

Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil

Building small hospitals as health policy: an emblematic case of Maranhao, Brazil

Carlos Leonardo Figueiredo Cunha

Enfermeiro. Doutorando em Saúde Coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ)

Ligia Bahia

Médica. Professora Associada do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ).

Atualmente o sistema de saúde brasileiro segue as diretrizes do Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento em saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dando outras providências. Este documento define e aprofunda conceitos essenciais ao sistema, tais como: regionalização, hierarquização, região de saúde, rede interfederativa, contrato entre entes públicos, comissões intergestoras^{1,2}.

A construção de estabelecimentos de saúde deve ser orientada por diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços em redes cooperativas intermunicipais e estaduais. A produção de alguns serviços exige escala de produção incompatível com a demanda de municípios de menor porte. Por exemplo, a existência de muitos municípios com população pequena faz com que não se justifique a oferta local de todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.

As Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando garantir a integralidade do cuidado³. São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, permitindo ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades por esta população, sendo uma potente estratégia de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção no SUS⁴.

A organização de Redes de Atenção à Saúde é considerada uma estratégia fundamental para consolidar o SUS e dar sustentabilidade às suas ações, sendo vista como um mecanismo de aperfeiçoamento político-institucional, gerencial e das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional.

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo Sistema Único de

Saúde nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

As mudanças demográficas e epidemiológicas, com a concomitância de condições agudas e crônicas, impõem desafios para o sistema de saúde, na medida em que requerem modelos complexos, que envolvem colaboração entre gestores, profissionais de saúde, usuários e instituições que tradicionalmente trabalham separadas. Atualmente percebe-se uma desarticulação entre a atenção básica e os demais serviços de saúde, já que os sistemas de saúde se organizam por níveis de atenção e complexidade, sem que existam, na prática, mecanismos de articulação e diálogo entre eles. Soma-se a isso o próprio perfil de formação dos profissionais, que enfrentam profundas dificuldades para dar conta da complexidade dos problemas de saúde mais frequentes, tanto em seus aspectos estritamente clínicos, como em sua relação às questões sociais⁵.

Devido a sua grande extensão territorial e localização em uma área “periférica” dos grandes centros brasileiros, a fixação de profissionais de saúde no Maranhão e especificamente do profissional médico é um grande obstáculo. Dados do Conselho Federal de Medicina sinalizam que o Maranhão ocupa o último lugar no que tange a relação de médicos por habitantes. Outro ponto grave é que, entre os médicos que o estado possui, poucos têm especialização. Apenas 37,4% dos médicos que atuam no Maranhão são especialistas, uma das proporções mais baixas do país⁶.

Cabe ressaltar que poucos municípios são capazes de oferecer sozinhos toda a oferta de serviços que sua população necessita, desde as ações de promoção e prevenção até as de alta complexidade. Para Souza⁷, o pequeno porte da maior parte dos municípios brasileiros traz dificuldades no sentido da capacidade de planejamento do sistema, da regulação de prestadores e da construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população. Desta maneira, é preciso uma rede de saúde organizada na região para que se consiga dar conta de todas as necessidades de saúde dos cidadãos de seu território.

Para localidades de menor porte populacional recomenda-se o investimento na atenção básica à saúde, a melhoria dos serviços já existentes e a contratualização de serviços inexistentes com municípios maiores e de melhor estrutura de serviços de saúde. A decisão mais racional para melhoria dos indicadores socioeconômicos e sanitários de pequenos municípios e a oferta local de serviços que não dependentes de economia escala e escopo é a participação dessas cidades nos esforços para a organização de regiões de saúde dotadas de estabelecimentos de saúde de referência.

Os estabelecimentos de saúde que devem ser ofertados de forma dispersa e próximo aos locais de moradia e trabalho são aqueles sensíveis à distância tanto para populações urbanas quanto rurais. As ações e cuidados da atenção básica à saúde são sensíveis à distância. Ou seja faz diferença a proximidade dos serviços de atenção básica para o acesso e uso pela população. A oferta próxima aos locais de habitação e circulação cotidiana da população é particularmente importante para serviços preventivos ou para o manejo de doenças em estágios não sintomáticos. Há evidência também sobre a necessidade de prover meios rápidos de transporte para garantir acesso à população de localidades sem oferta de hospitais de emergência. Entretanto, não há evidência de associação entre distância e utilização de procedimentos hospitalares para casos agudos ou crônico-agudizados e tampouco para serviços de radioterapia e de seguimento de câncer de mama⁸.

Portanto, os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e escopo, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso⁹.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida em que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior

número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde, nos quais a maior parcela de gastos costuma ser a remuneração de pessoal.

Os estudos disponíveis revelaram que as economias de escala só podem ser encontradas em hospitais de mais de 200 leitos, que o tamanho ótimo dos hospitais pode estar entre 200 a 400 leitos¹⁰. A economia de escala nos serviços de saúde decorre de vários fatores: a divisão do trabalho; a alta relação entre custos fixos/custos variáveis; a natureza singular das tecnologias de saúde, que as tornam particularmente sensíveis à escala. As economias de escopo ocorrem quando um determinado serviço de saúde aumenta a variedade dos equipamentos que podem ser utilizados numa mesma função. Economias de escopo podem resultar quando se evita a duplicação de equipamentos médicos numa mesma unidade de produção; por exemplo, quando vários serviços especializados de um hospital utilizam o mesmo tomógrafo computadorizado.

Uma singularidade dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade¹¹. Esta relação decorre da premissa de que serviços de saúde ofertados em maior volume apresentam melhor qualidade. Em função dessas evidências, a busca de escala e escopo tem conduzido a regionalização e concentração de certos serviços de saúde. Na Holanda as cirurgias cardíacas abertas só podem ser realizadas em hospitais que façam, no mínimo, 600 operações anuais¹². Similarmente, nos Estados Unidos, a partir dos anos 1980, o Colégio Americano de Cirurgiões recomendou que as equipes de cirurgia cardíacas abertas façam, no mínimo, 150 operações por ano.

No Reino Unido, bem como na maioria dos países desenvolvidos e em alguns estados brasileiros, observa-se uma crescente concentração de hospitais¹³. Essa busca por eficiência e qualidade tem levado ao incremento do tamanho das unidades de saúde, dentro de um movimento mais amplo de instituição de sistemas integrados de serviços de saúde. E isso tem sido realizado pelo processo de integração horizontal, ou seja, a integração de unidades de saúde que produzem serviços similares. Na prática, a integração horizontal, tem levado a fechamentos de unidades de saúde pequenas e à fusão de unidades similares. Faz parte da lógica desse movimento a captação de pacientes em situações ambulatoriais, em atividades de proteção e promoção da saúde alternativas àqueles prestados em ambiente hospitalar e de outros que complementam a assistência hospitalar, ajudando a dar a desejada integralidade à atenção.

A necessidade de operar sistemas de serviços de saúde, com eficiência, efetividade e qualidade tem levado alguns estudiosos a propor uma escala mínima populacional para se organizar racionalmente esses sistemas. Só a partir de uma determinada base populacional, os sistemas de serviços de saúde poderiam operar com eficiência e qualidade e ratear adequadamente os riscos. Nesse sentido, Bengoa¹⁴ sugere uma escala mínima de 100.000 a 150.000 pessoas.

Diante dessas evidências, os sistemas de serviços de saúde, devem configurar-se em desenhos institucionais que combinem elementos de concentração e de dispersão. Por isso, os gestores públicos de saúde, devem analisar pormenorizadamente o tamanho dos serviços e volume e qualidade de suas operações.

O estado do Maranhão, apesar do notável avanço nos últimos anos, ainda apresenta uma alta taxa de mortalidade infantil (TMI). Embora reduzida de 50,4 (1997) para 29 óbitos em cada mil nascidos vivos em 2011, o Maranhão ainda apresenta uma taxa de mortalidade infantil muito superior a da média nacional 16,4/1.000 nascidos vivos¹⁵.

Destaca-se que no Maranhão, a Estratégia Saúde da Família possui uma cobertura de 80,5%, no entanto, ainda observa-se uma alta taxa de mortalidade infantil em nosso estado (29/1.000 nascidos vivos), em relação à média brasileira (16,4/1.000 nascidos vivos), o que sinaliza a necessidade de melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica à saúde¹⁶.

Com um investimento previsto de 500 milhões de reais, o governo do Maranhão

instituiu o Programa “Saúde é Vida”, com o objetivo de construir e ajudar a operacionalizar unidades de 20 a 50 leitos em municípios do interior do Maranhão.

As altas coberturas nominais da Estratégia Saúde da Família e persistência de elevadas taxas de mortalidade infantil sinalizam que a prioridade para melhorar as condições de saúde e de vida é a melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica. Hospitais de pequeno porte e deseconomias de escala e escopo não terão impacto sobre os determinantes da situação de saúde dessas cidades.

Em um contexto de desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, os impactos provocados pelas políticas de saúde nem sempre resultam em mudanças esperadas ou atendem às necessidades e expectativas da população. Porém, a realidade socioeconômica encontrada no Maranhão deve ser considerada como fator determinante de sua situação de saúde e de acesso aos serviços preventivos ou assistenciais, o que tem colocado o estado em uma posição desfavorável em relação aos indicadores de saúde. A renda familiar e baixa escolaridade inegavelmente interferem no acesso aos serviços de saúde¹⁷.

As condições sensíveis a atenção ambulatorial (CSSA) são um indicador indireto de efetividade do sistema de saúde nas ações de atenção básica, pressupondo que as pessoas internadas por CSSA não receberam atenção em saúde efetiva em momento oportuno, levando um agravamento da condição clínica, exigindo a hospitalização. Estudo realizado por Macinko et al.¹⁸, sobre a evolução do impacto do Programa Saúde da Família no Brasil entre os anos de 1990 a 2002, revelou que um aumento de 10% na cobertura do PSF está associado a redução de 16,8% da TMI; a diminuição do analfabetismo das mulheres está associado a redução de 16,8% da TMI; o aumento de acesso a água encanada em 10% está relacionada a 1,4% de redução da TMI.

A política de construção de hospitais deve se pautar pelo acúmulo de conhecimentos nacionais e internacionais existentes e pelas diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS. A construção de pequenos hospitais no interior do Maranhão baseiam-se, sobretudo, em intenções, certamente bem intencionadas, de ocupantes de cargos eletivos, que muitas vezes não possuem um conhecimento aprofundado sobre a organização de sistemas de saúde. Essas boas intenções, contudo devem ser escrutinadas especialmente em razão da sustentabilidade desses projetos no médio e longo prazo. Os custos futuros de manutenção de pequenos hospitais são relativamente muito elevados em razão de suas deseconomias de escala e escopo. A assistência ambulatorial, inclusive para pequenas cirurgias, a assistência domiciliar e a telemedicina estão tornando obsoletas unidades de saúde hospitalares de pequeno porte. A situação de precariedade dos pequenos estabelecimentos existentes não é um critério para unidades similares. A construção de hospitais de pequeno porte no Brasil, no Maranhão não são justificáveis tanto no que diz respeito às necessidades epidemiológicas, quanto no concerne às recomendações nacionais e internacionais para a organização de serviços de saúde.

A importância dos hospitais se expressa na concentração de saberes e tecnologias mais especializadas e participação significativa das despesas hospitalares no total dos gastos com saúde. Esses predicados financeiros e tecnológicos dos hospitais repercutem intensamente no imaginário e na mídia. Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento a maioria das pessoas nasce e morre em hospitais. Por isso, os processos contemporâneos de organização e reorganização de sistemas integrados de saúde reservam um papel destacado aos hospitais: o atendimento de emergências e casos complexos.

Os hospitais modernos são centros dotados de recursos tecnológicos de alta capacidade resolutiva. No entanto, no Brasil, o que recebe a denominação hospital abrange uma diversidade de tipos: hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais regionais, hospitais de apoio. Assim, o termo hospital se refere a um conjunto heterogêneo de estabelecimentos que desempenham funções variadas nas redes de atenção à saúde. A característica comum a essa gama diversificada de instituições é a prestação de cuidados a pacientes internados em leitos hospitalares durante 24hs por dia. Porém, unidades de baixa complexidade como Unidades

Mistas e Unidades de Pronto Atendimento que possuem leitos de observação não são análogas a hospitais com unidades de terapia intensiva.

O custo estimado para a construção e manutenção de hospitais dotados de recursos adequados ao atendimento de casos complexos são elevados. Os gastos correntes para preservar o funcionamento de unidades hospitalares a cada ano equivalem ao investimento inicial. Daí a necessidade de uma unidade hospitalar ser planejada em termos de escopo e escala para compatibilizar necessidades de saúde a eficiência de dispêndios sociais que não diminuem com o passar do tempo. As economias de escala e escopo são essenciais nas unidades hospitalares. Os hospitais operam com um conjunto complexo de funções inter-relacionadas e é necessário alocar diferentes serviços em um mesmo estabelecimento de grande porte para facilitar as interações entre especialidades, o trabalho multidisciplinar e garantir o ótimo uso de equipamentos de alta densidade tecnológica.

O Ministério da Saúde, considerando a existência de um número grande de hospitais de pequeno porte no Brasil, vem buscando estimular a mudança de perfil assistencial dessas unidades, desde 2004, por meio da emissão de normas legais. O que se constata é que essas unidades, em geral, apresentam índices elevados de ociosidade e os valores de remuneração a elas destinado é menor do que o captado pelos hospitais de médio e grande porte, o que termina por inviabilizá-las.

A construção de novas unidades hospitalares de pequeno porte em municípios no estado do Maranhão não mantém correspondência com as diretrizes de regionalização que preconizam a organização de serviços de saúde em bases populacionais. A produção de alguns serviços exige escala de produção incompatível com a demanda de determinados municípios, para os quais o investimento mais adequado é a melhoria das ações básicas de saúde e a participação nas redes regionalizadas. A decisão mais racional para melhoria dos indicadores socioeconômicos e sanitários dos municípios maranhenses e a oferta local de serviços que são dependentes de economia escala e escopo é a participação dessas cidades nos esforços para a organização de regiões de saúde dotadas de estabelecimentos de saúde de referência.

O estado do Maranhão tem enormes desafios no que concerne à situação de saúde. Apesar de possuir uma alta cobertura nominal da Estratégia Saúde da Família (80,5 %), muitas das atividades básicas previstas para a melhoria da saúde não são realizadas, sugerindo que os esforços para a organização de sistemas locais e regionais de saúde devem se concentrar na qualificação dos serviços existentes e reforço das referências regionais. As propostas apresentadas para a construção de unidades hospitalares de pequeno porte em cidades situadas no estado do Maranhão não são adequadas à organização de sistemas hierarquizados e regionalizados de saúde e ao volume e critérios de financiamento para sua sustentabilidade.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011 [acessado 2014 fev 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
2. Cunha CLF, Silva IR. Perspectivas e desafios para a atenção básica à saúde no Brasil: desdobramentos da enfermagem. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Kalinowski CE, Oliveira A, Ferreira DS, organizadores. PROENF Programa de atualização em enfermagem: atenção primária e saúde da família: ciclo 2. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 9-34.
3. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2010;15(5):2297-2305.
5. Feuerwerker LM. Modelos technoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface Comunic Saúde Educ 2005; 9(18):489-506.

6. Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Demografia médica no Brasil. São Paulo: CRMSP/CFM; 2013.
7. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2001;6(2):451-5.
8. Carr-Hill R, Place M, Posnett J. Access and the utilization of health care services. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J. Concentration and choice in healthcare. London: The Royal Society of Medicine Press; 1997. p. 39-40.
9. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
10. Aletras V, Jones A, Sheldon TA. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J. Concentration and choice in healthcare. London: Financial Times Healthcare; 1997. p. 23-36.
11. Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Belo Horizonte; 2007 [acessado 2014 fev5]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/revisao_bibliografica_sobre_as_redes_de_atencao_a_saude.pdf.
12. Banta D, Bos M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Health Policy* 1991;18(1):1-10.
13. Ferguson B, Goddard M. The case for and against mergers. In: Ferguson B, Sheldon T, Posnett J. Concentration and choice in healthcare. London: The Royal Society of Medicine Press, 1997. p. 67-82.
14. Bengoa R. Questões teórico-conceituais e resultados já obtidos em países que adotaram a separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde. In: Ministério da Saúde, Banco Mundial. Seminário a separação do financiamento e da provisão de serviços nos Sistemas Universais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
15. Santos EM, Oliveira EA, Cruz M, Lea A, Duque A, Cunha CL. Monitoramento em Promoção de Saúde: uma experiência de capacitação de adultos em um estado do Nordeste brasileiro. *EducRev*2012;46:193-207.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura do Programa Saúde da Família: Maranhão. [acessado 2014 fev 20]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/dab>.
17. Cunha CLF, Silva RA, Gama MEA, Costa GRC, Costa ASV, Tonia SR. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. *Cad saúde colet* 2013;21(2):115-20.
18. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006;60(1):13-9.