

Artigo original

Análise e comparação dos dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS), da Saúde Supletiva (SS) e países selecionados

Analysis and comparison of hospitalization data from the Unified Health System (SUS), Supplementary Health (SS) and selected countries

Olímpio J Nogueira V Bittar^I; Lígia Mayumi Abe^{II}

^IGabinete do Secretário, ^{II}Coordenadoria de Planejamento de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo, Brasil.

RESUMO

Hospitais são unidades complexas, complicadas, disruptivas, de alto risco e alto custo face aos programas e serviços desenvolvidos no sistema de saúde. Dentre as atividades realizadas em regime de internação clínica ou cirúrgica, representam custos elevados para o sistema e maiores riscos para os pacientes que permanecem expostos por maior tempo durante sua permanência como infecções, iatrogenia, eventos adversos, devendo ser evitadas ou ter seu tempo reduzido. A evolução tecnológica e de gestão, observadas a partir da década de setenta do século passado, permitiu que tanto o diagnóstico como o tratamento de muitas doenças e a realização de muitos procedimentos possam ser efetivados fora do leito, no ambulatório, nos serviços complementares de diagnóstico e tratamento e mesmo no domicílio do paciente. Isto faz com que análises sobre o volume e necessidade de internação hospitalar sejam motivos de pesquisas operacionais, estimulando gestores de saúde a investir mais em formas alternativas de atendimento e estabelecer parâmetros tanto para internações como para dimensionamento de leitos locais e regionais. Esta pesquisa descritiva compara o volume das internações hospitalares no Sistema Único de Saúde, no Sistema Supletivo e outros países, nos anos de 2018 e 2019. Utilizou-se de dados secundários de internações, leitos e população coberta, analisando-se a produção em números absolutos, médias, taxas e coeficientes.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização. Custos e análise de custos. Leitos hospitalares. Financiamento da assistência à saúde.

ABSTRACT

Hospitals are complex, complicated, disruptive, high risk and expensive units due to the programs and services developed in the health system. Among the activities performed in a clinical or surgical hospitalization regime, they represent high costs for the system and greater risks for patients who remain exposed for a longer time during their stay, such as infections, iatrogenesis, adverse events, which should be avoided or had its time duration reduced. Technological and management developments, observed since the seventies of the last century, allowed that both the diagnosis and the treatment of many diseases and the performance of many procedures can be done out of bed, in the outpatient clinic, in complementary diagnostic services and treatment and even at the patient's home. This makes the analysis of the volume and need for hospitalization grounds for operational research, encouraging health managers to invest more in alternative forms of care and to establish parameters for both hospitalizations and the dimensioning of local and regional beds. This research deals with the survey of the volume of hospital admissions in Brazil, in 2018 and 2019, comparing them with data from other countries. This descriptive research compares the volume of inpatient at Sistema Único de Saúde, Sistema Supletivo and other countries, in years 2018 and 2019. It has been used secondary data from hospitalizations, beds and insured population, assessing production, in absolute numbers, medias, percentages and coefficients.

KEYWORD: Hospitalization. Cost and cost analysis. Hospital bed capacity. Health care financing.

INTRODUÇÃO

Hospitais são instituições complexas, complicadas, disruptivas, de alto risco e alto custo face aos programas e serviços produzidos para assistência à população, conceitos estes que se aplicam desde a construção até durante toda a sua existência. Grandes áreas como ambulatório, emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, internação clínico-cirúrgica, atividades extra hospitalares, pesquisa e ensino passaram a incorporar tecnologia e modelos de gestão mais sofisticados,

principalmente a partir da década de setenta do século passado, possibilitando melhores resultados aos pacientes e às comunidades.

Entre as possibilidades de atendimento aos pacientes, a internação é o mais crítico, tanto pelo maior tempo de exposição ao ambiente hospitalar como pelos procedimentos por vezes mais invasivos, haja vista série de ocorrências danosas e/ou incômodas como infecção hospitalar, eventos adversos, iatrogenia e o afastamento social.

Kerr White,^{1,2} na década de sessenta, acompanhou, numa localidade americana, 1.000 habitantes durante um mês e constatou que 750 reportaram algum sintoma ou doença, 250 procuraram um médico, 9 foram internados e 1 habitante foi transferido para um hospital-escola. O estudo, revisado por Green³ na década de 1990 e publicado em 2001, confirmou que o padrão de internação se manteve, de 1.000 habitantes, 800 reportaram sintomas, 330 procuraram algum tipo de ajuda (consulta médica, medicina alternativa, pronto-socorro, *home care*), 8 foram internados e 1 foi encaminhado para um hospital-escola. As taxas de internação foram de 10,8 e 9,6 para os dois períodos, respectivamente.

Estudo semelhante elaborado por Kaneko et al.,⁴ reproduzido no Japão em 2013, em Okinawa, uma ilha isolada com 1.314 habitantes, 57 foram internados, resultando em uma taxa de internação 4,3% no ano. Em São Paulo, Roncoletta,⁵ em 2008, em uma amostra de 1.065 beneficiários de uma operadora de saúde visando compreender a utilização da atenção primária, 424 reportaram a presença de sintomas, 63 foram internados e 1 foi encaminhado para 1 hospital-escola, sendo 5,9% a taxa de pacientes internados, no ano.

De acordo com Moreira et al.⁶ o perfil de utilização dos serviços de saúde de forma geral provém da complexa relação entre a oferta, demanda e acesso aos serviços e, ainda, das características sócio-demográficas e epidemiológicas de seus usuários.

OBJETIVO

Analisar e comparar dados de internação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da

Saúde Supletiva (SS) por intermédio das operadoras de planos e seguros de saúde (medicina de grupo, cooperativa médica, auto-gestão, entidade filantrópica e seguradora especializada em saúde) e também com países da Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

METODOLOGIA

Estudo descritivo, com dados do período de 2018 e 2019, sendo que em alguns casos, para os países da OECD selecionados, retroagiu-se a 2015 face a não publicação dos referidos dados até a época de realização da pesquisa.

Os dados analisados neste estudo, referentes ao Brasil, são de 2018 e 2019. A comparação foi feita com dados de países selecionados intencionalmente dos mesmos anos. Foram utilizados dados adicionais para efeito de comparação de 2015 a 2019 (período considerado sem grandes alterações epidemiológicas ou sócio econômicas, mas, podendo ser considerado uma limitação do trabalho), não houve variação expressiva dos resultados.

Os países da OECD intencionalmente selecionados foram: Japão, Nova Zelândia, Canadá, Reino Unido, Chile, Suíça, Portugal e México.⁷⁻⁹ Entre os critérios, valorizou-se disporem de sistemas de saúde públicos e universais (Canadá, Reino Unido e Portugal) e/ou por possuírem populações desenvolvidas socioeconomicamente e que podem ser comparadas com a população beneficiária da saúde supletiva. Há limitações certamente, pois as comparações de dados de gestão de serviços de saúde e epidemiológicos não são fáceis por estarem submetidos a influência de inúmeras variáveis (geográficas,

demográficas, epidemiológicas, políticas, sócio-econômicas, tecnológicas, culturais, ambientais e da existência e distribuição dos serviços no mercado de saúde, bem como da sua regulação) em nível local, regional e nacional. Enfim, estudos exigem comparações que evidenciam diferentes situações exigindo estudos mais aprofundados.

As Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), consideradas nesta pesquisa como o número de internações pelo SUS no período, foram consultadas no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Também, do DENASUS, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram retiradas informações de recursos físicos, número e tipos de estabelecimentos, média de leitos de internação, de janeiro a dezembro de 2018 e de 2019.

Os dados demográficos para estimativa da população atendida pelo SUS são de publicações do IBGE para os anos estudados.

Informações sobre a SS, como o número de beneficiários cobertos pelos planos e seguro de saúde, números de leitos de internações e o total de internações para os anos de 2018 e 2019, foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Produto (SIP), na aba 'Dados e Indicadores do Setor' da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Os usuários exclusivos SUS foram estimados fazendo-se a subtração da população total do número de beneficiários da SS, fornecidos pelo SIP.

Algumas definições importantes: internação hospitalar diz respeito aos pacientes

admitidos em leitos hospitalares por 24 horas ou mais; alta hospitalar é o término da internação hospitalar, podendo esta ser por cura, melhora, óbito ou alteração da modalidade de assistência.¹⁰

A AIH é o sistema de registro de internações do SUS, o qual realiza pagamentos por valores fixos dos procedimentos médico-hospitalares, estando incluso no valor os materiais a serem utilizados, procedimentos, honorários dos profissionais de saúde envolvidos e hotelaria.¹¹ O número de internações pode ser pouco menor do que o de AIH, uma vez que em determinadas doenças e procedimentos um paciente pode ter mais do que uma AIH aberta, porém a sua utilização não causará distorção significativa na interpretação dos resultados da pesquisa, como foi observado.

O CNES registra 7.040 estabelecimentos de saúde com leitos de internação em 2018 e 7.046 em 2019, classificados como: hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais-dia, prontos socorros especializados, prontos socorros gerais, unidades mistas e os demais tipos agrupados em outros estabelecimentos.

Foram considerados o número de leitos totais incluindo os leitos para agudos (cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital-dia e outras especialidades), de terapia intensiva, psiquiátricos e de retaguarda, SUS e SS, bem como para os países selecionados.

Os dados das internações no Brasil foram discriminados pela população coberta pelo SUS (usuários) e população coberta pela SS (beneficiários), e pressuposição para internação de toda população (SUS+SS) nos leitos totais do País, visto que parcela da população SS também se utiliza dos hospitais do SUS, na média e alta complexidade.

Para análise estatística utilizou-se de números absolutos, médias, taxas e coeficientes, do período.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O SUS é universal propondo-se a atender toda a população, com financiamento público. Parte da população opta por ter atendimento também pelos planos e/ou seguros de saúde regulamentados pela ANS com 47 milhões de beneficiários, nos anos estudados nesta pesquisa, 22,4% da população brasileira, conforme tabela 1. Embora exista a opção por este tipo de atendimento esta mesma população está livre para utilizar os programas e serviços do SUS, o que acontece quando procura principalmente os serviços de alta complexidade de hospitais públicos do SUS, além de outros programas e serviços, tendo como exemplo as vigilâncias em saúde, laboratórios de saúde pública, transplantes e vacinação.¹² A população que depende

exclusivamente do SUS para serviços hospitalares de internação de média e alta complexidade gira em torno de 163 milhões de pessoas ou 77,6% da população total, em 2019.

Havia, de acordo com a tabela 2, em 2019, 7046 estabelecimentos com leitos de internação no total, divididos entre hospitais especializados, hospitais gerais, hospitais-dia, prontos-socorros especializados e gerais, unidades mistas e outros estabelecimentos de saúde. São 430.563 leitos gerais existentes e 294.968 leitos gerais SUS.

A tabela 3 apresenta o número de leitos de internação e de terapia intensiva (complementares) SUS e SS. Nos anos levantados, 2018 e 2019, verifica-se redução de leitos gerais e aumento dos de terapia intensiva no SUS e na SS aumento dos leitos gerais bem como discreto aumento nos de terapia intensiva.

Tabela 1. Número de beneficiários SUS e SS, Brasil - 2018 e 2019

	Ano	População SUS	Beneficiários SS	População Total	Cobertura SUS
Brasil	2018	162.404.147	47.095.853	208.494.000	77,9%
	2019	163.106.966	47.040.159	210.147.125	77,6%

Fonte: IBGE e ANS, 2018 e 2019

Tabela 2. Número de Hospitais e outras unidades com leitos gerais SUS, Brasil, 2018 e 2019

	2018			2019		
	Número	Leitos Existentes	Leitos SUS	Número	Leitos Existentes	Leitos SUS
Hospital Especializado	673	65.298	43.884	679	64.680	42.105
Hospital Geral	5.050	338.708	237.670	5.047	338.034	235.687
Hospital Dia	283	5.695	1.443	301	6.081	1.467
Pronto-Socorro Especializado	31	2.323	2.044	22	1.774	1.501
Pronto Socorro Geral	93	2.340	2.085	94	2.033	1.768
Unidade Mista	605	10.190	9.562	574	9.429	8.806
Outros Estabelecimentos	305	8.195	3.592	329	8.532	3.634
Total	7.040	432.749	300.280	7.046	430.563	294.968

Fonte: CNES, 2018 e 2019

Tabela 3. Número de leitos gerais e complementares do SUS e SS Brasil, 2018 e 2019

Ano	Leitos SUS	Leitos SUS UTI	Leitos SS	Leitos SS UTI	Total Brasil
2018	300.280	30.714	132.469	27.391	490.854
2019	294.968	32.067	135.595	27.728	490.358

Fonte: CNES, 2018 e 2019

A proporção entre leitos gerais e de terapia intensiva deve ser motivo de planejamento cuidadoso pois, muitas vezes, a produtividade hospitalar é prejudicada por gargalos no dimensionamento correto destes últimos, quando a unidade tem leitos gerais, salas cirúrgicas e obstétricas suficientes para a demanda, porém esbarra na limitação de oferta de leitos de terapia intensiva para procedimentos de alta complexidade e pacientes com comorbidades e doenças graves. O percentual de leitos de terapia intensiva de 11,8% e de 12,2% dos leitos totais no País, respectivamente nos anos estudados demonstram valor seguramente abaixo das necessidades atuais de complexidade e gravidade da demanda que os hospitais devam atender.

A tabela 4, resultante dos dados apresentados nas tabelas anteriores, traz o coeficiente de leitos por 1.000 habitantes para os usuários SUS, beneficiários da SS e para a população total.

Há, entre profissionais de saúde e mesmo a mídia, preocupação em comparar este coeficiente com parâmetros de outros países ou mesmo entre estados, inclusive citando organizações internacionais que preconizam valores, sem fundamentação na literatura (alguns atingindo 4,5/1.000 habitantes) o que deve ser tratado com cautela, devido

as inúmeras variáveis que interferem no dimensionamento de leitos, entre elas as geográficas, demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas da população. A portaria GM/MS nº 1.631/2015¹³ preocupou-se neste sentido, observando diversas variáveis. Falar em *déficit* ou *superávit* de leitos sem aprofundar a análise não é correto.

A partir da década de setenta do século passado, inúmeras inovações tecnológicas e de gestão foram incorporadas aos sistemas de saúde, permitindo que muitos procedimentos e outros cuidados de saúde ocorram fora do leito hospitalar, ou seja, nos ambulatórios, nos serviços complementares, ou assistência domiciliar, com o uso do hospital-dia, novas drogas, medicamentos, incluindo ferramentas como a telessaúde, permitindo diagnósticos à distância.

Uma das melhores formas de evitar a necessidade do leito hospitalar é por meio da atenção básica de saúde, promoção da saúde, prevenção da doença e diagnóstico precoce.

Quando analisado o coeficiente de leitos, tabela 5, nota-se uma diferença considerável comparando-se os da SS para os seus beneficiários, dos leitos SUS para população exclusiva SUS. Mesmo somando-se o total de leitos SUS e SS para população total o coeficiente SS é muito maior.

Tabela 4. Coeficiente de Leitos SUS e SS para 1000 habitantes, Brasil – 2018 e 2019

Ano	Usuários SUS	Beneficiários SS	População Total
2018	2,1	3,4	2,4
2019	2,0	3,5	2,3

Fonte: CNES, 2018 e 2019

Isto remete à Lei de Roemer: “se há leitos hospitalares disponíveis, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população”,¹⁴ ou seja, Mendes¹⁵ complementa afirmando “capacidade instalada determina o uso”. O planejamento de leitos hospitalares deve buscar o número correto para a demanda de determinada comunidade.

Comparados a outros países, tabela 5, o coeficiente de leitos da SS fica em segundo lugar, atrás do Japão com 13 leitos/1000 habitantes e junto com Portugal, 3,5 leitos/1000 habitantes.

Não foi possível levantar todos os dados atualizados pela referência OCDE dos anos de 2018 e 2019, optando-se por comparar com dados de anos próximos, de 2015 a 2019, com a intenção de mostrar se existe alto coeficiente de leitos por mil habitantes como no Japão, a média de permanência também é elevada e o percentual de ocupação atinge somente 75,5%. Entre os hospitais selecionados, somente o Reino Unido e o Canadá possuem taxas de ocupação expressivas, mas mesmo

assim, demonstrando que o coeficiente de leitos existentes, de 2,5 por mil habitantes, são suficientes para atender a população com qualidade, visto que os sistemas de saúde destes países são tidos como exemplos de bons sistemas.

No Brasil, em 2015, a taxa de ocupação foi de 55,9%; em 2017, 58,5% e em 2019 atingiu 59,4%, confirmando a hipótese de que leitos existem, mas são de baixa complexidade, principalmente nos hospitais de pequeno porte (abaixo de 50 leitos) e até mesmo em alguns de médio porte (51 a 150 leitos) ficando ociosos, conforme Botega et al.,¹⁷ quando deveriam ser destinados a outras finalidades, como exemplo, para retaguarda hospitalar ou mesmo para atividades de assistência social, aproveitando melhor os recursos que podem ser direcionados a hospitais mais complexos. A falta de ‘políticas hospitalares’ fez com que nas últimas décadas houvesse aumento do número destas unidades, tanto públicas como privadas. A revisão e introdução de novas políticas de saúde é necessária em tempos de inovação tecnológica e de gestão.

Tabela 5. Coeficiente de leitos por 1.000 habitantes, taxa de ocupação e média permanência 2015 a 2019

Indicadores	Coeficiente leitos		Taxa ocupação	Média permanência
	2018	2019	2017	2015-2019
Japão	13,0		75,5	16,1
Portugal	3,5	-	66,8	9,0
Brasil - Beneficiários SS	3,4	3,5	57,5	3,5
Nova Zelândia	2,6	2,6		5,0
Canadá	2,5	2,5	91,6	7,5
Reino Unido	2,5	2,5	84,3 (2016)	5,9
Brasil - População Total	2,4	2,3	58,2	
Chile	2,1	-	79,1	-
Suíça	2,1	-	82,0	5,5
Brasil - Usuários SUS	2,1	2,0	58,5	5,2
México	1,0	-	74,0	

Fonte: OECD, 2015 a 2019, DATASUS 2019, IEES 2017¹⁶

Tabela 6. Número de internações anuais e mensais SUS e SS, Brasil, 2018 e 2019

	Internações SUS		Internações SS	
	Ano	Mês	Ano	Mês
2018	12.000.838	1.000.069,8	8.110.557	675.879,8
2019	12.342.947	1.028.578,9	8.639.578	719.964,8

Fonte: SIH e ANS, 2018 e 2019

A Portaria GM/MS nº 1.631/2015¹³ estabelece critérios e parâmetros para o planejamento e programação das ações e serviços de saúde do SUS, incluindo a determinação da quantidade de leitos, utilizando como metodologia a análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção, a partir de revisão de literatura nacional e internacional; estrutura e rendimento, com base nos dados disponíveis no Brasil, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares; tecnologia disponível, oferta de recursos e demanda por assistência, estabelecendo comparações, aplicando modelo de simulação para quatro cenários propostos. Os cálculos para os leitos são divididos por tipo e especialidade, levando-se em consideração a taxa de ocupação esperada, tempo médio de permanência, demanda de internação da população não residente, entre outras variáveis.

A tabela 6 mostra o número absoluto de internações ocorridas em 2018 e 2019, para ambos, SUS e SS. A SS, em 2019, cobria 22,4% da população brasileira. Entretanto,

suas internações representam 41,2% de todas as internações hospitalares ocorridas no mesmo ano.

De acordo com Castro et. al,¹⁸ o fator principal associado às internações hospitalares são as necessidades de saúde. Pessoas com menor renda têm maiores chances de ser internadas, por estarem relacionadas à maiores necessidades de saúde. Posteriormente, Castro et. al. 2005,¹⁹ declararam que o número de leitos foi positivamente associado à chance de admissão e o número de médicos, negativamente. Ou seja, a maior disponibilidade de leitos eleva também a chance de internação, já o número de médicos relaciona-se diretamente ao cuidado ambulatorial, diminuindo, como consequência, a chance de internações.

A tabela 7 traz as taxas de internações do SUS e da SS, por ano e compara as taxas obtidas por Kerr White no estudo de 1960, posteriormente revisado por Green et. al., em 2001.

Observa-se que as taxas de internações SUS e SUS+SS aproximam-se dos valores de White e Green, entretanto, a SS possui uma taxa 41,3% maior do que as outras.

Tabela 7. Taxa de Internação SUS e SS, Brasil, 2018 e 2019 e White & Green 1960 e 2001

Ano/Internação	SUS	SS	SUS+SS	White & Green
2018	7,4%	17,2%	9,6%	1960 10,8%
2019	7,6%	18,4%	10,0%	2001 9,6%

Fonte: SIH e ANS, 2018 e 2019, White & Green

A Portaria GM/MS nº 1.101/2002²⁰ (revogada pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015) instituiu parâmetros assistenciais do SUS, estabelecendo que de forma geral, entre 7,0% a 9,0% da população, apresentaria necessidade de internação hospitalar em determinado período, em determinada região.

Oportunamente, comparando-se as taxas de internação do SUS e SS com a taxa de alta hospitalar dos outros países comparados (guardadas as diferenças entre os conceitos de internação e alta hospitalar), verifica-se que a SS coloca mais pacientes em regime de internação, como consta na tabela 8.

Tabela 8. Taxa de alta hospitalar em 2018 e 2019 Brasil e países selecionados

Países	Taxa de alta	
	2018	2019
Brasil - Beneficiários SS	17,2	18,4
Nova Zelândia (2017)	14,9	-
Suíça	13,9	-
Japão (2017)	13,4	-
Reino Unido	12,9	-
Brasil - População Total	9,6	10,0
Canadá	8,4	-
Chile	8,9	-
Portugal	8,3	-
Brasil - Usuários SUS	7,4	7,6
México	4,8	-

Fonte: OECD, 2018 e 2019

O aumento no número de internações pode ser caracterizado como *overuse* e é um problema mundial que se dá na continuidade do cuidado, desde procedimentos diagnósticos como terapêuticos.

Chassin e Galvin²¹ definem como *overuse*, ou uso excessivo, quando a provisão de serviços de saúde passa a causar malefícios à saúde ao invés de benefícios. Brownlee et al.²² assumem o quão difícil e problemático é quantificar seus

malefícios e benefícios, já que, documentar os benefícios geralmente traz dados incompletos e os malefícios nem sempre são registrados. Então considerou *overuse* como qualquer serviço de saúde desnecessário por qualquer maneira ou razão. Como consequência, pode vir a prejudicar o paciente tanto fisicamente quanto psicologicamente e/ou financeiramente e de um ponto de vista mais geral, pode até ameaçar sistemas de saúde, aumentando custos e abusando dos recursos.

De acordo com a literatura, a modalidade de pagamento influi no volume de internação e é usual nas unidades hospitalares que atendem pacientes beneficiários da SS, o denominado *fee for service*, o qual paga-se por cada serviço executado (exames, consultas, internações etc.) e todo recurso utilizado no atendimento, materiais, medicamentos, mão-de-obra, tendo como ponto negativo e alvo de críticas, o estímulo ao volume de produção e complexidade destes serviços.²³ Este estímulo poderia estar concorrendo para um maior volume de internações nestas unidades.

É comum a afirmação que as “listas de espera” (filas de espera) para internação, principalmente no SUS, são causadas pela falta de leitos de internação, visão muito superficial das situações que levam a esta condição, ou seja: problemas de aquisição ou falta de órteses e próteses (ortopédicas e cardiológicas, principalmente); leitos ocupados por pacientes internados por ações susceptíveis a ações da atenção básica, ou seja, internações evitáveis ou desnecessárias (15% no Estado de São Paulo de acordo com Mendes²⁴); leitos de terapia intensiva e de recuperação pós-operatória mal dimensionados para suportar demanda de

procedimentos complexos ou complicados; escassez ou inexistência de leitos de retaguarda para pacientes crônicos, em recuperação ou idosos; distribuição geográfica inadequada das unidades hospitalares; hospitais de pequeno porte e de médio porte atendendo baixíssima complexidade e com baixa taxa de ocupação; regiões com economias mais desenvolvidas ou concentração de hospitais e profissionais com possibilidade de melhor atenção à média complexidade complicada e à alta complexidade que sofrem invasão de outras menos qualificadas; descaso na regulação das redes assistenciais com dificuldades no estabelecimento das referências e contra referências; pacientes cadastrados em mais de uma unidade hospitalar; e, por fim, problemas com financiamento.

Problemas com financiamento devem ser analisados com cautela principalmente por, no mínimo, duas causas: a) se falta financiamento é fundamental confirmar com clareza qual montante de recurso financeiro deve ser provido, o que normalmente não acontece e b) pela avaliação (quantificação e qualificação) do desperdício – exames complementares solicitados em excesso ou desnecessários em detrimento de uma boa anamnese e exame físico do paciente, repetição do mesmo exame em períodos curtos sem evidências de modificação do quadro clínico; estoques altos e parados de medicamentos, drogas, insumos; retrabalho de processos e procedimentos; deficiências na segurança do paciente (iatrogenia, eventos adversos, infecção hospitalar); de recursos humanos (desde a seleção inadequada, treinamento pouco efetivo, excesso ou déficit de funcionários, falta de motivação);

baixa produtividade (atendimentos/profissional de saúde, consultas/consultório, operações/sala cirúrgica, procedimentos/equipamento nas atividades meio e fim, área física higienizada/profissional, consumo excessivo e/ou desnecessário de itens de utilidade pública/produção e outras medições pertinentes à infraestrutura); infraestrutura desconectada das áreas-fim, desconhecendo as rotinas, urgências; inexistência de metas quantitativas e qualitativas fixadas ou não cumprimento das existentes; falta de autonomia operacional nas unidades públicas da administração direta e autárquica; altas hospitalares postergadas por problemas diversos; dificuldades de integração entre equipes, comunicação interna e externa com baixa efetividade, não observância das diferentes culturas organizacionais internas interferindo negativamente nas operações; ausência ou baixa valorização de aspectos de governança, sustentabilidade e compliance; informações inexistentes, mal trabalhadas ou sistemas mal desenhados, informatização precária; desconhecimento dos custos operacionais proporcionando valores irreais dos preços de procedimentos produzidos.

As modalidades de financiamento devem ser revistas, inclusive pelo momento que as operadoras de planos de saúde passam, com sinistralidade de 84,0% em média,²⁵ (o que também reflete no reajuste anual do plano) excetuando-se três ou quatro que se encontram na casa dos 60,0%, inclusive com dedicação a atendimento de clientes de faixa etária mais elevada, conforme artigo da Revista Exame.²⁶ Outro artigo, da própria Exame,²⁷ traz estudo recente da IAG Saúde, onde 1.801.177 diárias hospitalares foram analisadas sendo que em 678.781 (37,7%)

foram identificados potenciais desperdícios: 16,78% derivadas de ineficiência no uso do leito por falhas de processos; 9,07% ocasionadas por internações sensíveis a ações da atenção básica; 5,33% por readmissões hospitalares não planejadas em 30 dias após a alta; 5,32% pacientes com condições adquiridas nos próprios hospitais e 1,19% por cirurgias que poderiam ser realizadas no ambulatório.

Já existem iniciativas tanto por parte de hospitais como de operadoras para revisão do modelo de financiamento e compartilhamento de riscos decorrentes da assistência, o que é de interesse de ambas as partes.

A tabela 9 retrata a rotatividade dos leitos nos anos de 2018 e 2019, sendo de 50,7 e 52,9 na SS, e de 33,5 e 34,8 no SUS, respectivamente.

O cálculo para a população total, somando-se internações e leitos de ambos os sistemas seria igual a 41,0 e 42,8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois assuntos merecem maiores estudos, em primeiro, as internações hospitalares e em segundo, a discussão sobre leitos de internação, com aperfeiçoamento das medições necessárias para conhecimento e entendimento dos resultados acarretados por eles.

Causas de internação, dimensionamento e qualificação de leitos se subordinam às variáveis geográficas, demográficas, epidemiológicas, educacionais, políticas, socioeconômicas, comportamentais, além da conformação das redes de atenção à saúde e de assistência social. Inovações tecnológicas, de gestão, e a formação dos profissionais de saúde se relacionam à variável educacional, proporcionando aumento da produtividade e da qualidade da atenção, elevando a segurança do paciente na medida em que permitem gestão operacional adequada, diagnósticos mais precisos, diminuição das internações e/ou do tempo de internação.

Mas isso só é possível com sistemas de informação bem desenhados, inclusivos, integrados e conectados entre SUS e SS, para que decisões gerenciais e clínicas possam ser efetivas, eficazes e eficientes permitindo planejamento de programas e serviços para toda a população do País. Os dados e informações devem ser disponibilizados por unidades da federação, decompondo-os nos mínimos territórios regionais existentes.

A valorização de pesquisas operacionais metodologicamente bem estruturadas trará resultados significativos para melhor formação dos gestores, conhecimento da realidade de saúde, volume e características das internações SUS e SS, para melhor desempenho do sistema de saúde no País.

Tabela 9. Razão número de internações por número de leitos por ano, Brasil - 2018 e 2019

		Usuários SUS	Beneficiários SS	População Total
Ano	2018	33,5	50,7	41,0
	2019	34,8	52,9	42,8

Fonte: SIH e ANS, 2018 e 2019

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
2. White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population-based health care research. *HSR Health Serv. Res.* 1997; 32:11-21.
3. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *New England Journal of Medicine.* 2001;344(26):2021-5 DOI: 10.1056/NEJM200106283442611.
4. Kaneko et al. The ecology of medical care on an isolated island in Okinawa, Japan: a retrospective open cohort study. *BMC Health Services Research.* 2017; 17:37 DOI 10.1186/s12913-017-1979-8.
5. Roncoletta A, Gusso GD, Bensenor IM, Lotufo PA. A reappraisal in São Paulo, Brazil (2008) of “The Ecology of Medical Care”: The “One Per Thousand’s Rule”. *Fam. Med.* 2012;44(4):247-251.
6. Moreira, ML; Dutilh Novaes, HM. Internações no sistema de serviços hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. *Rev. Bras. Epidemiol., São Paulo* , v. 14, n. 3, p. 411-422, Sept. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2011000300006>.
7. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OECD (2020), Hospital beds (indicator). DOI: 10.1787/0191328e-em. Acesso em 15/7/2020; <<https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>>
8. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OECD (2020), Hospital discharge rates (indicator). DOI: 10.1787/5880c955-en. Acesso em 15/7/2020; <<https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm>>
9. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OECD (2019) Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>. Acesso em 15/07 <<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0d67e02a-en/index.html?itemId=/content/component/0d67e02a-en#:~:text=Around%20half%20of%20OECD%20countries,copy%20the%20linklink%20copied!&text=Hospital%20beds%20include%20all%20beds,are%20immediately%20available%20for%20use>>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar – Portaria SAS/MS Nº 312, de 30 de abril de 2002. Acesso em 18/08/2020 < <https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Manual técnico operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Acesso em 23/07/2020 http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf.
12. Mendes, JDV, Bittar, OJNV, O SUS desconhecido. *Boletim Epidemiológico Paulista – BEPA*, 2017; 14(165): 21-3.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. - SUS. Portaria n.º 1631/GM Em 1º de outubro de 2015.
14. Roemer M 1993. *National Health Systems of the World: The issues.* Vol.2.

- Oxford University Press, Oxford, Inglaterra.
15. Mendes, EV. As redes de atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 358.
 16. Botega L A, Andrade, M V, Guedes, G R, Perfil dos hospitais gerais do Sistema Único de Saúde, Rev. Saúde Pública. 2020; 54:81, 1-13.
 17. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), II Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil, Belo Horizonte 2018, 99 p.
 18. Castro, MSM; Travassos, C; Carvalho, MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. Ciênc. Saúde coletiva, 2002, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400014>.
 19. Castro, MSM; Travassos, C; Carvalho, MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares. Revista de Saúde Pública, 2005. São Paulo, vol. 39, issue 2, pp: 277-284. DOI: 10.1590/S0034-89102005000200020.
 20. BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria nº 1101/GM Em 12 de junho de 2002.
 21. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA: the journal of the American Medical Association. 1998; 280(11):1000–5. [PubMed: 9749483].
 22. Brownlee, S et al. Evidence for Overuse of Medical Services Around the World. Lancet. 2017 July 08; 390(10090): 156–168. DOI:10.1016/S0140-6736(16)32585-5.
 23. MV Informática, Gestão hospitalar: do *fee for service* ao pagamento baseado em valor, 2018. Disponível em <<http://www.mv.com.br/pt/blog/gestao-hospitalar--do-fee-for-service-ao-pagamento-baseado-em-valor>>. Acesso em: 31/07/2020.
 24. Mendes, JDV, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS/SP–Atualização 2018. Boletim Eletrônico GAIS nº 83 (mar/2019), editorial.
 25. Observatório 2019. Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP. Ed. 11ª. Em 21/05/2019. Acesso em: 17/08/2020 <<https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2019-anahp>>.
 26. Revista Exame. Idosos e Rentáveis. Edição 1199, ano 53, n. 23 de 11/12/2019. Acesso em: 17/08/2020. <<https://exame.com/revista-exame/idosos-e-rentaveis/>>.
 27. Revista Exame. A hora da medicina digital. Edição 1216, ano 54, n. 16 de 18/08/2020. Acesso em: 31/08/2020. <<https://exame.com/revista-exame/a-hora-da-telemedicina-pais-ja-fez-17-milhao-de-consultas-a-distancia/>>