade, leva os agentes a fraudarem as contas hospitalares (trocar diagnósticos) e a produzir procedimentos desnecessários e até sem indicação. Os prestadores públicos, que prestam a assistência de remuneração deficitária (baixa complexidade), economizam em qualidade para conter seus custos. Além disso, recorrem ao financiamento público (subsídios e verbas de incentivo), sem contrapartida produtiva, para cobertura de seus prejuízos. O mesmo ocorre nos hospitais privados e filantrópicos envolvidos na prestação de serviços básicos de saúde para o SUS. Estes últimos também repassam parte de seus prejuízos para outras fontes pagadoras, majorando os preços praticados no mercado para os planos de saúde, cooperativas e particulares.

As questões relacionadas à remuneração dos serviços hospitalares também passam pelo poder que o Estado possui de influenciar nas decisões dos agentes. Como é a principal fonte pagadora, pode, através dos mecanismos de pagamento, alinhar a prestação de serviços e as decisões de investimento com os interesses do sistema como um todo. Para tanto, as tabelas precisam ser revistas na intenção de

relacionar os valores pagos aos custos médios dos procedimentos. Poder-se-ia avançar ainda mais e gerar incentivos financeiros (procedimentos pagos acima do seu custo médio) para a criação de serviços em que o sistema carece de oferta e condicionar os repasses ao desempenho dos prestadores. Enfim, esta temática é digna de um trabalho específico e de maior profundidade, pois as mudanças no modelo de remuneração vigente poderiam colaborar significativamente na correção de distorções na alocação dos recursos e na equidade do SUS.

#### **4.3.5 Decisões de Investimento**

As decisões de investimento no setor hospitalar obedecem à mesma lógica descrita até agora: pouca identificação com o interesse do sistema de saúde, pouca qualificação de quem toma a decisão de investir e quase nenhuma interferência do Poder Público no direcionamento destes investimentos.

La Forgia e Couttolenc (2009) destacam mais de uma vez que um dos principais motivadores da tomada de decisão é o retorno financeiro. Parece lógico e apropriado esse propulsor de investimentos, porém para o sistema ele não é necessariamente saudável. Na atual formatação, o retorno financeiro direciona as inversões de capital para poucas áreas que, por certas vezes, encontram-se desalinhadas com os interesses do sistema de saúde. Esses investimentos, se realizados em áreas previamente estabelecidas, proporcionariam retorno assistencial mais efetivo. Para isso, o modelo de remuneração precisaria se ajustar e incentivar essas iniciativas. Levando-se em conta o princípio básico da economia que os recursos, a princípio, sempre são escassos, a tomada de decisão por investir num setor sabidamente de alta tecnologia e alto custo deve ser cercada de cuidados para não imobilizar recursos de forma equivocada. Novos serviços geram novas demandas, independente da real necessidade de oferta. Uma vez aberto um serviço de atenção, este gerará alguma demanda, neste caso, haverá uso forçado dos recursos, motivado pelo esforço dos prestadores em realizar lucros e reaver os valores investidos

Os autores La Forgia e Couttolenc (2009) sugerem que as decisões de investimento podem ser reguladas pelo Governo, impedindo e/ou incentivando a implantação de serviços de alta complexidade, num sistema de prévia autorização e adequação às necessidades do sistema e de coordenação da rede. Novos serviços e até mesmo a ampliação de unidades já existentes devem ter seus projetos aprovados anteriormente. Eventualmente, as áreas preferenciais de investimento poderiam ser previamente sinalizadas. Esse tipo de relação entre investidor e órgão regulador tornaria as relações capitalistas mais transparentes e reduziria a assimetria de informação tão danosa para a tomada de decisão dos agentes econômicos. Fica implícita a idéia de regulação por via de incentivos, visto que, quando se propõe um novo modelo de remuneração, acredita-se incentivar os donos do capital a investir em uma área em detrimento de outra.

É preciso lembrar das decisões tomadas por interesses eleitoreiros ou para cumprir com promessas de campanha. Essas dificilmente enquadram-se nas necessidades assistenciais da população e contribuem para oferta desordenada de leitos e de estruturas assistenciais subutilizadas. Neste caso retoma-se a idéia de estruturas autônomas de regulação e gestão desvinculadas dos mandatos dos governantes e que teriam a capacidade de dar continuidade à execução de programas de longo prazo regionalizados e alinhados com o sistema de saúde e com as reais necessidades da população.

#### 4.4 FINANCIAMENTO E GASTO HOSPITALAR

No capítulo anterior o tema financiamento foi abordado para ilustrar como o setor público, depois das garantias constitucionais, passou a obter recursos para financiar as ações do SUS. Agora, este tema será tratado com a intenção de esclarecer, de forma breve, como os valores se alocam nas estruturas hospitalares e qual é a participação de outras fontes de financiamento no setor. Com relação aos gastos, a abordagem apresentará como os recursos são distribuídos nas diferentes classificações do setor.

Os dados disponibilizados por La Forgia e Couttolenc (2009) para o ano de 2002, dão conta de um gasto total no Brasil com atenção hospitalar estimado de R\$ 47,3 bilhões, soma que representa 67% dos 70,4 bilhões do total do gasto com saúde. Na figura 4 pode-se observar a divisão entre as fontes de financiamento, em que a fatia do SUS representa a maior delas, com o equivalente a 58% do total. No setor público, a esfera que mais contribui é a federal, com 28,7% do total financiado.

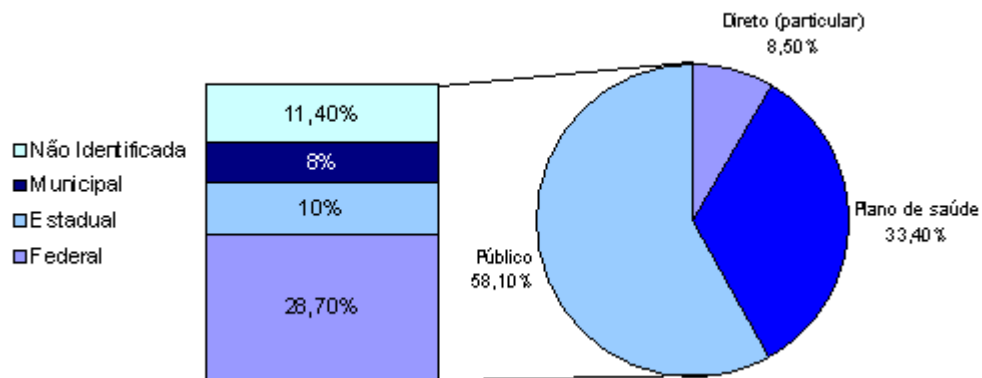


Figura 4 – Fontes de Financiamento da Atenção Hospitalar, 2002  
Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009)

Outro dado relevante é a presença de um percentual realizado pelo setor público que não é perfeitamente identificado. Esses valores são geralmente relacionados a repasses do setor público estadual e municipal para unidades hospitalares privadas (normalmente filantrópicas) em dificuldades financeiras. Esse montante significativo de financiamento não identificado torna possível a conclusão de que estes repasses são realizados sem contrapartida produtiva, pois se houvesse alguma prestação de serviço relacionada, esta obrigatoriamente constaria nos registros atinentes a esses recursos. Enfim, servem para manutenção de unidades em situação deficitária de interesse para o sistema. Neste caso, cabe lembrar o ônus político local da escolha de ajudar ou não tais hospitais, principalmente nos períodos de eleição.

Quando considerada a esfera e a natureza dos hospitais, o comportamento do gasto é condizente com as características apontadas para o setor na seção 4.2. Os dados disponibilizados por La Forgia e Couttolenc (2009), demonstram essa relação. As figuras 5 e 6 contemplam dados relativos à divisão do gasto do setor. Sem surpresas, pode-se perceber que 67% do gasto hospitalar total está alocado em hospitais privados, com 38% e 29% para filantrópicos e lucrativos

respectivamente. As entidades públicas ficam com aproximadamente um terço do total.

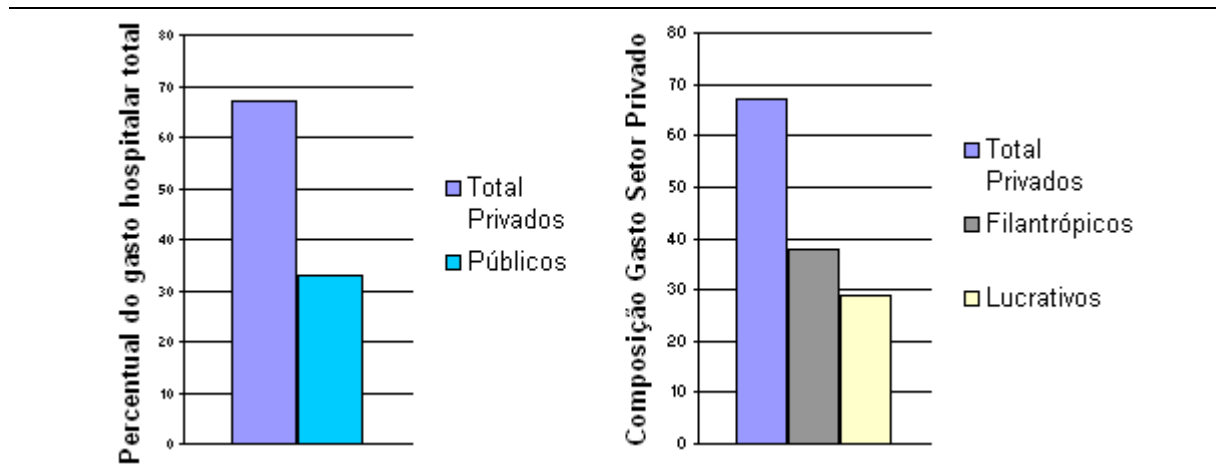


Figura 5 – Gasto Hospitalar por Natureza do Hospital, 2002  
Fonte: La Forgia e Couttolenc, 2009

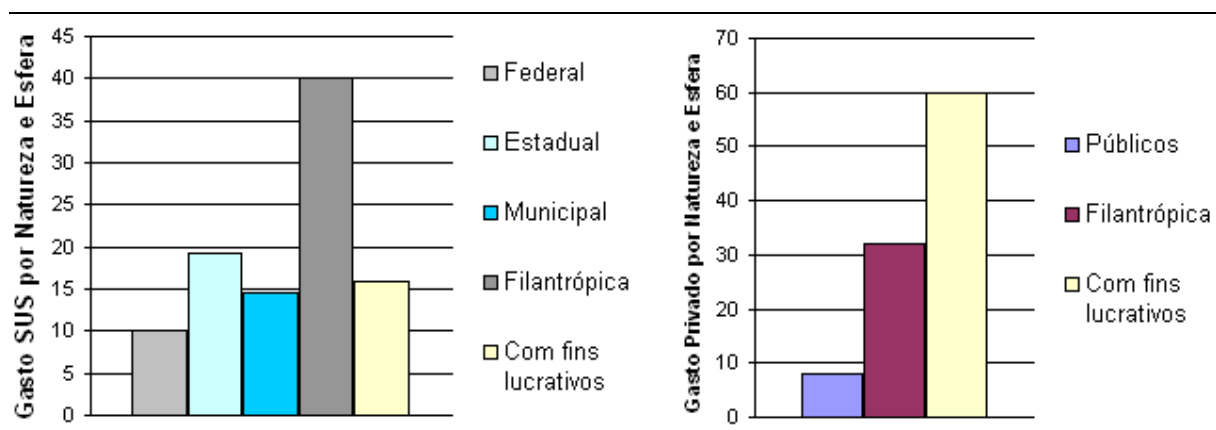


Figura 6 – Gasto SUS e Privado, por Natureza e Esfera, 2002  
Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009)

Os dados confirmam, mais uma vez, a importância do setor privado na prestação de serviços hospitalares, pois absorve 56% da despesa hospitalar do SUS e aproximadamente 90% do gasto privado. As esferas públicas dividem o restante, sendo a estadual a principal consumidora de recursos. Enfim, pode-se concluir que os hospitais privados são peça fundamental na prestação de serviços de saúde e que estas instituições, em grande parte, são relativamente dependentes do financiamento do SUS e das vantagens tributárias atinentes aos certificados de filantropia.

A atenção de média complexidade é predominante na utilização dos serviços hospitalares (ver tabela 5), com um volume de 51,5%, seguida da baixa complexidade com 41,5% e da alta complexidade com 7%. Esses percentuais não se mantêm proporcionais aos gastos, ficando a média complexidade com 48,3%, a alta complexidade com 27,4% e a baixa complexidade, apesar dos altos índices de utilização, com 24,3% do gasto com internações.

#### 4.5 ANÁLISE DE EFICIÊNCIA: TAMANHO, OCUPAÇÃO E PRODUÇÃO

Nesta parte do trabalho serão expostas, em linhas gerais, as formas como La Forgia e Couttolenc (2009) analisaram a eficiência dos serviços hospitalares brasileiros. Os dados até então fornecidos, colaboram como parte do lastro necessário para o estudo, que agora será incrementado. Os autores utilizaram duas ferramentas distintas denominadas: Análise Envoltória de Dados (DEA) e Benchmarking e os achados de ambas servirão de base comparativa para os dados do Rio Grande do Sul, que serão expostos no próximo capítulo.

La Forgia e Couttolenc (2009) definem a metodologia DEA como um método para a estimativa da eficiência técnica, que envolve programação linear para classificar produtores de bens ou serviços numa escala de pontuação. Os resultados são obtidos relacionando o consumo de recursos e os resultados alcançados. O método gera uma escala de 0 a 1 e quanto maior a eficiência da instituição analisada, mais a sua pontuação se aproximará de 1. Neste caso específico, foram utilizados dados de uma amostra aleatória de 671 unidades hospitalares, selecionada e estratificada por região e esfera, aproximadamente em proporção ao número de hospitais em cada categoria. Os resultados extremos e hospitais exclusivos para tratamento de pacientes crônicos foram retirados, reduzindo a amostra para 588 hospitais. Segundo os autores, a distribuição da amostra representa com fidelidade o tamanho e a distribuição da rede regional brasileira como um todo. Os hospitais foram classificados de acordo com sua capacidade, esfera, natureza, tipo de governança (gestão) e complexidade tecnológica. Os resultados obtidos contemplam níveis de eficiência total e para cada uma das



classificações anteriores. Porém, para cumprir com os objetivos deste trabalho, serão tratados somente os índices relacionados à escala e suas relações.

A primeira e extremamente importante relação que La Forgia e Couttolenc (2009) oferecem com base no método DEA é a influência da escala na eficiência. A figura 7 demonstra como melhoram os níveis de eficiência com o aumento do número de leitos. Portanto, o tamanho da instituição hospitalar é diretamente proporcional a sua importância para o sistema de saúde.

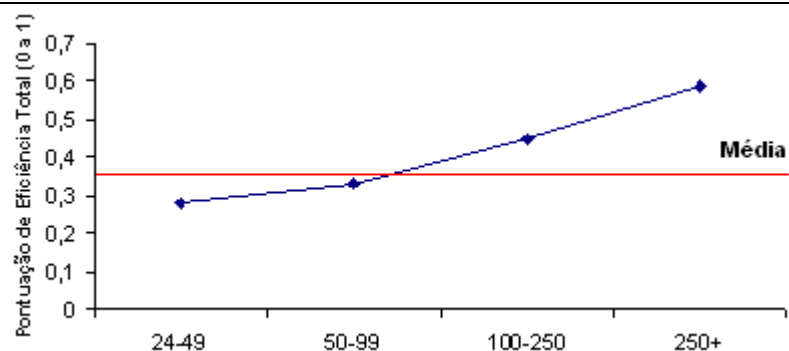


Figura 7 – Níveis de Eficiência Total por Tamanho do Hospital, 2002  
Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

Como já foi citado anteriormente, a grande maioria dos hospitais brasileiros é de pequeno porte (menos de 50 leitos), não tendo, portanto, tamanho suficiente para serem eficientes. La Forgia e Couttolenc (2009) trazem da bibliografia internacional (POSSETT apud LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009) que, para fins de escala, a capacidade destas instituições deveria estar entre 150 e 250 leitos. Há, naquele estudo, uma forte relação entre o número de leitos e os níveis de eficiência. Os autores concluem também que a maioria dos hospitais apresentou retornos de escala crescentes, ou seja, ao aumentar sua capacidade melhorariam sua eficiência e reduziriam seus custos. Hospitais maiores também correspondem aos de maior complexidade tecnológica, pois, normalmente, possuem maior capacidade própria de realizar exames de diagnóstico sofisticados e contam com áreas de apoio diferenciadas (UTI's, centros de estudo hemodinâmico e salas cirúrgicas mais equipadas).

Na análise baseada em Benchmarking, La Forgia e Couttolenc (2009) utilizaram quatro valores referenciais externos: o valor médio para todos hospitais do SUS, a mediana para hospitais incluídos no programa Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) de São Paulo, a média para países da OCDE e o valor da mediana

para o grupo dos Top 100 hospitais dos Estados Unidos. Os autores utilizaram alguns indicadores de desempenho com base na amostra Assistência Médica Hospitalar (AMS) de 2002, tais como: giro de leitos, ocupação de leitos, tempo médio de permanência, pessoal por leito, produtividade cirúrgica e uso de tecnologia.

O índice de giro de leitos mede a taxa de saídas (altas) hospitalares por leito num determinado espaço de tempo, neste caso, em um ano. Segundo os autores, esse é um indicador simples de desempenho em instituições que prestam serviços de internação e oferece uma medida da eficiência no uso dos recursos físicos. Os achados (figura 8) apontam para índices relativamente bons de eficiência, por exemplo: a média para a amostra foi de 50,4, mais elevada que a média dos países da OCDE (32,6) e pouco abaixo dos hospitais participantes do CQH, que atingiram a média de 64,7. No entanto, deve-se levar em consideração as características da maioria dos hospitais brasileiros. Este índice acaba por ser bastante influenciado pelo predomínio de pequenas instituições, que hospitalizam pacientes de baixa complexidade e de menor tempo de permanência. No sentido contrário, por exemplo, observa-se que os hospitais federais (universitários) têm baixo índice de giro de leitos (32,6), pois estes tratam de casos mais complexos, normalmente associados a maiores períodos de internação.

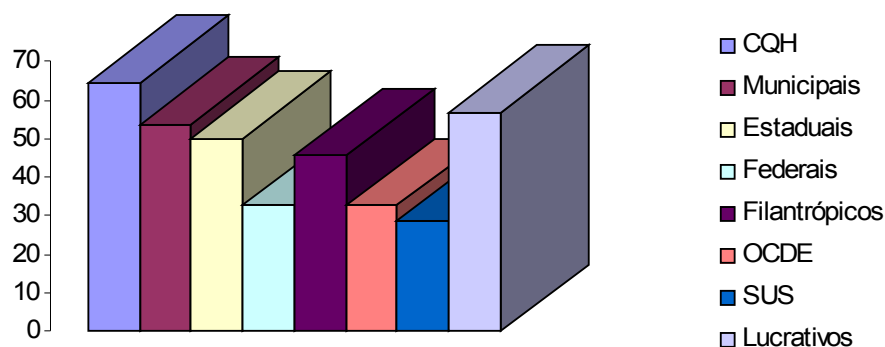


Figura 8 – Índice de Giro de Leitos, 2002  
 Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

A taxa de ocupação de leitos também trata dos recursos físicos existentes e é um indicador bastante simples de desempenho que define a porcentagem do total de leitos-dia nos quais um leito é utilizado, ou seja, esse parâmetro revela o nível de

ociosidade dos leitos. A taxa desejável de ocupação fica entre 75% a 85% da capacidade total, pois o uso de 100% pode significar, num momento de pico de atendimento, filas e macas nos corredores. Os resultados auferidos no estudo apontam para uma média de ocupação bastante baixa. Na figura 9 encontram-se as médias utilizadas por La Forgia e Couttolenc (2009). Destaque para a taxa média dos hospitais do SUS que ficou em 45%.

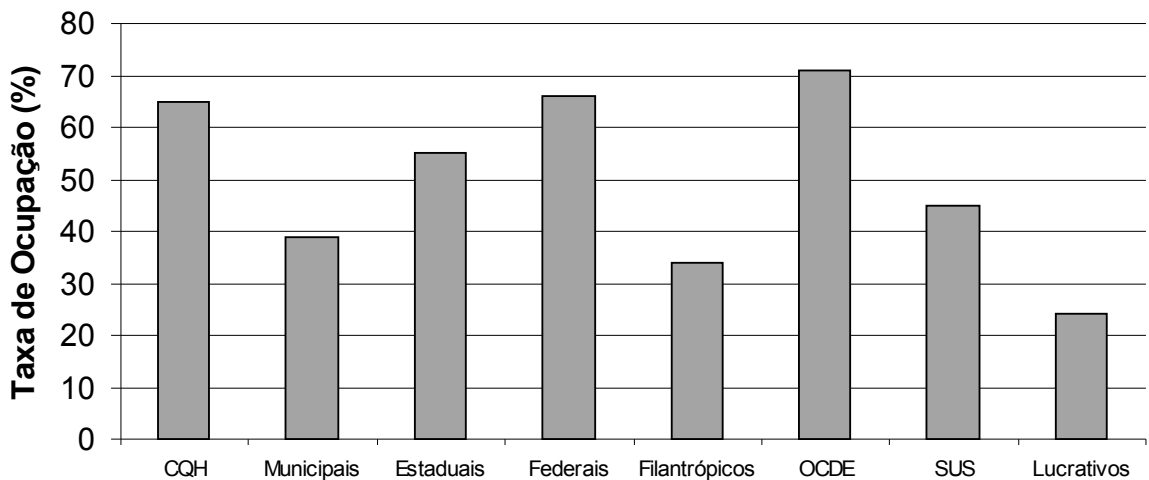


Figura 9 – Taxa Média de Ocupação nos Hospitais de Curta Permanência do SUS, por Esfera, 2002  
Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

O fato dos hospitais brasileiros apresentarem baixas taxas de ocupação pode estar, em parte, relacionado às políticas de descentralização e ampliação do acesso à assistência implantadas nos anos 80, as quais ampliaram de forma significativa a oferta de leitos em pequenos hospitais, o que já foi referido na seção 4.2. Este indicador colaborará decisivamente para entender o motivo pelo qual as pessoas se deslocam quilômetros em busca de atendimento. La Forgia e Couttolenc (2009, p. 84) relatam o que segue:

[...] hospitais de pequeno porte [...] oferecendo atendimento de baixa complexidade e, com freqüência, de baixa qualidade. [...]. Os pacientes muitas vezes evitam essas unidades e procuram atendimento em unidades de referência maiores e mais distantes, que oferecem um leque maior de serviços.

Unidades de maior porte, como os hospitais universitários, estão relacionadas a taxas de ocupação mais elevadas e aproximadas às dos grupos escolhidos como

referência. Enfim, a taxa de ocupação de leitos está diretamente relacionada à capacidade de internação dos hospitais.

O Tempo Médio de Permanência (TMP) mede o número médio de dias que um paciente passa internado em um hospital e trata-se de um indicador importante de eficiência no uso dos recursos. O TMP está diretamente relacionado à severidade dos casos, ou seja, casos mais graves ou crônicos normalmente estão relacionados a períodos maiores de internação. Fatores relacionados à qualidade e à gestão clínica dos casos (espera por exames para diagnóstico, por exemplo), também influenciam esse indicador. Permanências mais longas que o realmente necessário consomem recursos valiosos e não estão necessariamente associadas a maior qualidade no atendimento, além de influenciarem na taxa de ocupação de leitos. Os resultados obtidos dão conta de um comportamento eficiente dos hospitais brasileiros, quando comparados com os benchmarks selecionados por La Forgia e Couttolenc (ver figura 10).

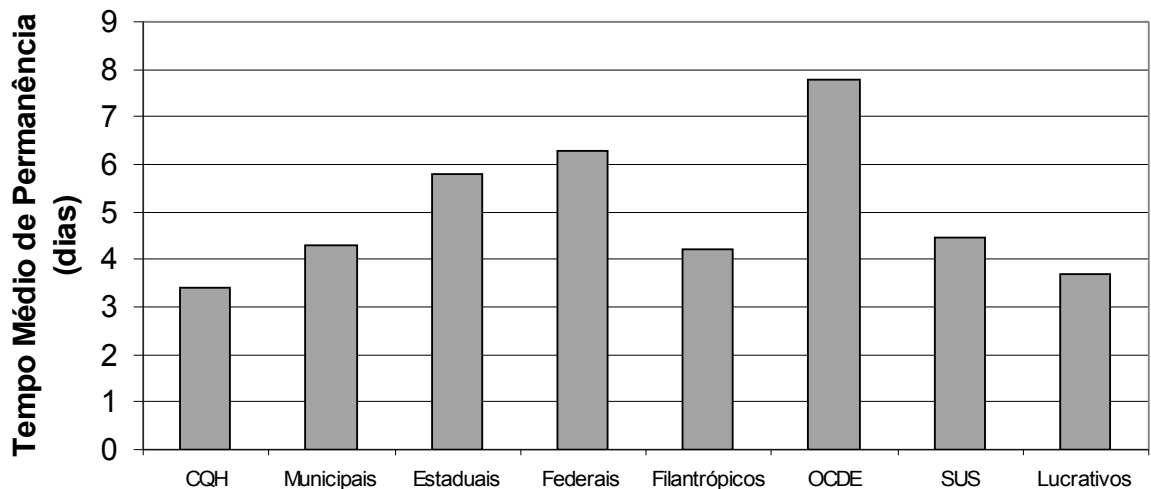


Figura 10 – TMP nos Hospitais de Curta Permanência do SUS, por Esfera, 2002  
 Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

A série também é diretamente influenciada pelo porte dos hospitais. Instituições pequenas atendem casos mais simples e de menor permanência hospitalar, ao contrário dos hospitais de maior porte que atendem casos mais graves e por isso possuem médias de permanência mais elevadas. Na comparação com os dados da OCDE, deve-se levar em consideração o fato da população atendida

nesses países ter um perfil etário bem mais alto, sendo esta mais suscetível a doenças crônicas associadas a tratamentos prolongados. Altas prematuras também podem influenciar o indicador e sinalizar baixa qualidade no atendimento.

O índice de pessoal por leito mede a eficiência alocativa dos recursos humanos utilizados na produção hospitalar, onde os três principais destaques são: o índice médio de pessoal por leito da amostra de 3,0 para o total de pessoal, o número médio de funcionários por leito ocupado de 10,5 para o total de pessoal e a grande presença de pessoal empregado não ligado diretamente à assistência aos pacientes, administrativos, por exemplo. La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que os hospitais brasileiros trabalham com excesso de pessoal e que este fato colabora com os índices de ineficiência. O índice médio de pessoal por leito varia num intervalo bastante elevado e eleva-se à medida que os índices de complexidade aumentam, ficando a fronteira inferior em 2,4 funcionários por leito e a superior em 5,7. O índice médio de pessoal por leito ocupado torna óbvio o excesso de pessoal empregado nas instituições brasileiras (ver figura 11). A razão de valor 10,5 é muito pior do que a dos dois benchmarks utilizados.

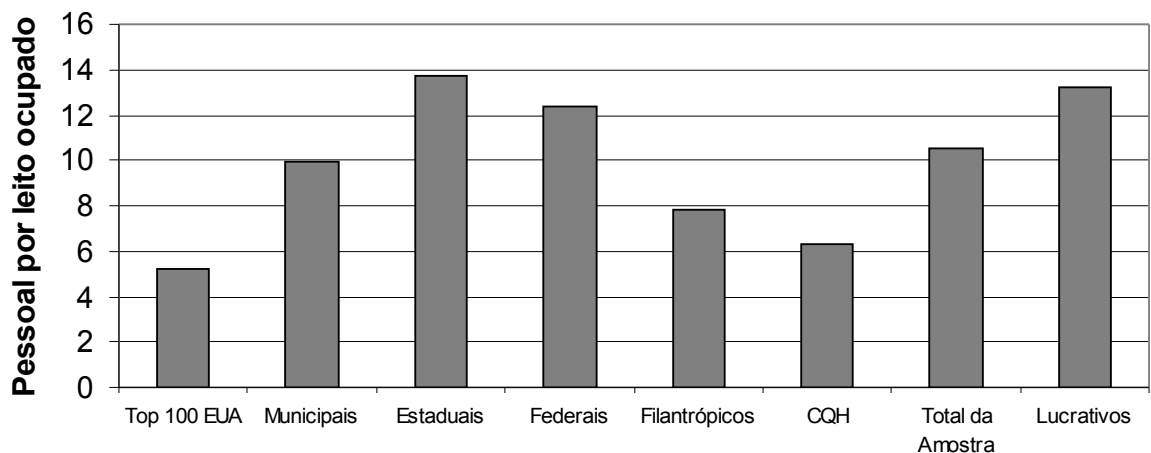


Figura 11 – Razão Total de Pessoal por Leito Ocupado, 2002  
 Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

As entidades públicas e as privadas com fins lucrativos apresentam valores na ordem de 2/3 acima dos hospitais do CQH e dobram os valores dos hospitais americanos. O uso intensivo de trabalho nessas instituições pode estar relacionado aos níveis baixos de remuneração, à baixa qualificação (poucos funcionários de

nível superior) e à baixa produtividade do pessoal. Por último, com base na AMS 2002, também foi possível observar que, quase 50% do pessoal empregado está nas esferas administrativas e de serviços gerais e não relacionados diretamente a atividade fim dos hospitais. Os resultados (29%) da amostra de referência (benchmarking: CQH e Top 100 EUA) indicam que há excesso de pessoal nessa área. Baixa tecnologia de informação e excesso de burocracia podem colaborar com esses números elevados.

A produtividade cirúrgica ou o índice de internações cirúrgicas por sala cirúrgica é mais um indicador de produtividade dos serviços hospitalares de alto custo. Os centros cirúrgicos são ambientes dotados de uma estrutura física e de pessoal diferenciada e com custos de produção relativamente bem mais altos do que as unidades básicas de atendimento clínico. Portanto, manter uma sala cirúrgica ociosa revela desperdício e má alocação dos recursos disponíveis. Para este índice, La Forgia e Couttolenc (2009) trabalham somente dados da AMS (figura 12). O índice médio anual encontrado é de 173, ou 0,66 cirurgias por dia útil e, segundo os autores, o baixo número revela baixa produtividade e baixa utilização.

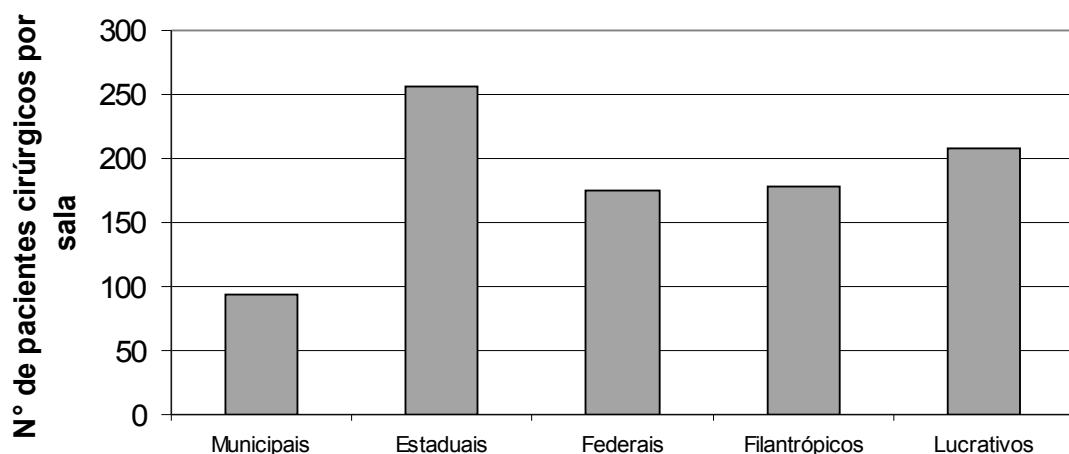


Figura 12 – Número de Pacientes por Sala Cirúrgica, por Ano, 2002  
 Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

Este índice também está associado ao tamanho e ao nível de complexidade dos hospitais, variando de 0,31 por sala por dia útil em hospitais de pequeno porte e 1,5 por sala por dia útil em hospitais de grande porte. Mais uma vez, os hospitais municipais apresentaram os menores índices.

O último indicador selecionado trata do uso de tecnologia por leito e seus efeitos. Na figura 13 estão relacionados os resultados auferidos por La Forgia e Couttolenc (2009), que criaram um índice relacionado à disponibilidade de recursos como: leitos de UTI, equipamentos de diagnóstico por imagem e de outros equipamentos especiais e como estes são utilizados e, também, com atendimentos fora das especialidades básicas (clínica médica, ginecologia, pediatria, cirurgia geral e psiquiatria). Os resultados apontam para um maior uso de tecnologia nos hospitais federais, muito provavelmente pelo caráter universitário da maioria dessas unidades. Os hospitais lucrativos, menos sujeitos à regulação do SUS, elegem os procedimentos mais lucrativos, normalmente associados ao uso maior de tecnologia.

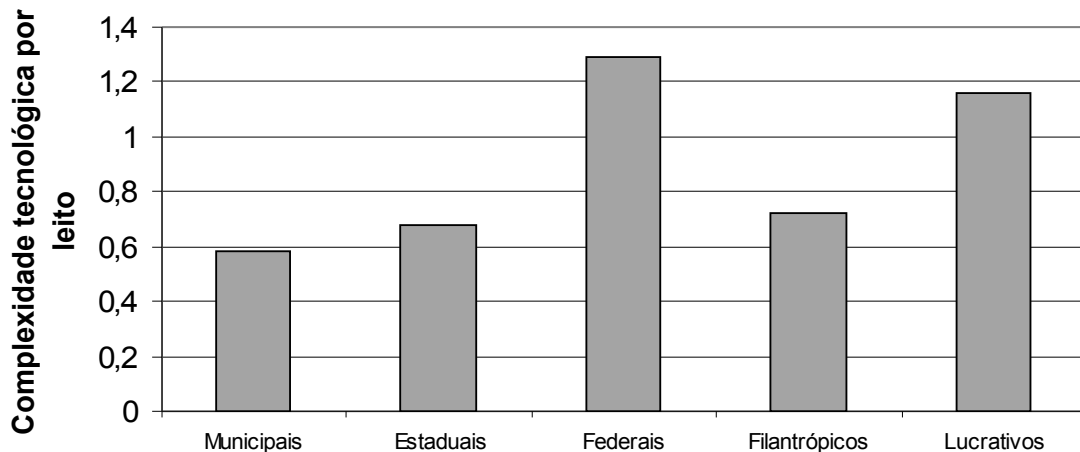


Figura 13 – Índice de Complexidade Tecnológica por Leito, por Esfera, 2002  
 Fonte: Couttolenc (2004) (apud LA FORGIA e COUTTOLENC 2009)

Os autores defendem que há uma densidade alta de tecnologia hospitalar disponível no Brasil que está concentrada em pequenas unidades privadas e especializadas. O uso elevado destes recursos é, em parte, influenciado pelos incentivos econômicos característicos dos modelos de remuneração adotados no Brasil.

La Forgia e Couttolenc (2009) revelam, ainda, que boa parte das internações realizadas pelo SUS poderiam ser evitadas se a rede de atenção básica fosse mais eficiente e resolutiva. Baseados numa pesquisa realizada em Minas Gerais, demonstram que até 30% das internações têm condições sensíveis à atenção Ambulatorial (CSAA). Os custos da atenção ambulatorial são mais baixos e, nesse

caso, poderiam significar uma redução no gasto com internação da ordem de 21%. As internações com CSAA acontecem principalmente em hospitais com menos de 50 leitos, as quais consomem aproximadamente 13% do gasto hospitalar do SUS. Estes pacientes poderiam ser atendidos em unidades ambulatoriais de custo relativamente mais baixo e, por conseqüência, mais fáceis de serem instaladas e mantidas. Esforços de prevenção e gerenciamento de pacientes crônicos também custam menos e evitam essas internações. Deve-se lembrar também do benefício social das medidas preventivas e de tratamento não hospitalar, pois os que não adoecem ou estão com seus problemas de saúde administrados, não faltam ao trabalho e continuam a realizar suas rotinas e os que não são internados, são tratados perto de suas famílias e longe dos riscos de infecção hospitalar.

Por fim, a análise comparativa referente à eficiência dos serviços hospitalares brasileiros aponta alguns problemas que, somados à escassez de recursos, ilustram o perfil do setor hospitalar brasileiro. Os resultados apresentados explicam boa parte das causas que levam o setor a desperdiçar e alocar de forma não racional recursos preciosos, que poderiam ser usados na ampliação das políticas de atenção básica ou até mesmo na melhoria das condições dos hospitais. O tamanho dessas unidades influencia diretamente nos resultados pois, como outras atividades econômicas, os hospitais precisam de uma capacidade mínima instalada para tornarem-se eficientes. Fora isso, a baixa ocupação e produção dessas unidades refletem a má distribuição e a falta de planejamento com que estas foram concebidas, além da falta de confiança da população nos serviços prestados. A falta de boas estruturas de atendimento ambulatorial e programas de atenção primária colaboram para o perfil hospitalocêntrico do sistema de saúde brasileiro. O conjunto de dados e as exposições realizadas até aqui, de certa forma, explicam porque a população que reside a certa distância dos grandes centros urbanos desloca-se para estas localidades em busca de hospitais mais estruturados e resolutivos.



## 5 OS HOSPITAIS GAÚCHOS E A AMBULANCIOTERAPIA

Neste capítulo, a análise se relacionará a dinâmica do setor no Rio Grande do Sul (RS), com atenção especial aos motivos que levam a população a longos deslocamentos em busca de atendimento (ambulancioterapia). Para tanto, boa parte das formulações realizadas no capítulo anterior serão utilizadas como parâmetro, porém agora considerando as diferenças entre o Brasil e o Estado. No que tange aos dados, foram enfrentadas as naturais dificuldades associadas ao setor saúde.

### 5.1 DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL, CARACTERÍSTICAS E FINANCIAMENTO

Os indicadores socioeconômicos do Rio Grande do Sul, de certa forma, demonstram uma realidade privilegiada em relação ao resto do país, com índices significativamente distintos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IBGE, 2007) somava 0,832 ocupando o quinto lugar entre os outros estados do país e o PIB per capita (IBGE, 2006) de R\$ 14.310/ano colocava o Estado na sexta posição no *ranking* nacional em 2006. No entanto, outros dois indicadores diretamente relacionados à saúde, segundo dados do IBGE para 2007, ocupam a primeira posição: a taxa de mortalidade infantil apresentou a média de 13,5 para cada mil nascidos vivos, valor muito mais baixo do que a média nacional de 24,3 e a esperança de vida ao nascer é de 75 anos, enquanto a média brasileira é de 72,7. Evidentemente, estes índices socioeconômicos não são influenciados somente por ações em saúde. Outras pautas como educação, saneamento e segurança alimentar ajudam para este bom desempenho relativo. Portanto, trata-se da tarefa de analisar um estado especial, porém, como se tentará demonstrar, cheio de problemas no seu setor hospitalar, comuns aos outros entes da federação.

O Rio Grande do Sul possui 382 hospitais (tabela 6) e 32.946 leitos dos quais, 23.664 estão disponíveis para atendimento pelo SUS. O principal destaque é a expressiva presença de unidades privadas de atendimento na formação do setor.

Tabela 6 – Hospitais por Esfera no Rio Grande do Sul, 2009

<i>Esfera</i>	Nº de hospitais	% do Total
<b>Público</b>		
Governo Federal	13	3,40%
Governo Estadual	4	1,05%
Governo Municipal	39	10,21%
Subtotal	56	14,66%
<b>Privada</b>		
Financiado pelo SUS	281	73,56%
Não financiado pelo SUS	45	11,78%
Subtotal	326	85,34%
<b>Total</b>	<b>382</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: CNES – DATASUS (2009)

Como visto no capítulo anterior, o setor hospitalar brasileiro é caracterizado por sua pluralidade de esferas e dependência do setor privado. O sistema de saúde gaúcho, apesar de pluralista, é ainda mais dependente, tendo aproximadamente 85 % de seus hospitais dentro da esfera privada e, entre estes, mais de 73% contam com recursos públicos do SUS no seu financiamento. As instituições filantrópicas são a grande maioria no RS, somando 259 unidades hospitalares ligadas a mantenedoras, principalmente de vocação religiosa, como as ordens de Irmãs Católicas e as Santas Casas. O setor público colabora com 14,66% do total de hospitais com predomínio dos da esfera municipal.

Com relação ao tamanho das unidades, apesar da menor participação do setor público, a distribuição mantém certa relação com o resto do Brasil, como pode ser verificado na figura 14. O fato de também haver predomínio de pequenas unidades sugere que as instituições privadas enquadradas neste perfil funcionam de forma semelhante aos pequenos hospitais municipais, porém com gestão autônoma. Neste caso, o grau de autonomia é bastante relativo, visto o grau de dependência de financiamento público destas instituições, que têm, em média, 60% de sua capacidade destinada ao SUS e uma demanda de clientes privados que dificilmente ocupa os 40% restantes. Este fato se dá principalmente em municípios pequenos e com poucos habitantes.

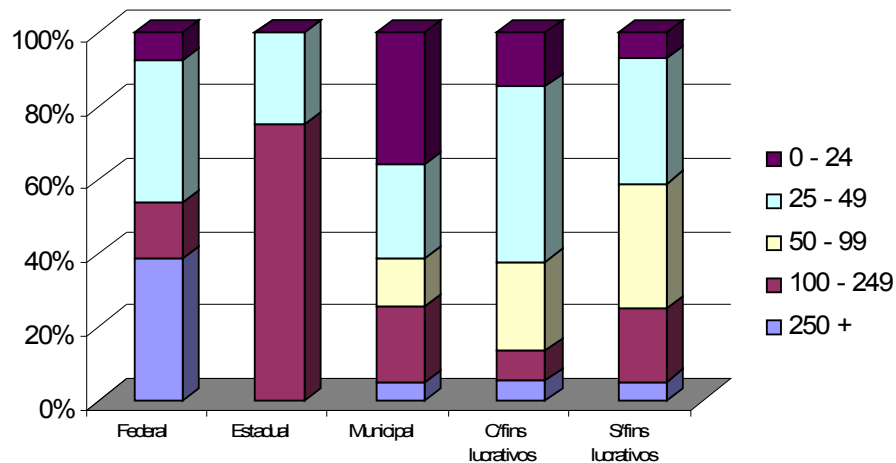


Figura 14 – Hospitais Gaúchos por Tamanho e Esfera, 2009  
Fonte: CNES – DATASUS (2009)

Observando os dados acima, nota-se que os pequenos hospitais só não predominam nas esferas estadual e federal, sendo que a estadual possui somente 4 hospitais. As unidades com menos de 50 leitos correspondem a mais de 47% do total. As unidades de ensino estão ligadas preferencialmente à esfera federal e às Santas Casas, onde se percebe um porte maior, que supera os 250 leitos. Torna-se possível antecipar que surgirão diagnósticos de problemas relacionados à eficiência devido ao elevado número de unidades pequenas.

A distribuição geográfica da infraestrutura hospitalar gaúcha, representada na tabela 7, mostra um bom volume de leitos e com certa uniformidade, o que também se observou nos dados nacionais. O Estado tem um número de leitos bem elevado (3,18) e equipara-se aos da OCDE (3,10) vistos no capítulo anterior. O principal destaque é Porto Alegre, que possui possui 6,06 leitos para cada mil habitantes. Porém, ao somar-se a região metropolitana à qual esta pertence, o indicador baixa para 3,14 e mais, a área sem a presença da capital, perde mais da metade de sua capacidade de internação.

Tabela 7 – Distribuição Geográfica dos Leitos Hospitalares no Rio Grande do Sul

Grupo	População	Leitos	Leitos/mil
RS	10.582.840	33.704	3,18
Porto Alegre	1.420.667	8606	6,06
Área metropolitana POA	3.959.810	12417	3,14
Área metropolitana POA - (menos POA)	2.539.143	3.811	1,50
Grandes municípios* - (fora área metropolitana POA)	1.832.819	6.728	3,67
Municípios de porte médio** (fora área metropolitana POA)	1.161.186	3.402	2,93
Pequenos municípios*** (fora área metropolitana POA)	2.814.932	11.157	3,96
Municípios sem hospital***	905.330	X	x

Fonte: IBGE, 2007; CNES – DATASUS (2009)

\* mais de 100 mil habitantes

\*\* de 50 a 100 mil habitantes

\*\*\* menos de 50 mil habitantes

Da mesma forma que analisado anteriormente para os dados nacionais, o até aqui exposto não colabora para o entendimento dos motivos da ambulancioterapia, o que remete à necessidade de aprofundamento do tema na seção seguinte. No entanto, antes de passar para a análise da eficiência do setor e sua distribuição regional, fazem-se necessárias breves referências sobre a importância do setor no sistema de saúde e quanto ao financiamento público das ações em saúde.

Os dados consolidados relativos aos tipos de despesa do SUS com prestação de serviços para o ano de 2007, expostos na tabela 8, permitem verificar como o gasto se distribui entre atendimentos ambulatoriais e de internação, bem como a parcela de contribuição dos hospitais para o sistema.

Tabela 8 – Gasto SUS por Tipo de Despesa no Rio Grande do Sul, 2007

Tipo de Despesa	Valor*	Percentual do Total
Gasto Total	1.186.740.306,32	100,00%
Gasto Internação	557.379.607,44	46,97%
Gasto Ambulatorial Total	629.360.698,88	53,03%
Gasto Ambulatorial em Hospitais	277.232.787,66	23,36%
Gasto Total em Hospitais	834.612.395,10	70,33%

Fonte: DATASUS

\*Valor bruto por estabelecimento e tipo de despesa

O sistema de saúde gaúcho concentra a prestação de serviços no setor hospitalar, pois este corresponde a mais de 70% do gasto SUS. O perfil hospitalocêntrico fica evidente ao se verificar que boa parte dos valores referentes aos atendimentos ambulatoriais foi apropriado por unidades hospitalares, os quais

somaram 23,36% do total da despesa ou aproximadamente 44% do total do gasto ambulatorial.

Os gastos públicos com saúde e as reais necessidades de financiamento adornam amplos debates na sociedade brasileira, assunto tratado no segundo capítulo deste trabalho. Parece censo comum que os recursos hoje oferecidos não comportam as demandas constitucionais estabelecidas em 1988. A EC 29 de 2000, que ainda encontra-se em regulamentação (novembro, 2009), determinou incrementos gradativos na participação das três esferas no financiamento do sistema público de saúde. Na figura 15 pode-se verificar o comportamento do gasto *per capita* por esfera no Rio Grande do Sul neste início de século.

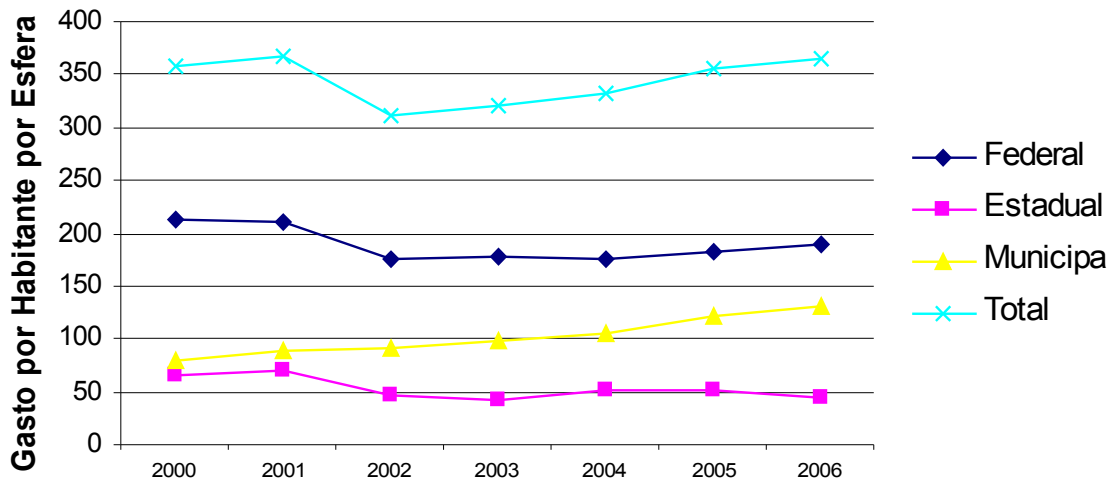


Figura 15 – Gasto com Saúde por Habitante por Esfera a Preços Constantes, 2000-2006  
Fonte: DATASUS/ Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

Os números mostram que, com exceção dos municípios, as outras esferas reduziram suas despesas com ações e serviços públicos de saúde financiados com recursos próprios, e também, que o aumento da participação da esfera municipal acabou por compensar tão somente o movimento de queda, deixando o gasto total sem grandes alterações. O Governo do Estado do Rio Grande do Sul tem sido criticado por investir pouco em saúde e não cumprir com os 12% de sua receita prevista na EC 29. Os dados do parecer do Tribunal de Contas do Estado (TCE-RS) para 2008 (figura 16) permitem avaliar a evolução da despesa com saúde da esfera estadual gaúcha.

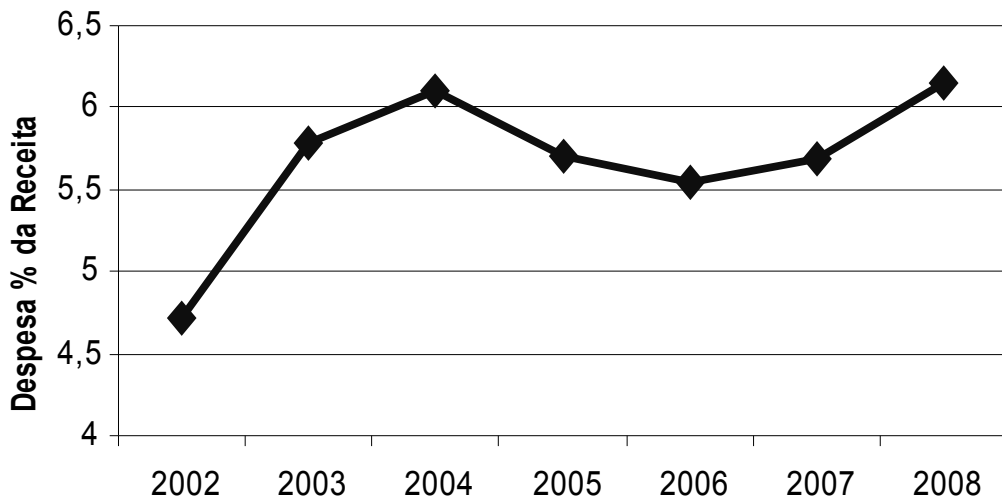


Figura 16 – Despesa Liquidada Total com Ações em Saúde como % da Receita Líquida de Impostos e Transferências, RS  
Fonte: TCE – RS

A despesa líquida, apesar de apresentar tendência de crescimento, permanece significativamente abaixo do esperado. Se o Estado tivesse realizado o mínimo de 12% prevista na EC 29, teria aportado mais R\$826 milhões em 2008, elevando o gasto do Governo do Rio Grande do Sul para aproximadamente R\$ 1,7 bilhão. Uma questão bastante polêmica fica a cargo da formação da despesa total apontada pelo TCE, com destaque para dois aspectos: a inclusão da cota patronal do IPE–Saúde (plano de saúde dos servidores públicos estaduais) e, a partir de 2007, da inclusão dos gastos com saneamento realizados pela Companhia Riograndense de Saneamento – CORSAN. Na figura 16 estes valores foram deduzidos. Ao acrescentar referida a cota patronal, os percentuais aumentam em torno de 1%. Porém os gastos com saneamento elevam os percentuais acima do previsto na legislação, deixando-os, em 2007 e 2008, em 13,42% e 12,40% respectivamente. Essas inclusões passam longe de serem consensuais, pois o próprio TCE, nestes últimos sete anos, oscilou entre aceitar ou não a apropriação destes números como parte das despesas com saúde.

Ferraz (2008) prospectou os anos vindouros até 2025, para mostrar o quanto a economia brasileira precisaria crescer para manter o mesmo padrão de atendimento do sistema de saúde nacional dos dias de hoje. Num cenário otimista,

ou seja, de inflação baixa e de crescimento econômico e distribuição de renda, o Brasil precisaria crescer 3,5% ao ano, em média, no período. A EC 29 procura trazer mais segurança para o financiamento público da saúde no Brasil. Porém a dúvida reside se a imposição legal será suficiente para garantir a vinculação destes recursos. Se for, com certeza colaborará para melhorias no sistema de saúde brasileiro como um todo.

A cobertura de saúde suplementar no Rio Grande do Sul recebe um reforço importante do IPE-Saúde, que gastou, entre 2002 e 2008, o equivalente a R\$526,9 milhões ao ano (SEFAZ/RS), a preços constantes de 2006, para um universo aproximado de 1 milhão de servidores e dependentes. Este valor corresponde a pagamento por serviços, visto que esta instituição não prevê cobertura para gastos com medicamentos, por exemplo. Ao comparar com os dados do SIOPS para o mesmo ano, verifica-se que este valor equivale a 13,16% da soma das despesas das três esferas de governo para toda população do Estado, incluindo qualquer ação em saúde. O Estado conta ainda com mais de 2 milhões de pessoas cobertas por planos de saúde privados (ANS, dezembro de 2008), concentradas principalmente na região metropolitana, que contém aproximadamente 1.200.000 pessoas com esse tipo de cobertura e quase 50% destas, em Porto Alegre.

Enfim, as características e a distribuição do setor hospitalar gaúcho em pouco diferem do resto do país. Destaque principal para a volumosa participação do setor privado, principalmente filantrópico, na prestação de serviços públicos de saúde. Do restante, pode-se observar um elevado número de pequenos hospitais, boa oferta de leitos com uma distribuição razoavelmente equilibrada, embora com o contraste de Porto Alegre, que responde pela grande maioria dos leitos da região metropolitana. Como no restante do país, o sistema de saúde gaúcho tem perfil hospitalocêntrico e é carente de financiamento público nas três esferas de governo. O setor de saúde suplementar corresponde a uma fatia de aproximados 16% de cobertura assistencial e, com a participação do IPE-Saúde, este percentual passa para 24% da população do estado.

## 5.2 ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DO SETOR HOSPITALAR GAÚCHO

As colaborações expostas no capítulo anterior, baseadas em La Forgia e Couttolenc (2009) indicam boa parte dos aspectos relevantes que devem ser apontados para análise da eficiência do setor hospitalar gaúcho. No entanto, há uma impossibilidade parcial de realizar o estudo com a mesma metodologia, pois alguns dados utilizados pelos autores pertencem a amostras não disponíveis por unidade da federação e também a pesquisas de outros autores para todo o Brasil. Contudo, essas contribuições servem necessariamente como objeto de comparação, o que remete à necessidade de revisão de alguns tópicos.

Um fato importante a ser lembrado é a estreita relação da escala (tamanho) das unidades hospitalares com os indicadores de eficiência. Conforme o ilustrado na figura 7 (Níveis de Eficiência Total por Tamanho do Hospital, 2002), que traz os resultados auferidos pela metodologia DEA, hospitais com menos de 100 leitos não possuem tamanho suficiente para serem eficientes e há retornos crescentes com o aumento das capacidades instaladas. Sem ater-se a todos os cálculos realizados por La Forgia e Couttolenc (2009), é possível inferir, que os hospitais gaúchos têm problemas relativos ao seu desempenho e que esses problemas podem estar associados à escala. Basta lembrar a figura 14 (Hospitais Gaúchos por Tamanho e Esfera, 2009), a qual revela que mais de 75% das unidades do Estado possuem menos de 100 leitos e que aproximadamente 62% destas não possuem 50 leitos. Indo um pouco mais longe, tem-se a constatação que boa parte dos pequenos hospitais conta com estrutura suficiente apenas para realização de procedimentos de pouca complexidade, normalmente remunerados pelo SUS muito abaixo de seus custos, o que pode, com boas probabilidades, gerar problemas relacionados à viabilidade econômica destas instituições. Contudo, uma das principais heranças do capítulo anterior é a forte ligação entre a questão da escala e todos os indicadores apresentados. Com base neste fato e no predomínio da esfera privada encontrado no Rio Grande do Sul, este estudo considerará o tamanho das unidades para formar três indicadores com possibilidades de comparação, ignorando as diferenciações quanto à esfera dos prestadores, usada anteriormente.



O índice de giro de leitos (taxa de altas por leito/ano) demonstrado na figura 17 colabora para confirmar a tese da importância do tamanho no desempenho dos hospitais, e deverá necessariamente ser relacionado com os outros dois indicadores: taxa de ocupação e tempo de permanência. Os resultados mostram que as unidades com menos de 100 leitos possuem os piores indicadores, o que denota um desempenho relativamente fraco destas, quando comparadas com as de capacidade superior. O desempenho pouco inferior dos hospitais com mais de 250 leitos pode estar relacionado ao fato destes atenderem casos mais graves e de maior permanência em regime de internação.

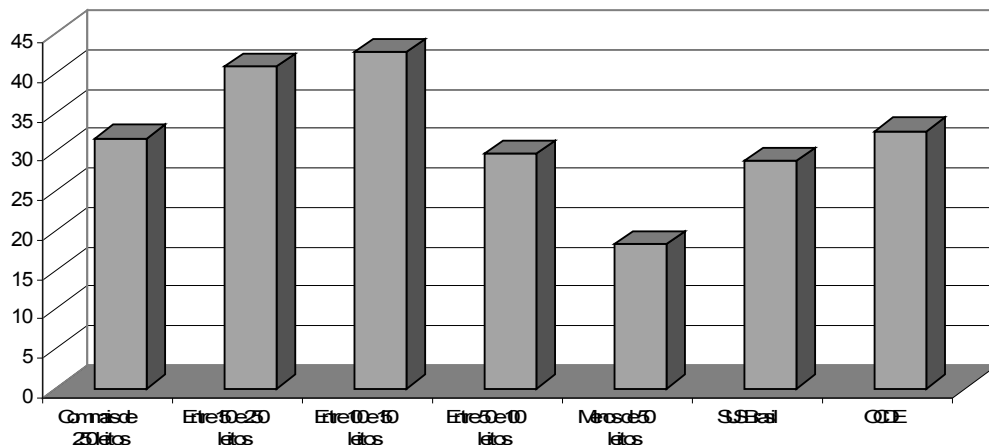


Figura 17 – Índice de Giro RS – Leitos SUS, 2008  
 Fonte: DATASUS (2009); La Forgia e Couttolenc (2009)

O tempo médio de permanência (TMP), que mede o tempo médio das internações hospitalares, permite uma leitura de como estão sendo usados os recursos disponíveis e está diretamente relacionado à complexidade dos atendimentos. Os resultados para o RS encontram-se na figura 18. Os dados contribuem para confirmar a relação entre o tamanho e a complexidade dos casos atendidos, principalmente nas instituições de grande porte (> 250 leitos), que apresentaram um giro de leito relativamente mais baixo. Normalmente, tempos médios de permanência menores são associados a maiores níveis de eficiência. O debate aqui é bastante complexo, visto que as unidades pequenas, normalmente, não possuem capacidade para atendimentos complexos e, portanto, realizam procedimentos mais simples, relacionados a permanências menores. Cabe lembrar, que La Forgia e Couttolenc (2009) defendem que boa parte destas internações de menor complexidade poderiam ser evitadas com ambulatórios mais resolutivos.

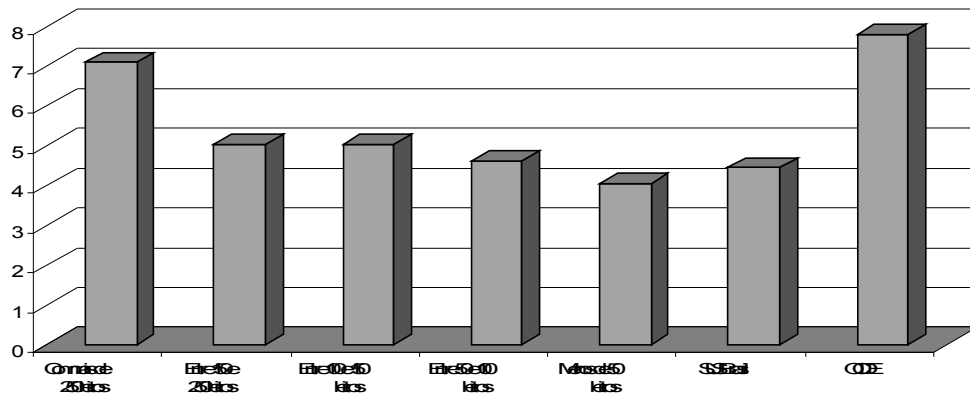


Figura 18 – Tempo Médio de Permanência RS – Leitos SUS, 2008  
Fonte: DATASUS (2009); La Forgia e Couttolenc (2009)

Por último, a taxa de ocupação, que é fundamental para análise da utilização dos recursos físicos disponíveis, revela o percentual de dias possíveis que os leitos ficam ocupados. A figura 19 ilustra os resultados encontrados para o RS. Mais uma vez o tamanho das unidades está diretamente associado ao resultado encontrado. Como este indicador mostra a ocupação geral dos leitos disponíveis num determinado período, pode-se verificar uma expressiva ociosidade nas unidades menores de 100 leitos. As unidades relativamente maiores têm taxas de ocupação mais próximas do exemplo internacional da OCDE e compatíveis com os seus respectivos giros de leito e média de permanência.

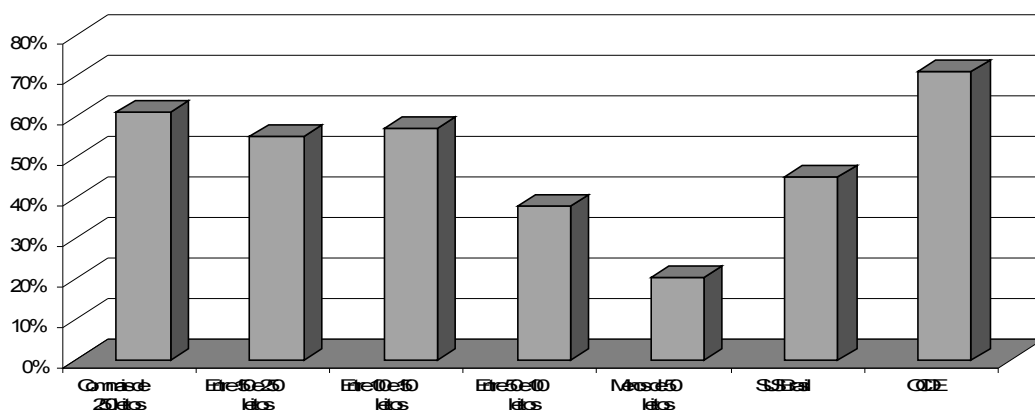


Figura 19 – Taxa de Ocupação por Leito RS – Leitos SUS, 2008  
Fonte: DATASUS (2009); La Forgia e Couttolenc (2009)

Enfim, as considerações feitas no início desta seção referentes aos níveis de eficiência das pequenas unidades hospitalares, sugerem que a realidade do setor no

Rio Grande do Sul difere muito pouco da encontrada no Brasil. Com base nos outros índices propostos, pode-se concluir que a escala influencia diretamente no desempenho dos hospitais gaúchos, ficando os melhores achados por conta das unidades de grande porte. Com relação à ambulancioterapia, o até aqui exposto, permite refletir sobre a localização destas unidades mais eficientes. Por certo, fica fácil inferir que estas se localizam em regiões mais desenvolvidas e mais populosas e que os hospitais pequenos, em sua maioria, situam-se nos municípios de menor porte. Os dados que serão apresentados na próxima etapa, fortalecerão estas conclusões.

### 5.3 AS MACROREGIÕES DE SAÚDE E SUAS DIFERENÇAS

Como referido anteriormente, cabe a este capítulo esclarecer quanto aos motivos que levam ao fenômeno conhecido como ambulancioterapia. O até aqui exposto, indica que o setor hospitalar gaúcho tem problemas de desempenho e como este forma a base da estrutura de atendimento, sua distribuição e resolutividade regional podem ajudar a entender o porquê dos deslocamentos da população, principalmente na direção de Porto Alegre.

O Rio Grande do Sul possui mais de uma divisão possível para o sistema de saúde. Além de cada município possuir sua secretaria da saúde, o Estado também é dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS's, que têm por finalidade contribuir para a definição de políticas locais além das fronteiras municipais. Existem também as micro e macrorregiões de saúde, que contemplam divisões distintas das CRS's. Neste trabalho, serão utilizadas as sete macrorregiões, por abrangerem faixas de território mais significativas e são elas: Centro-Oeste, Metropolitana, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales.

Para manter a coerência com o restante do trabalho, a primeira exposição apresentará a distribuição por tamanho das unidades hospitalares, considerando a divisão proposta, como ilustra a figura 20. Há regiões em que as faixas superiores das colunas – até 49 leitos – são relativamente maiores, como a macrorregião dos Vales, Norte e Missioneira. A macrorregião melhor dotada de unidades de grande

porte é a Metropolitana, seguida da região Sul, com a maioria das unidades gravitando entre 100 e 249 leitos. Neste caso, cabe lembrar as impressões obtidas ao longo das outras seções quanto à eficiência das pequenas unidades. O que aqui se acrescenta é o fato de que a distribuição apresentada dá indícios de que os serviços mais resolutivos têm endereço em alguns pólos específicos e não estão bem distribuídos.

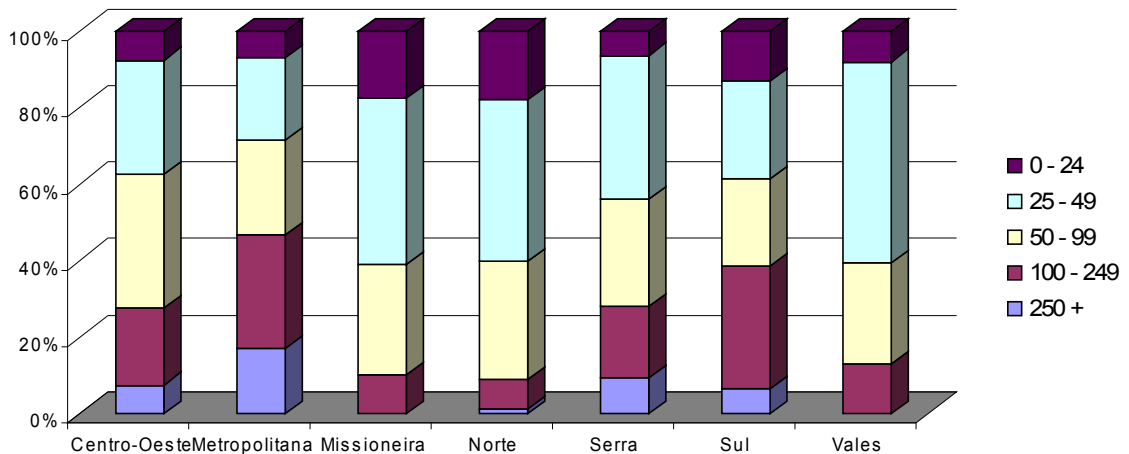


Figura 20 – Hospitais do Rio Grande do Sul por Tamanho e Macroregião de Saúde, 2009  
Fonte: CNES – DATASUS, 2009

Como demonstrado anteriormente na tabela 7, a distribuição dos leitos gaúchos é razoável, o que de forma alguma contraria o indicador anterior. Mesmo assim, a distribuição dos leitos na forma agora proposta (figura 21) precisa ser apresentada para referendar os próximos dados que serão expostos nas figuras 22 e 23.

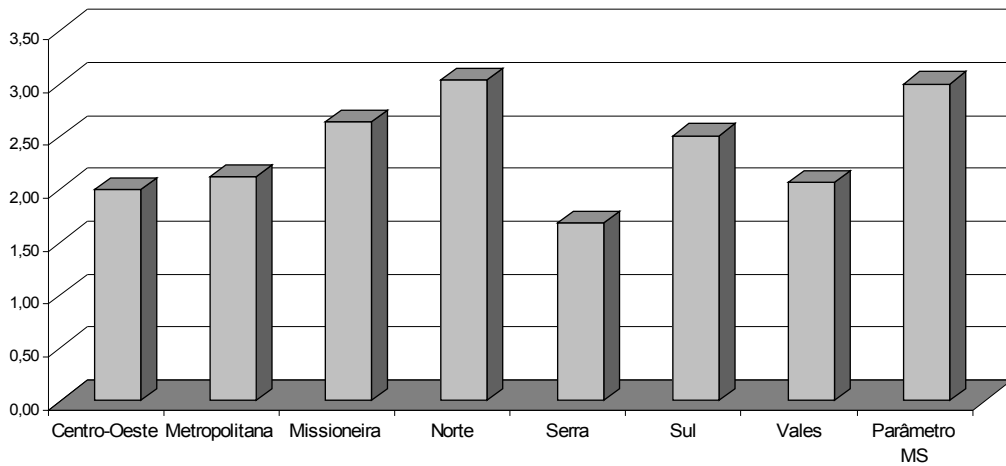


Figura 21 – Leitos SUS por 1000 Habitantes por Macroregião de Saúde, 2009  
 Fonte: CNES – DATASUS, 2009; Portaria 1101, GM/MS de 12 de junho de 2002.

O interessante é notar que, a região metropolitana não atinge nem o parâmetro superior do MS que é de 2 a 3 leitos SUS para cada mil habitantes. A Serra possui o menor número de leitos em relação à população. Contudo, as suas unidades são relativamente maiores, ao contrário da região Norte, que possui um número elevado de leitos e muitos hospitais de pequeno porte.

A presença de leitos de UTI nas unidades hospitalares está diretamente relacionada ao poder destas de resolver os problemas das pessoas que chegam as suas portas. A atenção à saúde tem algumas particularidades importantes que não podem deixar de ser observadas, como por exemplo: diferentemente do que acontece na maioria das atividades comerciais, onde as pessoas buscam satisfazer necessidades específicas, com tamanho, cor, cheiro, enfim, características fáceis de serem identificadas, quando buscam atendimento hospitalar, na maioria das vezes, sabem que precisam de atenção médica. Porém não possuem conhecimento suficiente para saber se sua dor representa um desconforto do aparelho digestivo ou a manifestação de uma Apendicite.

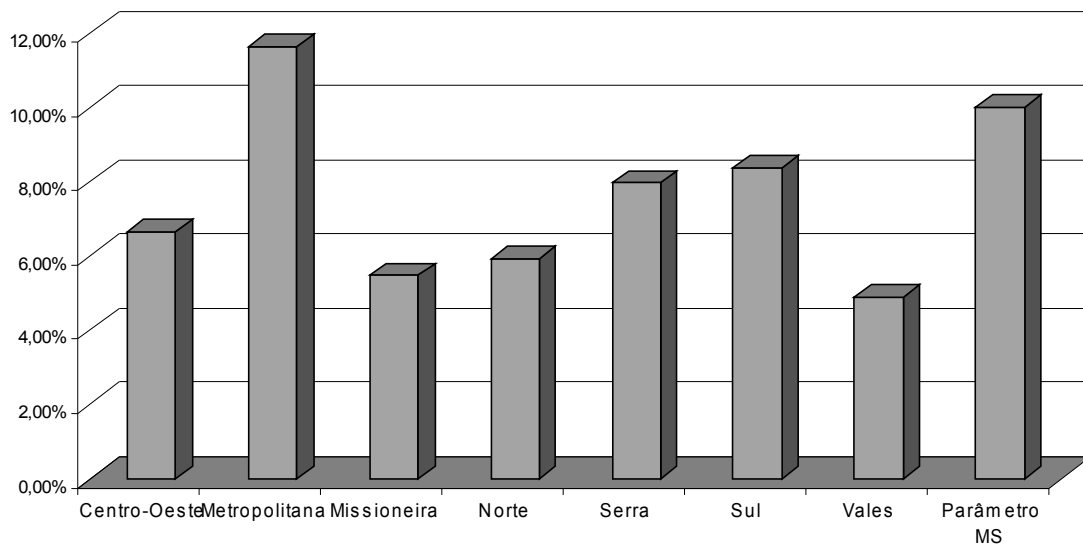


Figura 22 – Leitos SUS em Unidade de Tratamento Intensivo – UTI por Macroregião de Saúde, 2009  
 Fonte: CNES - DATASUS, 2009; Portaria 1101, GM/MS de 12 de junho de 2002

Hospitais sem UTI ficam condicionados a atendimentos de risco baixo e previsível. Um exemplo da importância das UTI's é o atendimento a gestantes de alto risco. Hospitais sem UTI Neonatal (atende recém nascidos em risco) não podem sequer, salvo situação onde não há tempo para transporte, realizar um parto de prematuro. Os atendimentos à gestante (partos e cesarianas) estão entre os 10 mais realizados no SUS.

Os dados acima parecem justificar o porquê das pessoas enfrentarem centenas de quilômetros atrás de atendimento médico. E não só as pessoas, mas também os agentes públicos responsáveis pelo atendimento ao cidadão nas Secretarias Municipais da Saúde, porque frequentemente tentam antecipar a reserva de vagas hospitalares nos grandes centros de atendimento. A região Norte, apesar de seus muitos leitos SUS, possui poucos leitos de UTI, pois o parâmetro do MS prevê que instituições com aproximadamente 100 leitos reservem 10% de sua capacidade para unidades de tratamento intensivo. Como há poucas unidades com esse tamanho, não há possibilidade de incremento nos leitos de UTI. No sentido inverso, vemos a área Metropolitana com um bom número de leitos, seguida novamente pela Sul e Serra.

As taxas de ocupação (figura 23) encontradas nas macrorregiões servem para ratificar as impressões com relação ao desempenho e à resolutividade das

unidades hospitalares que atendem pelo SUS. As regiões que possuem unidades maiores e maior disponibilidade de atendimento em UTI possuem as taxas mais elevadas de ocupação.

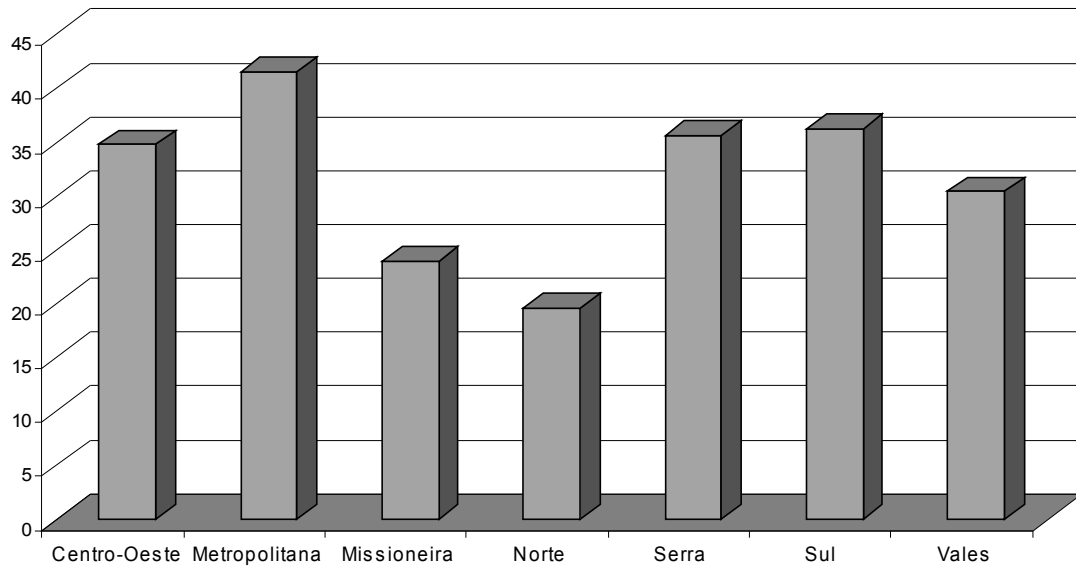


Figura 23 – Taxa de Ocupação SUS por Macrorregião, 2008  
Fonte: MS/DATASUS

Há uma série de outros itens de complexidade tecnológica que poderiam ser usados aqui. No entanto, estas informações não são tão claras e não têm a mesma expressão que os leitos de UTI. Todavia, há informações financeiras que poderão ajudar a mapear onde são realizados os atendimentos mais sofisticados. No capítulo 3 foram especificadas as formas de classificação do MS quanto à complexidade. As figuras 24 e 25 ilustram os gastos SUS com média e alta complexidade, que são as classificações atinentes às internações hospitalares para a competência 2008.

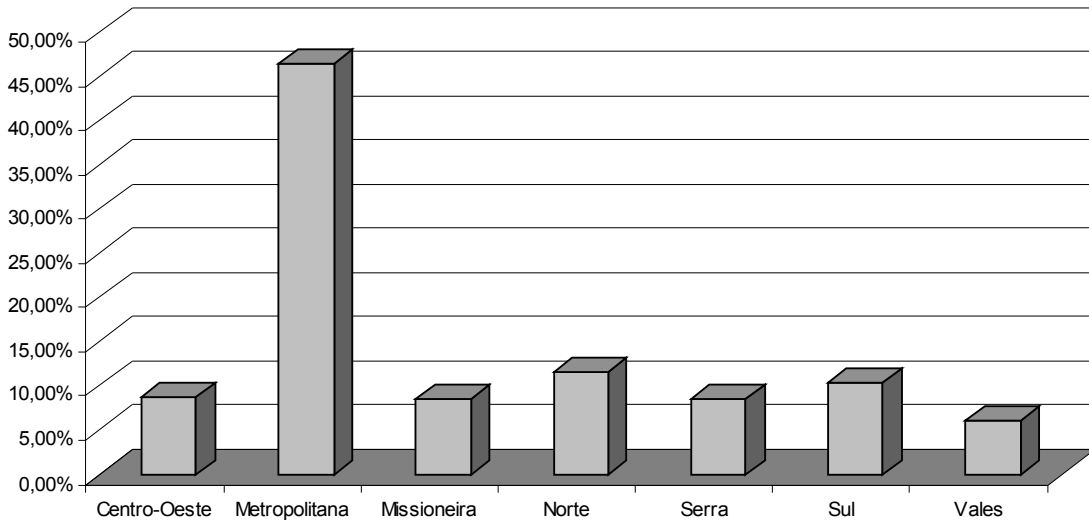


Figura 24 – Distribuição Percentual da Média Complexidade por Macroregião, 2008  
Fonte: MS/DATASUS – Informações Financeiras

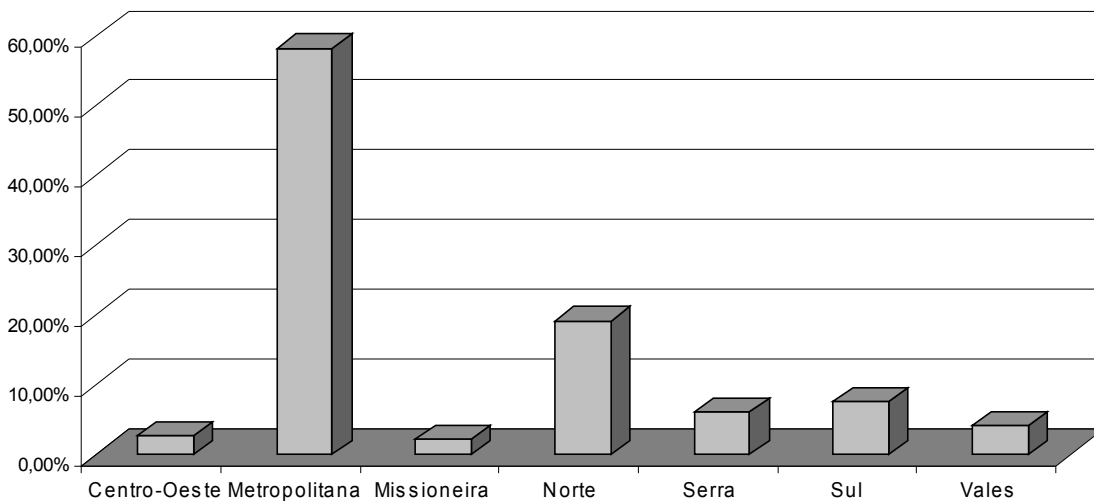


Figura 25 – Distribuição Percentual da Alta Complexidade por Macroregião, 2008  
Fonte: MS/DATASUS – Informações Financeiras

A concentração de serviços especializados fica bastante clara quando se observa que quase 50% do gasto com internações hospitalares de média complexidade e que aproximadamente 58% dos valores referentes à alta complexidade ficam na região Metropolitana. É racional pensar que as pessoas não



se desloquem à região Metropolitana em busca de atendimentos relativamente simples.

O MS só habilita como unidades de referência para atendimentos de alta complexidade, estabelecimentos que cumpram uma série de exigências contidas em diversas portarias, uma para cada área ou especialidade especificamente. Disso resulta que a maioria dos hospitais de pequeno porte não oferece recursos tecnológicos e humanos mínimos para atender a tais requerimentos.

Um olhar mais atento sobre as figuras acima, permite ver que a macrorregião Norte, tão assolada pelos índices anteriores, ganhou certo destaque e isso se deve à participação do município de Passo Fundo que, sozinho, responde por 5,56% e 17,66% dos valores auferidos no período estudado. A tabela 9 mostra a participação dos 10 principais municípios com relação ao gasto SUS com média e alta complexidade em 2008.

Tabela 9 – Dez Principais Municípios por participação no Gasto, 2008

Município	% Total Média Complexidade	% Total Alta Complexidade
<b>Porto Alegre</b>	<b>29,03%</b>	<b>55,42%</b>
Passo Fundo	5,56%	17,66%
Caxias do Sul	4,40%	5,73%
Rio Grande	2,68%	4,19%
Pelotas	4,01%	3,35%
Lajeado	0,99%	3,21%
Santa Maria	1,90%	2,26%
Erechim	1,71%	1,38%
Novo Hamburgo	1,39%	1,33%
Cruz Alta	0,70%	1,08%
<b>Total</b>	<b>52,37%</b>	<b>95,61%</b>

Fonte: MS/DATASUS – Informações Financeiras

Passo Fundo, portanto, é o segundo maior produtor de procedimentos de média e alta complexidade e possui duas unidades hospitalares de grande porte, uma delas com 605 leitos (CNES 2009). O dado mais expressivo, além da grande participação que representa a soma destes municípios, é o quanto Porto Alegre representa para o Estado, principalmente na alta complexidade, com a fatia de 55,42% dos gastos. Outra ressalva importante é que a maioria dos grandes hospitais de referência está ligada a cursos de graduação em medicina.

É importante lembrar que só foram computados os gastos com internação hospitalar. Esta ressalva se justifica porque, certamente, a população não se desloca apenas para internações. Há uma série de outros serviços disponibilizados somente nos grandes centros de referência. Muitos municípios possivelmente não contem nem com unidades de atendimento da rede básica com disponibilidade de atendimento médico, quanto menos com um aparelho de ecografia ou algo semelhante. Contudo, o estudo proposto dedicou-se ao maior consumidor de recursos públicos e à principal base de atendimento do sistema de saúde que são os hospitais, o que permitiu verificar, em boa parte, que as pessoas buscam atendimentos relativamente especializados nos grandes centros, por contar com uma oferta de leitos regional boa, porém não eficiente.

Demais considerações e possíveis conclusões quanto alternativas para o setor, serão detalhadas no próximo e último capítulo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A manutenção das políticas de cunho social no mundo capitalista, bastante discutida em meados de 1980, parece assegurada e com reforços advindos da ebulição da crise de 2008. O argumento progressista, aparentemente, está respondendo melhor às incertezas quanto ao destino do Welfare State, que se instalaram a aproximadamente 30 anos. Cabe lembrar que reformas são necessárias e, neste ponto, concordam progressistas e conservadores, pois há um novo conjunto de demandas sociais que normalmente estão ligadas a maiores custos, o que ajuda a justificar algumas proposições, tais como: criar fontes de financiamento menos suscetíveis a crises econômicas, controlar a expansão do aparato estatal, dos custos e da burocracia, incrementar os mecanismos de controle social e corrigir os mecanismos de distribuição de renda. Na saúde, as reformas sanitárias e os modelos de atenção reforçam a tendência de manutenção das políticas sociais e remetem à necessidade de prover ações preventivas que evitam ações curativas de maior custo para o sistema e de maior desgaste para os indivíduos.

No Brasil, as questões de ordem política predominaram e foram propulsoras do Welfare State no pós 1930, colaborando na atração de mão-de-obra para o processo de substituição de importações pois, por muitos anos, os direitos sociais foram garantidos somente para os trabalhadores urbanos com vínculo formal de trabalho. Neste período, a política econômica privilegiou o crescimento e a acumulação, deixando as políticas sociais em segundo plano. Após a chegada dos militares ao poder em 1964, alguns dos programas sociais foram incrementados e passaram a atender a uma fatia maior da população. Este fato despertou o interesse do setor privado na prestação de serviços, o que colaborou para a forte presença deste na composição do sistema de saúde brasileiro, conforme abordado no capítulo 4. Contudo, o Estado de Bem-Estar amplo surge somente em 1988 com a nova Constituição que trouxe, entre outras, as garantias legais de atenção à saúde para todos, onde o SUS representou a construção histórica mais importante dos movimentos sanitários brasileiros. A necessidade de preservação do SUS parece pouco contestável, porém o Sistema precisa de melhorias, tais como: adequar-se as

novas realidades de gasto, gastar melhor, expandir suas ações preventivas, estimular o controle social e valorizar mais a questão da equidade, tão importante num país continental como Brasil e com diferenças regionais bem acentuadas. Com relação ao financiamento, pode-se concluir que o SUS precisa de maiores e melhores fontes recursos, que venham garantir a cobertura dos custos advindos das necessidades assistenciais com mais segurança e regularidade. A EC 29 de 2000, quando aprovada, poderá colaborar neste sentido.

Quanto ao peso, pode-se inferir que o setor hospitalar é o principal absorvedor dos recursos do SUS, não somente por prestar serviços de maior valor, mas por realizar boa parte dos atendimentos ambulatoriais e também pelo fato da assistência ainda orientar-se fortemente em ações curativas. Esses fatos colaboram para a definição do perfil hospitalocêntrico do sistema de saúde brasileiro, sendo que no Rio Grande do Sul, a situação é a mesma.

O mapeamento da estrutura do Estado e a comparação com a realidade brasileira permitem verificar que, os números do setor hospitalar gaúcho, de forma geral, são relativamente melhores do que os brasileiros. No RS, quase 50% das unidades possuem menos de 50 leitos, contra os 60% de hospitais pequenos do Brasil, com destaque para participação ainda maior de instituições privadas gaúchas na prestação de serviços públicos de saúde. O SUS participa do financiamento de quase 90% do total das unidades hospitalares gaúchas, independente de esfera, pouco a mais que os 85% verificados em nível nacional. A oferta de leitos no RS é similar a de países desenvolvidos, 3,18 leitos/mil habitantes, índice superior a média nacional de 2,41. Nos dois cenários a distribuição geográfica da capacidade instalada se mostra equilibrada, com exceção de Porto Alegre, que concentra um número mais elevado de leitos por habitante (6,06), que a média das capitais brasileiras (3,78) e quase duas vezes maior que a média do RS.

A análise de eficiência proposta partiu de uma bibliografia contemporânea e atualizada, a qual orientou os principais pontos para observação da análise regional. Todos os índices relacionados tiveram influência direta do tamanho das unidades hospitalares, o que tornou as diferenças de escala fundamentais para o entendimento das diferenças de desempenho encontradas no setor. Hospitais pequenos, com menos de 100 leitos, encontram maiores dificuldades de viabilidade, tanto técnica quanto econômica e dificilmente conseguem diferenciais competitivos,

especialmente os ligados a alta tecnologia e a custos mais elevados. Por conseguinte, tendem a ser subutilizados, o que foi demonstrado nos índices de giro de leito, taxa de ocupação e média de permanência. Muitos destes hospitais estão localizados em regiões pouco desenvolvidas e de baixa concentração demográfica, o que também colabora com as dificuldades de demanda deste tipo de unidade. Hospitais de grande porte, associados à alta complexidade, encontram-se em cidades relativamente grandes, mais desenvolvidas e bem povoadas. Portanto, a boa quantidade de leitos à disposição do sistema de saúde gaúcho e brasileiro, pode causar a falsa impressão de que o tamanho do setor hospitalar é adequado, o que não se verifica quando se leva em conta as características e os níveis de eficiência de boa parte dos hospitais disponíveis.

No Rio Grande do Sul, as diferenças regionais são acentuadas e colaboram para explicar os motivos da “ambulancioterapia” em direção a Porto Alegre. A seção 5.3 expôs um conjunto de indicadores que reforçam essa conclusão, e os pagamentos de internação de média e alta complexidade, divididos por macroregião de saúde, indicam mais especificamente o que as pessoas vêm buscar na capital do Estado. A diferença nos valores repassados não encontra explicação nos desequilíbrios demográficos, pois a distribuição *per capita* dos leitos SUS nas macroregiões, se mostra razoavelmente constante, ou ainda, com certo prejuízo para região metropolitana, que acaba por diluir a concentração de leitos disponíveis em Porto Alegre. A complexidade dos atendimentos realizados nos hospitais da capital parece explicar melhor o porquê destes deslocamentos regionais, não somente por preferência das pessoas, como defende o ilustre colunista citado na introdução, mas principalmente por falta de opção local de atendimento qualificado.

A análise das características e dos indicadores subsidia a discussão quanto ao seu desempenho e possíveis alternativas de melhoria para o setor hospitalar gaúcho e para o sistema de saúde. Municípios como Passo Fundo, Caxias do Sul e Rio Grande possuem estruturas robustas e qualificadas de atendimento e conseguem colaborar na solução local de parte das demandas regionais por atendimentos mais complexos. No entanto, o número de unidades de porte, com habilitações para estes atendimentos, e neste trabalho reconhecidas como mais eficientes, é muito pequeno em todas as regiões, com exceção da Metropolitana, em especial, a cidade de Porto Alegre. Portanto, verifica-se que a maioria dos serviços

hospitalares precisa de uma escala mínima para se tornar eficiente e que, abaixo desta, servem pouco para o sistema de saúde o que remete, necessariamente à idéia de concentração de serviços em hospitais maiores. Contudo, esta concentração deve se dar em um número maior de pólos regionais, de modo a minimizar os problemas de oferta a menores distâncias, sem prejuízo à qualidade dos atendimentos. Porém, algum deslocamento, infelizmente é necessário. Unidades bem localizadas e com capacidade de expansão poderiam ser identificadas e ampliadas para atingir melhores resultados e para colaborarem de forma mais efetiva com o sistema o que, necessariamente, demandaria investimentos. Nesse contexto, quais seriam as possíveis alternativas para o setor hospitalar e para o sistema de saúde?

A questão do tamanho das unidades hospitalares, por exemplo, que pautou boa parte desta obra, pode levar à inferência de que as pequenas instituições devam ser fechadas, o que, do ponto de vista da racionalidade econômica, não representaria nenhuma insanidade. Contudo, o problema reveste-se de maior complexidade. Muitos destes hospitais possuem um vínculo forte com suas comunidades, geram algum emprego local e permitem o acesso a serviços básicos de saúde. O fechamento deste tipo de serviço pode contrariar a vontade popular. As soluções podem começar pela adaptação da oferta de leitos dos pequenos hospitais às reais necessidades locais e, com isso, lograr a redução de alguns custos fixos impostos pela legislação (número mínimo de profissionais de enfermagem por leito, por exemplo). Transformar parte da estrutura destas unidades em centros de atendimento ambulatorial, ligados à rede básica de atenção, também pode colaborar, no mínimo para tornar estas mais úteis para o sistema e, por que não, sustentáveis.

O sistema de saúde gaúcho, da mesma forma que o brasileiro, sofre com alguns problemas crônicos, entre os quais está a disponibilidade e a qualidade das informações em saúde. Os dados assistenciais carecem de padronização e há pouca informação relativa aos custos dos atendimentos, o que torna a tomada de decisão por parte dos formuladores de políticas de saúde uma tarefa bem mais difícil. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem realizado esforços no sentido de padronizar as informações do seu setor. Porém, ainda não há condições de avaliação quanto ao sucesso destas medidas. O MS disponibiliza um bom

conjunto de informações via sítio do DATASUS, o que vem colaborando significativamente para estudos sobre o setor. O Sistema precisa de informações padronizadas, de fácil acesso, e, principalmente, com alguma utilidade analítica

As decisões dos agentes do sistema de saúde são tomadas de forma independente, o que é bastante previsível, frente à forte presença do setor privado na atenção à saúde. Esta desarticulação do mecanismo de tomada de decisões impede que realmente se tenha um caráter de sistema, onde as ações de saúde não são um fim em si, mas, sim, parte de um conjunto de atividades voltadas para a manutenção da vida saudável dos indivíduos. A falta de integração entre os diferentes serviços fragmenta o histórico de saúde das pessoas e não permite um processo claro e continuado de atenção às suas necessidades. Os usuários do sistema acabam decidindo, mesmo sem conhecimento suficiente para isso e dentro das limitações de acesso, as melhores alternativas para seus tratamentos. O Estado deve agir no gerenciamento das redes de atendimento, de forma a garantir a devida articulação na rede de prestadores, públicos e privados, contratados pelo SUS. Por ser responsável por boa parte do fomento do sistema, o Poder Público pode direcionar seus contratos para os interesses da saúde, sob pena de autorizar ou não determinados serviços, ou seja, contratar o efetivamente necessário e gerar incentivos para oferta destas necessidades. Quanto à gestão, estruturas independentes, porém com controle social, servem como alternativas regionais de gerenciamento. Pequenos municípios, isoladamente, possuem poucas chances de prover serviços de saúde mais raros. Gerências regionais autônomas teriam a capacidade de reunir recursos além das fronteiras municipais e viabilizar estes empreendimentos, sem estarem condicionadas aos mandatos dos prefeitos e às possíveis diferenças políticas existentes.

O fato de ser uma importante fonte de financiamento e de se pretender usar isto como forma de incentivar o alinhamento dos agentes com as reais necessidades do sistema, traz para o Estado a necessidade de rever o seu modelo de remuneração. No atual formato, os valores pagos pelos serviços prestados ao SUS estimulam a produção de procedimentos de alta complexidade, os quais são remunerados acima de seu custo pelo sistema público e que exigem grandes investimentos por parte dos prestadores. Os procedimentos ligados à atenção básica, consultas, por exemplo, são remunerados sem relação com seus custos ou

com a realidade de mercado dos profissionais médicos envolvidos. Esta característica direciona os investimentos para serviços de alta tecnologia em detrimento da simples oferta de atenção básica como: medicina preventiva, consultas em especialidades médicas e exames de diagnóstico. O ajuste dos repasses aos custos permitiria o estabelecimento, por parte do Estado, de políticas de incentivo e restrição de oferta, de acordo com os interesses do sistema, fomentando as áreas de interesse e desabilitando setores superdimensionados. A simples compra de um equipamento poderia vir acompanhada da necessidade de laudo prévio de adequação ao sistema, emitido pela autoridade de saúde local. Essa mudança na forma de remuneração e gestão elevaria o gasto público, o que remete novamente à questão das fontes de financiamento do sistema, aqui já definidas como insuficientes e suscetíveis a instabilidades econômicas.

Enfim, as alternativas de solução para os problemas do setor hospitalar gaúcho, bem como para o sistema de saúde, passam pela necessidade de se repensar a estrutura do sistema de saúde do Estado e a forma como ele é fomentado. Os investimentos devem ser pautados nas reais necessidades do Estado e não devem ficar à mercê de decisões fragmentadas pelos agentes econômicos. Novos arranjos de pagamento e gestão devem colaborar para uma distribuição mais equânime da atenção à saúde no Rio Grande do Sul. Os investimentos e os gastos de custeio devem ser realizados com responsabilidade, pois as obrigações legais de cobertura não mudaram o fato dos recursos serem escassos e as necessidades ilimitadas.



## REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L.; Costa, V. M. F. Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro. *Relatório de Pesquisa*. n° 12. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 1998.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. *Caderno de Informações da Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss\\_perfil\\_setor.asp](http://www.ans.gov.br/portal/site/informacoesss/iss_perfil_setor.asp)>. Acesso em: 18 de novembro de 2009.

ALMA-ATA, 1978. *Declaração de Alma-Ata: Saúde para Todos no Ano 2000*. Disponível em: <[http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec\\_Alma-Ata.htm](http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm)>. Acesso em: 15 de junho de 2009.

AMOSTRA SUS 20 ANOS: *A Saúde do Brasil – Dever de Casa*. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/SUS20Anos/mostra/deverdecasa.html>>.

ANDRADE, M. V.; BARROS LISBOA, M. de. *Sistema Privado de Seguro-Saúde: Lições do Caso Americano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2000. Disponível em: <<http://virtualbib.fgv.br/dspace/handle/10438/436>>. Acesso em: 29 de setembro de 2009.

BARROS, M. B.; PIOLA S. F.; VIANNA, S. M. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Texto para Discussão n° 401. Brasília: IPEA, 1996. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/082/08201004.jsp?ttCD\\_CHAVE=2697](http://www.ipea.gov.br/082/08201004.jsp?ttCD_CHAVE=2697)>. Acesso em: 07 de agosto de 2009.

BIBLIOTECA Virtual de Saúde. Disponível em: <<http://www.bireme.br/>>.

BRASIL, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>>. Acesso em: 24 de agosto de 2009.

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.

COUTTOLENC, B. *O setor hospitalar no Brasil: Problemas e Perspectivas*. Disponível em: <[www2.ghc.com.br/GepNet/gestaomaterialdidatico32.pdf](http://www2.ghc.com.br/GepNet/gestaomaterialdidatico32.pdf)>. Acesso em: 29 de setembro de 2009.

DATASUS: Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – *Informações de Saúde*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=02>>.

\_\_\_\_\_. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – *Informações Financeiras*. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=03>>.

DRAIBE, S; HENRIQUE, W. “Welfare State”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.6, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.ampcs.org.br/portal/content/view/136/54>>. Acesso em: 18 de agosto de 2009.

DRAIBE, S. *A reforma dos programas sociais brasileiros: panorama e trajetórias*. XXIV Encontro Anual da ANPOCS – 2000. Disponível em: <[http://dc14.4shared.com/.../Sonia\\_Draibe\\_Reforma\\_Programas\\_Sociais\\_Anos\\_90\\_BR.pdf](http://dc14.4shared.com/.../Sonia_Draibe_Reforma_Programas_Sociais_Anos_90_BR.pdf)>. Acesso em: 10 de agosto de 2009.

FERRAZ, M. B. *Dilemas e Escolhas do Sistema de Saúde: Economia da Saúde ou Saúde da Economia?* Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2008.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – SIDRA. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm>>. Acesso em: 20 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. *Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária*. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2005/default.shtm>>. Acesso em: 20 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. *Contagem da População. Rio de Janeiro, 2007.* Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>>. Acesso em: 26 de outubro de 2009.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência.* São Paulo: SINGULAR, 2009.

MEDEIROS, M. *A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990.* Texto para Discussão n° 852. Brasília: IPEA, 2001. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/td/td\\_2001/td\\_0852.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/td/td_2001/td_0852.pdf)>. Acesso em: 10 de agosto de 2009.

MENDES, Á.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 841-850. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/19.pdf>>. Acesso em: 18 de setembro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>.

PIOLA, S. F.; VIVAS CONSUELO, D.; VIANNA, S. M. *Tendências do Sistema de Saúde Brasileiro: Estudo Delfhi.* Brasília: IPEA, 2001. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/082/08201004.jsp?ttCD\\_CHAVE=2697](http://www.ipea.gov.br/082/08201004.jsp?ttCD_CHAVE=2697)>. Acesso em: 31 de agosto de 2009.

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA. Disponível em: <<http://www.saudepublica.web.pt>>.

PORTARIA 1101/GM de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>>. Acesso em: 05 de novembro de 2009.

SANT'ANA, P. *A Criação de Albergues.* Porto Alegre: Zero Hora, 2009. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/zerohora/jsp/default2.jsp?uf=1&local=1&source=a2440118.xml&template=3916.dwt&edition=11913&section=1013>>. Acesso em: 13 de novembro de 2009.

SANTOS, Viviane. *A Evolução dos Hospitais*. HEBRON, 2007. Disponível em: <http://www.hebron.com.br/revista/n28/materia3.html>>. Acesso em: 06 de outubro de 2009.

SCIENTIFIC ELETRONIC LIBRARY. Disponível em: <http://www.scielo.org/>.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br>>.

SEFAZ: Secretaria Estadual da Fazenda do Rio Grande do Sul. Disponível em: [http://www.sefaz.rs.gov.br/AFE/DOT-DES\\_1.aspx](http://www.sefaz.rs.gov.br/AFE/DOT-DES_1.aspx)>. Acesso em: 10 de novembro 2009.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE. *Despesa Total com Saúde nas Três Esferas de Governo: 2000 a 2006*. Brasília, 2008. Disponível em: < <http://siops.datasus.gov.br/despsaude.php?escacmp=1> > . Acesso em: 19 de outubro de 2009.

TRIBUNAL DE CONTAS ESTADUAL. *Pareceres Contas do Governador 2001 a 2008*. Porto Alegre, 2009. Disponível em: [http://www.tce.rs.gov.br/contas\\_governador/pdf/](http://www.tce.rs.gov.br/contas_governador/pdf/)>. Acesso em: 10 de novembro de 2009.