

Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde

Resizing the State Public Hospital System in Rio Grande do Norte: a study on the use of hospital beds by Health Region

RESUMO

Maria das Graças de Amorim Pessoa¹
Roberval Edson Pinheiro de Lima¹
Marilene Cardoso da Silva²
Estela Najberg³
Nelson Bezerra Barbosa⁴

Introdução: Estudo comparativo sobre o nível de utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública nas oito regiões de saúde do Rio Grande do Norte (RN). O processo decisório dos gestores da saúde requer indicadores e ferramentas que subsidiem uma prática estruturada de planejamento e programação.

Objetivo: Revelar desenho da rede hospitalar pública estadual do RN, enfocando sua capacidade instalada e sua distribuição por regiões de saúde, visando direcionar as decisões do gestor para a correta contractualização e regulação do acesso aos serviços.

Métodos: Pesquisa de natureza quantitativa, de caráter descritivo, com delineamento em pesquisa documental, com recorte para o ano de 2009, apoiada no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), além dos parâmetros da Portaria GM/MS n.º 1.101/2002.

Resultados: No RN, o percentual de internações no ano de 2009 foi 5,3%, ficando bem abaixo do recomendado pela Portaria GM/MS n.º 1101/2002, que estima que entre 7 a 9% da população terá necessidade por internação hospitalar durante 1 ano, em determinada região. Evidenciou-se a baixa utilização de leitos na maioria das regiões de saúde, abaixo de 36%, com exceção da Metropolitana de Natal que atingiu 71,4%.

Conclusão: A capacidade potencial da atenção hospitalar aponta para uma suficiência de leitos no RN. A distribuição desigual da oferta nas regiões, contudo, tem-se constituído elemento que deve pautar a agenda do gestor, consagrando proposições defendidas no Pacto pela Saúde, como: descentralização e regionalização das ações.

Palavras-chave: Gestão; Leitos hospitalares; Distribuição regional; Cobertura

¹Secretaria Municipal de Saúde de Natal.
Natal-RN, Brasil
²Secretaria Estadual de Saúde do Rio
Grande do Norte. Natal-RN, Brasil
³Universidade Federal de Goiás. Goiânia-
GO, Brasil
⁴Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
Goiânia-GO, Brasil

Correspondência

Estela Najberg
Rua Natal n.º 327, apartamento 1402 A,
Setor Alto da Glória, Goiânia-GO. 74815-
705, Brasil. estelanaajberg@gmail.com

Recebido em 23/fevereiro/2012
Aprovado em 23/abril/2012

ABSTRACT

Introduction: Comparative study on the level of use of hospital beds under management in eight public health regions in Rio Grande do Norte (RN). The decision process of managers of health requires indicators and tools that support a structured practice of planning and scheduling.

Objective: To reveal the design of the State public health of Rio Grande do Norte, focusing on its capacity and its distribution by health regions in order to direct the decisions of the manager to correct contracting and regulation of access to services.

Methods: Quantitative research, descriptive, with design in documental research, with cutout for the year of 2009, based on the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH / SUS), the National Register of Health Establishments (CNES) and in Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE), beyond the parameters of GM / MS No. 1.101/2002.

Outcomes: In Rio Grande do Norte, the percentage of admissions in 2009 was 5.3%, remaining quite below the level recommended by Decree GM / MS No. 1101/2002, which estimates that between 7-9% of the population will need for hospitalization during 1 year, in a given region. It revealed the low utilization of beds in most health regions, below 36%, except for the Natal Metropolitan region, which reached 71.4%.

Conclusion: The potential capacity of hospital attention points to a sufficiency of beds in RN. The uneven distribution of supply in the regions, however, has become element that must guide the manager's agenda, establishing propositions defended in the Pact for Health, such as decentralization and regionalization of the actions.

Keywords: Management; Hospital beds; Regional distribution; Coverage

INTRODUÇÃO

Os avanços e conquistas experimentados com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da diretiva constitucional de 1988, trouxeram perspectivas de inovações para um setor até então desestruturado, marcado pela exclusão social, centralização de recursos, insuficiência de normatização e de escassez de produção técnico-científica que embasasse esse segmento. O acesso universal, cuidados integrais, desde níveis primários até os mais complexos, associados ainda a diferentes campos de atenção e à significativa incorporação tecnológica representa prova inegável de que muito se obteve nesses 20 anos de SUS.

Em que pese esses aspectos positivos, a consolidação do Sistema necessita de contribuições com vistas à materialização do que está apregoado nas normas jurídicas, o que pode ser observado a partir dos estrangulamentos em toda sua rede, independente do nível de atenção, cronificando-se, especialmente, na média e alta complexidade, destacando a atenção hospitalar como foco de preocupação para os gestores da saúde¹.

O momento atual da Política de Saúde no Estado do Rio Grande do Norte revela uma necessidade de empreender movimento em função de adotar

instrumentos de planificação que dêem conta das demandas e do cumprimento da missão organizacional da Secretaria de Estado, percebendo o seu papel na reorganização do desenho assistencial em consonância com o processo de regionalização e alocando os recursos de acordo com as especificidades locais, percebidas no espaço do território regional.

A reorientação da gestão e a redefinição de processos de intervenção, com base científica e práticas instrumentais, necessitam buscar amparo em diversos elementos, sobretudo em análises epidemiológicas que permitam uma compreensão ampliada, tendo como foco a saúde coletiva².

O redimensionamento da oferta hospitalar do Rio Grande do Norte (RN) necessita estar calcado em bases seguras, disponibilizadas por meio de instrumentos parametrizados e estudos que viabilizem uma alocação mais segura dos recursos disponíveis em seus mais diversos segmentos, desde cognitivos, técnicos, tecnológicos, organizativos, orçamentários e financeiros³.

Mediante levantamentos realizados pelos autores não foi identificado estudo de natureza similar publicado, dentro do próprio Estado, desde material bibliográfico ou arquivos em meio eletrônico. O momento presente vivenciado pela Secretaria de Estado da Saúde Pública provocou a necessidade de um olhar mais criterioso sobre os aspectos da gestão da rede de atenção hospitalar, evidenciando a carência de diagnóstico que este trabalho pretende, em parte, desenvolver.

O processo decisório dos gestores da saúde, especialmente na programação assistencial, com ênfase no cuidado hospitalar, necessita de elementos, fundados em parâmetros, indicadores, legislação e demais ferramentas que venham subsidiar uma prática estruturada de planejamento e programação⁴. A partir desses elementos os dirigentes podem balizar a tomada de providências de modo mais aproximado com o cenário real, minimizando custos e otimizando resultados.

O modo de operar a realidade precisa estar calcado em processos de trabalho estruturados, lançando mão das formulações do Planejamento Estratégico Situacional (PES) como “aposta política” de um importante ator social envolvido, neste caso, o Governo, enquanto iniciativa intencionalmente desenhada em projetos que dêem condições de alcance de um futuro desejado, com base em saberes

e práticas que considerem o planejamento como importante ação programática de saúde⁵.

Constitui um desafio para a administração pública dispor de quadros permanentes de trabalhadores com adequado perfil técnico para desenvolver as ações de planejamento, como também, aquelas ligadas ao monitoramento da execução e avaliação dos resultados pretendidos. Torna-se imprescindível a utilização de saberes que produzam tecnologias que conduzam os caminhos da gestão⁶.

Ademais, a pouca disponibilidade de contribuições científicas na área em análise estimula o desenvolvimento desse estudo. Em relação ao estado do RN, inexistente pesquisa abordando o assunto em tela, justificando iniciativas que venham a suprir essa lacuna, de modo arrojado, flexível e comunicativo⁷.

Como recurso adicional, as normas, parâmetros e estudos produzidos pelo Ministério da Saúde também oferecem meios para averiguar o objeto de estudo, aqui evidenciado, destacando-se a Portaria GM/MS n.º 1.101/2002, por disponibilizar referenciais imprescindíveis para programação assistencial.

Esta pesquisa tem, portanto, como proposição revelar um desenho da rede hospitalar pública estadual, enfocando as principais nuances, tais como: capacidade instalada e sua distribuição por regiões de saúde no Estado do RN, tendo como perspectiva direcionar as decisões do gestor para a correta contratualização e regulação do acesso no espaço sob responsabilidade pública, aliando a disponibilidade de leitos com a real necessidade de internações.

Breve Análise da Política de Saúde no Brasil

Na década de 80, constantes pressões sociais emanadas de movimentos organizados conduziram o Estado à construção de novas políticas de saúde que resultaram nas conquistas obtidas com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, consagrado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Com a promulgação da Carta Magna de 1988, ratifica-se esta demanda social com a criação do SUS, calcado em princípios basilares, destacando-se a universalidade de cobertura da assistência e o papel do Estado como garantidor do conjunto de políticas voltadas para a uma concepção de saúde, fundamentada no bem-estar e na cidadania⁸.

Na perspectiva de avanços, gradativamente, foram sendo adicionados importantes elementos para reformulação do modelo de atenção e de gestão, como podem ser citados: o compromisso com a estruturação da atenção básica, a implementação da vigilância em saúde, qualificação do controle social e o fortalecimento das ações voltadas à gestão do setor saúde. Também, não podem ser desconsiderados desafios que atualmente ainda se contrapõem a esse modelo, enfatizando-se a crise do financiamento, a resistência à mudança nos paradigmas que amparam a atenção à saúde e os conflitos de interesse da iniciativa privada em detrimento das reais necessidades do sistema.

Entretanto, uma nova discussão permeia o setor direcionando os gestores públicos para a adesão ao Pacto pela Saúde que estabelece um conjunto de prioridades sanitárias a serem assumidas pelas três esferas de governo, originadas a partir da realidade de cada instância. Outro ponto importante do Pacto se refere à vinculação de recursos orçamentários e financeiros para atender a essas demandas.

O Pacto pela Saúde foi formulado em três dimensões, sendo: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, esse último, tem papel fundamental no tocante aos compromissos a serem assumidos pelos gestores, destacando-se: responsabilidades gerais; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho e educação permanente em saúde e ainda, o controle social⁹.

Evidencie-se que nas responsabilidades gerais são assumidos compromissos relativos à estruturação da rede de atenção e à garantia das referências de atendimento, compondo os serviços em uma rede articulada, hierarquizada e regionalizada, em todas as instâncias de governo, na perspectiva do cuidado integral. Considerem-se ainda, as responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria que devem ser pautadas na agenda dos gestores, garantindo o acesso de pacientes próprios e referenciados do sistema. As centrais de regulação (leitos, consultas, exames e terapias), são exemplos de prioridades nesse campo, bem como, a contratualização de 100% dos prestadores, englobando assim, as unidades hospitalares.

Caracterização da Rede Assistencial do Rio Grande do Norte

A organização dos municípios por regiões de saúde propostas pelo novo Plano Diretor de Regionali-

zação (PDR), atualmente em processo de construção, configura-se em 8 regiões, a saber: Vale do Assu; Trairi e Potengi; Seridó; Oeste; Metropolitana de Natal; Mato Grande e Salineira; Litoral Sul e Agreste; Alto Oeste.

Tal configuração expressa a insuficiência de instrumentos que orientem a Política Estadual de Saúde, tais como: Plano e Programações Anuais, assim como, a necessidade de se rever o atual PDR a fim de que este instrumento expresse as reais demandas de consolidação de um Sistema Estadual conexo com o que preconizam normas, princípios e diretrizes consagrados como pilares incontestáveis do SUS no âmbito nacional.

Sintonizada com essa diretiva, a gestão estadual deflagrou a partir de 2009 o resgate da planificação em saúde, contemplando, além dos instrumentos acima mencionados, a articulação entre planejamento, programação, monitoramento, controle, avaliação, auditoria e regulação do sistema. O primeiro passo substancial se refere à revisão da Programação Pactuada e Integrada (PPI), estante desde o ano de 2005, que buscou uma centralidade na atenção básica e na definição de compromissos com a atenção à saúde, fundamentados em parâmetros assistenciais, estudos de séries históricas, levantamentos da capacidade instalada potencial, balizados por contínua discussão e pactuação entre os gestores, devidamente articulados em fóruns e instâncias legítimas, como Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do RN – COSEMS/RN e Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RN.

Seguinte a essa programação serão desencadeados os processos complementares e interdependentes relacionados à construção do Plano Estadual de Saúde e do novo PDR. Salientem-se os avanços obtidos com a implantação dos 8 Colegiados de Gestão Regional, espaços fomentadores das propostas que cristalizarão um planejamento ascendente, de base regional, com foco nas necessidades dos municípios, consolidando-se em macrodiretrizes que orientarão as prioridades alocativas de recursos e de serviços a serem ofertados.

Considerando o desenho espacial acima descrito, cabe assinalar que a rede hospitalar estadual é composta por 220 unidades, sendo 103 públicas municipais, 25 estaduais, 6 federais e 86 da rede privada contratada, distribuídas nas 8 regiões do RN no ano de 2009. Do total de hospitais, 91% possuem leitos sob gestão pública.

A maior concentração de hospitais ocorre na Região Metropolitana de Natal que concentra os serviços com melhor densidade tecnológica. O menor número de unidades hospitalares foi encontrado na Região do Vale do Assu, a qual é a menor em termos de número de municípios, depois da região Metropolitana de Natal.

Observa-se, na tabela 1, que as unidades hospitalares municipais são a maioria nas regiões Vale do Assu, Trairi e Potengi, Mato Grande e Salineira, Litoral Sul e Agreste e Alto Oeste. Já os privados são a maioria nas regiões Metropolitana de Natal, Oeste e Seridó.

Às informações apresentadas na tabela 1, acrescenta-se que do universo de estabelecimentos analisados tem-se que 44,5% são unidades de pequeno porte, com menos de 20 leitos instalados, conforme pode ser observado na tabela 2. Ainda segundo esta tabela, as unidades com total de leitos igual ou superior a 20 e menor que 50 representam 35% dos leitos. Aquelas que se encontram na faixa de 50 a 140 leitos, representam 16,8% e as unidades de maior porte, que são a minoria, representaram 3,6% do total de unidades hospitalares.

Tabela 1

Unidades hospitalares por região e esfera administrativa – RN/2009

Região	Federal	Estadual	Municipal	Privada	Total
Vale do Assu	0	2	6	2	10
Trairi e Potengi	1	1	14	5	21
Seridó	1	1	14	16	32
Oeste	0	5	10	17	32
Metropolitana Natal	4	10	6	28	48
Mato Grande e Salineira	0	1	12	6	19
Litoral Sul e Agreste	0	3	16	1	20
Alto Oeste	0	2	25	11	38
Total	6	25	103	86	220

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁰

* Hospitais privados contratados pelo SUS, já incluídos no total de privados

** Hospitais privados não contratados pelo SUS, já incluídos no total de privados

Tabela 2

Número e percentual de unidades hospitalares por região de Saúde segundo o porte por quantidade de leitos. RN-2009

PORTE	Vale do Assu	Trairi e Potengi	Seridó	Oeste	Metropolitana Natal	Mato Grande e Salineira	Litoral Sul e Agreste	Alto Oeste	Total
	n=10	n=21	n=32	n=32	n=48	n=19	n=20	n=38	n=220
I - (0 a 19 leitos)	40,0	66,7	50,0	37,5	22,9	42,1	60,0	55,3	44,5
II - (20 a 49 leitos)	50,0	28,6	40,6	40,6	22,9	52,6	30,0	34,2	35,0
III - (50 a 149 leitos)	10,0	4,8	6,3	15,6	43,8	5,3	10,0	10,5	16,8
IV - (150 a 300 leitos)	-	-	3,1	6,3	10,4	-	-	-	3,6
Total Geral	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁰

MÉTODO

A presente proposição trata de uma pesquisa de natureza quantitativa, de caráter descritivo, com delineamento através de pesquisa documental e dimensão transversal com recorte para o ano de 2009. A pesquisa engloba, dadas as diferenças sociodemográficas, econômicas e de infraestrutura física, técnica e tecnológicas encontradas no Estado, todas as 220 unidades hospitalares do Estado do RN, sendo 124 públicas e 86 privadas.

O estudo apresenta desagregação de informações por regiões de saúde, de acordo com o desenho dos territórios sanitários adotados no RN, considerando as prerrogativas do Pacto pela Saúde. O Estado conta com 8 regiões de saúde: Vale do Assu; Trairi e Potengi; Seridó; Oeste; Metropolitana de Natal; Mato Grande e Salineira; Litoral Sul e Agreste; Alto Oeste.

O estudo investiga a utilização de leitos hospitalares no Estado, segundo regiões de saúde, tendo como base a taxa de utilização, calculada a partir das internações hospitalares, da capacidade produtiva dos leitos e da taxa de ocupação hospitalar (TOH). De forma complementar, o estudo utiliza ainda outras variáveis de medidas hospitalares: taxa de internações hospitalares, taxa de evasão e invasão de internações, média de permanência por internação.

Neste estudo são utilizados dados secundários obtidos a partir dos bancos de dados oriundas dos sistemas de informações do SUS, dentre eles o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ambos disponibilizados no sítio do DATASUS. Para os dados de estimativas populacionais, a fonte utilizada foi a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste item, serão apresentados e analisados os seguintes indicadores: (i)- internações hospitalares, incluindo: evasão / invasão, por especialidades, causas, média de permanência; (ii)- leitos hospitalares e (iii)- capacidade produtiva e taxa de utilização dos leitos.

Internações hospitalares

A rede de saúde do Estado do RN, sob gestão pública, realizou no ano de 2009, um total de 2.497.959 internações hospitalares, levando a uma taxa de 5,3 internações por 100 habitantes. Neste mesmo ano, a maior taxa de internação ocorreu na região de saúde Oeste (8,3%), seguida da região do Seridó (7,1%). A Metropolitana de Natal, embora não tenha a maior taxa, apresenta o maior volume de internações do estado: 1.160.302 hospitalizações que representa 46,45% do total realizado no RN, o que se justifica pelo fato de esta região concentrar a maior rede de serviços hospitalares, com maiores recursos tecnológicos, além de possuir hospitais de referência para o Estado.

Evasão / Invasão

A procura por serviços fora da região de residência é comum na população quando não existe o serviço necessário no seu local de residência. A confirmação desse fato pode ser vista na tabela 3, em que se percebe que a taxa de evasão, ou seja, a proporção de internações de pessoas que residem

em uma determinada região e sai para internação em outra região é bastante alta em quatro regiões: Litoral Sul e Agreste, Mato Grande e Salineira, Trairi e Potengi e Vale do Assu. Entre elas, destacam-se as duas primeiras citadas, cuja taxa de evasão foi superior a 50% e a Metropolitana por apresentar a menor taxa de evasão.

Em função da alta procura de serviços hospitalares pelos usuários de outras regiões, a metropolitana teve a mais alta taxa de invasão que representou 32% do total de internações ocorridas. As regiões Oeste e Alto Oeste obtiveram taxa de invasão 11,9% e 11,1% respectivamente e as demais regiões, percentuais abaixo desses valores, sendo a Seridó a que menos realizou internação de pacientes advindos de outras regiões.

Esta situação evidencia dois fatos: o primeiro deles diz respeito à concentração de serviços na região metropolitana de Natal, convergente com o que se observa nas demais regiões metropolitanas do país; o segundo decorre diretamente do primeiro e revela o problema da escassez de profissionais em áreas remotas ou de difícil acesso.

A Organização Mundial de Saúde afirma que a problemática de Recursos Humanos acontece em diversos países e se acentua quando relacionado às desigualdades geográficas existentes entre os centros urbanos e áreas rurais¹¹. Tanto no Brasil quanto internacionalmente utiliza-se de estratégias para a superação da má distribuição geográfica e social, principalmente, relativo ao profissional médico.

Planejar recursos humanos em saúde para provimento e fixação em áreas remotas se torna primordial, em especial a categoria médica. Dados do IBGE mostram que a quantidade de médicos da região Sudeste é mais que o dobro do Norte, considerando o número de habitantes das duas regiões. Assim, no Sudeste, havia 4,3 postos de trabalho médicos por mil habitantes, contra 1,9 na região Norte. O levantamento apresenta, também, a proporção de postos de trabalho médicos, o que torna evidente o não acompanhamento da distribuição populacional. Em 2009, enquanto 23,7% dos brasileiros residiam nas capitais, 40,2% dos postos médicos estava localizado na mesma metrópole, o que gera uma proporção de 5,6 postos médicos por mil habitantes. No interior, no entanto, a proporção cai para 2,6. A diferença é ainda maior na Região Sul, onde havia 7,8 postos médicos nas capitais, contra 2,8 nos demais municípios¹².

Tabela 3

Taxa de evasão e invasão das internações ocorridas por região de saúde. RN-2009

Taxa	Seridó	Trairi e Potengi	Vale do Assu	Alto Oeste	Mato Grande e Salineira	Litoral Sul e Agreste	Metropolitana Natal	Oeste
Evasão	11,5	39,3	38,7	13,6	51,4	57,8	1,1	8,2
Invasão	3,0	6,6	4,3	11,1	9,3	3,5	32,1	11,9

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS¹⁹**Internações por especialidade**

A tabela 4 apresenta o percentual de internações hospitalares por especialidade em cada região, conforme constatações a seguir relacionadas.

Observa-se que nas regiões do Seridó, Trairi e Potengi Vale do Assu, Alto Oeste e Oeste a proporção de internações para a clínica médica é maior quando comparada às demais especialidades, com percentuais entre 31% e 43%. Por outro lado, a região Metropolitana de Natal apresentou maior frequência de internações para cirurgias e as regiões Mato Grande e Salineira e Litoral Sul e Agreste internaram proporcionalmente mais na especialidade de obstetrícia.

Comparando-se as hospitalizações por clínica cirúrgica, realizadas em cada região de saúde, constata-se que o maior percentual de internações nessa especialidade ocorre na Metropolitana de Natal (32,4%), seguida da região Seridó (25,4%). Já a

região de Mato Grande e Salineira foi a que teve o menor percentual.

Quanto à obstetrícia, a região de Mato Grande e Salineira se destacou tendo realizado 42,2% do total de internações nessa especialidade, seguida do Litoral Sul e Agreste com 37,7%. Por outro lado, a região do Alto Oeste (17,3%) apresentou a menor proporção de internações por obstetrícia.

Entre as regiões, os percentuais de internações para pediatria variaram entre 8,2% e 18,6%, sendo o menor encontrado na região Oeste, e o maior no Alto Oeste.

As internações para psiquiatria só ocorreram em 3 regiões: Metropolitana de Natal (8,3%), Alto Oeste (8,0%) e Seridó (0,5%). Com relação à fisiologia, verifica-se que essas internações ocorreram somente na Metropolitana de Natal e Oeste, em proporções pequenas, 0,4% em cada uma delas.

Tabela 4

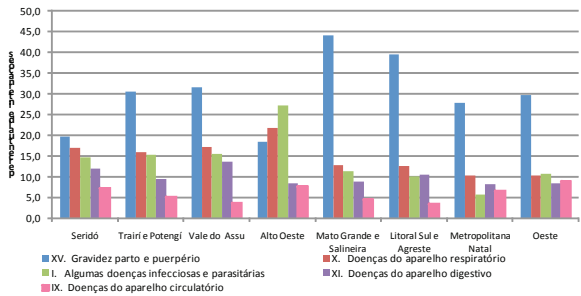
Percentual de internações hospitalares por especialidade, segundo região de ocorrência. RN-2009

Especialidade	Seridó	Trairi e Potengi	Vale do Assu	Alto Oeste	Mato Grande e Salineira	Litoral Sul e Agreste	Metropolitana Natal	Oeste	Total
01-Cirúrgico	25,4	17,3	19,1	21,8	14,1	23,6	32,4	22,7	26,9
02-Obstétricos	19,3	29,2	29,9	17,3	42,2	37,7	26,3	29,2	26,3
03-Clinico	42,2	35,5	38,8	42,3	34,4	26,9	20,0	31,5	28,8
05-Psiquiatria	0,5	-	-	-	-	-	8,3	8,0	5,1
06-Fisiologia	-	-	-	-	-	-	0,4	0,4	0,2
07-Pediátricos	12,6	18,0	12,2	18,6	9,3	11,9	12,6	8,2	12,7
12-Leito Dia	-	-	-	-	-	-	0,0	-	0,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus – Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS¹⁹

Causas de internações hospitalares

Quanto às causas de hospitalizações, observa-se na figura 1 que, excetuando-se a região do alto Oeste onde a primeira causa de internação foram as doenças infecciosas e parasitárias, todas tiveram maior ocorrência de internações por gravidez, parto e puerpério. As doenças do aparelho respiratório são a segunda maior causa de internação entre todas as regiões do Estado e as doenças infecciosas e parasitárias são a terceira, excetuando-se neste último caso a região do Alto Oeste.



Fonte: Ministério da Saúde/Datasus
Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS¹³

Figura 1
Percentual de internações ocorridas (residentes na região),
segundo as cinco principais causas de internação. RN/2009.

Tabela 5
Média de permanência das internações hospitalares por especialidade, segundo região de saúde. RN-2009

Especialidade	Seridó	Trairi e Potengi	Vale do Assu	Alto Oeste	Mato Grande e Salineira	Litoral Sul e Agreste	Metropolitana Natal	Oeste	Total
Cirúrgicos	2,6	2,8	2,4	2,1	2,3	2,1	4,8	3,8	3,9
Clínico	4,2	4,6	4,5	2,9	4,9	5,3	11,1	5,2	6,5
Obstétrico	1,7	1,9	1,6	1,8	2,1	1,9	3,0	1,7	2,4
Pediátrico	3,5	5,1	2,9	2,5	3,9	4,1	8,5	5,5	6,0
Crônicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psiquiatria	12,1	-	-	-	-	-	15,8	30,9	21,7
Reabilitação	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tisiologia	-	-	-	-	-	-	18,6	17,5	18,4
Hospital_dia	-	-	-	-	-	-	18,5	-	18,5
TOTAL	3,2	3,6	3,0	2,5	3,3	3,1	6,6	6,0	5,1

Fonte: Ministério da Saúde/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS¹³
Nota: Excluindo-se as internações de longa permanência

Leitos hospitalares

Em 2009, o RN tinha em toda sua rede hospitalar 8.542 leitos com uma cobertura de 2,7 leitos por 1.000 habitantes, incluído nesse cálculo o quantitativo de leitos complementares (UTI, unidade intermediária e isolamento) que representavam 6,5% do total existente. Levando-se em conta somente os que estavam sob gestão pública, ou seja, contratados pelo SUS que representam 85%, a cobertura diminui para 2,2 leitos para cada 1.000 habitantes. E ainda, excluindo-se os leitos complementares a cobertura cai para 2,1 leitos/1000 habitantes.

Os leitos públicos são a maior parte e representam 62,3% do total existente no estado.

Os leitos de UTI representaram 4,9% dos leitos existentes ficando, portanto, de acordo com o parâmetro recomendado na portaria 1101/GM de 12 de junho de 2002 que estabelece uma margem de 4% a 10%. Do total de leitos de UTI existentes, 41% estavam sob gestão pública.

Capacidade produtiva e taxa de utilização dos leitos

Com base na média de permanência por internação em 2009, verificou-se que a capacidade produtiva dos leitos da rede hospitalar era de 408.472 internações anuais, considerando a TOH ideal de 80%. Verifica-se que o número de internações realizadas foi 2,5 vezes menor do que a capacidade, significando uma taxa de utilização dos leitos de 40,6%.

Refinando-se a análise por especialidade, tem-se a maior taxa de utilização para a tisiologia (63,4%), seguida da clínica médica (49,2%) e psiquiatria (46,4%).

A análise por região de saúde identifica taxas de utilização muito baixas: menos de 23% na grande maioria das regiões e 35,9% na região Oeste. Com maior taxa, destaca-se a Região Metropolitana de Natal cuja utilização dos leitos de maneira geral chegou a 71,4%. Ressalta-se ainda nessa região a taxa de utilização nos leitos clínicos que ultrapassa os 100%. Na região Oeste, destacam-se os leitos de psiquiatria que tiveram taxa de utilização de 84,8%.

Considerando-se agora a TOH de 48% utilizada na Portaria n.º 1.101/GM que se refere à praticada no Brasil em 1999, chega-se a uma capacidade produtiva de leitos de 245.083 internações, se

aproximando da realidade do Rio Grande do Norte. Mesmo assim, em 2009 a taxa de utilização de leitos do estado ficou em 67,7%.

Quanto à especialidade, destaca-se a tisiologia cuja taxa de utilização no RN superou os 100%. Os leitos para clínica médica e psiquiatria estiveram entre os mais utilizados, com taxa de utilização de 82,1% e 77,4%. Excluindo-se o leito de hospital-dia, os leitos para obstetrícia foram os que tiveram menor taxa de utilização no estado.

A região Metropolitana de Natal se superou quando ficou com uma taxa de utilização de leitos 119%, além disso, quando se analisa por especialidade, essa taxa chega a 168% no leito clínico e 161,4% na tisiologia.

Na região Oeste, segunda maior taxa de utilização (59,9%), ressalta-se a taxa para psiquiatria que ultrapassou 141% e clínica médica que chegou a 70%. Nas demais regiões a taxa de utilização continuou baixa com valores igual ou inferior a 37%. A região do Vale do Assu destaca-se pela taxa de utilização alta na Clínica Cirúrgica de 85,8%, sendo inferior apenas à Região Metropolitana de Natal.

Discussão dos dados

O presente estudo possibilitou a análise quantitativa da utilização dos leitos hospitalares sob gestão pública no RN, nas suas 8 regiões de saúde. A Portaria GM/MS n.º 1101, de 12 de junho de 2002, em seu Anexo I (Parâmetros Assistenciais do SUS), item 3.1, estima que entre 7 a 9% da população terá necessidade por internação hospitalar durante 1 ano, em determinada região. No RN, o percentual de internações no ano de 2009 foi 5,3%, ficando bem abaixo do recomendado na referida portaria.

A priori, alguns elementos podem ser considerados enquanto possibilidade de explicação desse cenário, dentre eles a dificuldade referida pelos gestores em conseguir cobertura para Atenção Básica conforme preconizado nas normas, além da frágil estrutura do sistema regulatório no RN. Essas informações não estão amparadas por estudos que ofereçam precisão de dados conclusivos, mas derivam da experiência acumulada pelos autores em integrarem tanto a equipe da SESAP/RN quanto do COSEMS/RN.

Há que se considerar que as lacunas apresentadas no atual modelo de atenção adotado, desde os

cuidados dispensados no nível primário tipificado no questionável processo de pactuação entre gestores e equipes profissionais, até o despreparo para exercer os controles sobre a assistência especializada no cuidado integral em saúde, podem ter contribuído para a busca de alternativas pelos usuários em se tratando da procura do hospital como resposta às suas necessidades de atendimento. Esta situação merece estudos mais detalhados.

Chama atenção quando se observa a taxa de evasão nas duas regiões de saúde do RN, Mato Grande e Salineira e Litoral Sul e Agreste: mais da metade das internações dos residentes ocorreram em outras regiões do Estado, acontecendo, possivelmente, pela dificuldade de acesso a esses serviços na sua própria região de residência.

Embora tenha sido observada diminuição de internações ao longo do tempo, verifica-se fenômeno contrário quando se trata de internações por clínica cirúrgica, que cresceram quase 30% no período de 10 anos, sendo essa também uma tendência nacional¹³.

No Brasil, e em particular no RN, o maior volume de internações, nesses últimos 10 anos, foi por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, com predominância dos partos. Em 2009, entre as regiões de saúde do RN, merece destaque a região do Mato Grande e Salineira, cuja proporção de internações por esse grupo de causas chegou a 44%.

O segundo maior grupo de causas de internação no RN foram doenças do aparelho respiratório que coincide também com a classificação no nível nacional. Entretanto, a terceira causa relativa às doenças infecciosas e parasitárias, mais presente no RN e regiões Norte e Nordeste, difere da classificação brasileira, na qual predominam as doenças do aparelho circulatório.

Nas regiões de saúde analisadas, merece destaque o Alto Oeste que teve o perfil de morbidade hospitalar diferenciado das demais regiões, com primeira causa de internação referente ao grupo de doenças infecciosas e parasitárias.

Entre as regiões de saúde do RN, observa-se maior concentração de leitos na região Metropolitana de Natal e na região Oeste, porém as maiores coberturas estavam nas regiões de Alto Oeste e Seridó, cujo valor foi de 3,5 e 3,3 leitos SUS por 1.000 habitantes. As coberturas mais baixas foram encontradas nas regiões do Litoral Sul e Agreste e Vale do Assu.

Considerando-se a taxa de ocupação hospitalar ideal de 80%, o quantitativo de leitos e a capacidade produtiva dos mesmos no RN, verifica-se que a taxa geral de utilização de leitos foi baixa, apenas de 40,6%. Quanto à especialidade, observou-se que os leitos de obstetrícia foram os que tiveram menor taxa de utilização e os de tisiologia, a maior.

Um fato importante é a baixa utilização de leitos na grande maioria das regiões de saúde, abaixo de 36%, com exceção da Metropolitana de Natal que atingiu 71,4%. Destaca-se nessa última região a alta utilização de leitos para clínica médica, superior a 100% e a tisiologia com 96,8%.

Usando-se o parâmetro de ocupação hospitalar de 48%, as taxas gerais de utilização dos leitos aumentam e dessa forma a Metropolitana de Natal ultrapassa os 100% e a região Oeste sobe para 59,9%. Mesmo assim, as demais regiões continuaram apresentando baixa utilização dos leitos para internação.

Inicialmente, é importante fazer referência ao perfil de morbidade hospitalar do RN que deixa visível o *ranking* da hospitalização no Estado, ocupado pelas doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias, aparelho digestivo, aparelho circulatório e neoplasias, respectivamente em 2009. Excluem-se dessa análise as internações no grupo gravidez, parto e puerpério, seguramente a principal causa observada no estado, como em outras regiões do País, não se configurando como patologia que leva à busca da hospitalização. Com relação à mortalidade para o ano de 2009, apresenta o seguinte cenário, quanto às cinco causas de óbitos mais frequentes: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas.

Em segundo lugar, do ponto de vista estrutural, as deficiências encontradas com a fixação de profissionais na Estratégia Saúde da Família, principal iniciativa de organização da Atenção Primária no País, como também no Estado do RN, apresenta uma situação que aponta para a necessidade de medidas por parte dos gestores das três esferas, aglutinados em seus organismos colegiados, devendo pautar as discussões de luta dos organismos de controle público e social. Urge que sejam tomadas medidas quanto à adoção de uma Política de Gestão do Trabalho que considere remuneração, carreira, avaliação de desempenho, dentre outros aspectos relevantes para avançar no alcance de melhores resultados para a atenção e gestão.

Um terceiro elemento a considerar diz respeito ao processo de negociação com entidades de representação das corporações médicas, em que se percebe ultimamente uma arena de embates. Em 2009, houve constantes pactuações para não ocasionar interrupção na prestação dos serviços, tanto na rede própria quanto contratualizada ao SUS.

Como quarto item, vinculado ao comentário acima, considere-se que a capacidade de resposta dos hospitais distribuídos pelo interior do Estado depende de investimentos crescentes, em caráter tripartite, situação que atualmente não ocorre. Historicamente, analisando os dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, quanto à participação da receita própria nas despesas com ações e serviços de saúde, o RN passou da aplicação de 12,56% em 2000, para 16,5% em 2008, fechando o exercício 2009 com 16,34%. As despesas com investimento em relação ao total das aplicações decresceram no período de 2002 a 2008, passando de 4,73% para 2,06%.

Como último ponto a destacar, dentre tantos outros, tem-se a preocupação com as práticas de gestão, quando verificada uma fragilidade nos controles exercidos pelas instâncias gestoras, mormente na SESAP/RN e nas SMS, inspirando medidas para estruturar as áreas de auditoria, avaliação e regulação, denotando a necessidade de priorizar a adoção de instrumentos como protocolos assistenciais, definição de perfil assistencial para os serviços e sua integração em rede com os outros pontos dessa malha de cuidados (atenção básica e especializada), estruturação do complexo regulador em todo o Estado, além da implantação de canais privilegiados de comunicação com a Sociedade, como a Ouvidoria do SUS.

Com essas considerações, este trabalho dirige o olhar para a deflagração de atitudes que aprimorem a Gestão do SUS no RN, favorecendo novos estudos que forneçam subsídios para uma distribuição equânime dos recursos e uma resposta qualitativa para a assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade potencial da atenção hospitalar aponta para uma possibilidade de suficiência de leitos no Estado do RN. Contudo, a distribuição desigual da oferta nas regiões tem-se constituído elemento que deve pautar a agenda do gestor, uma vez que, consagrará a proposição defendida no

Pacto pela Saúde, considerando-se em especial os compromissos e responsabilidades com a descentralização e a regionalização das ações.

Muito há que se empreender para reversão do cenário aqui visualizado. Entre as iniciativas a serem adotadas, urge a finalização do PDR, bem como, do Plano Estadual de Saúde, com a consequente viabilidade econômico-financeira, assegurada em instrumentos importantíssimos como o Plano Plurianual de Ações – PPA e o Plano Diretor de Investimento – PDI, funcionando numa articulação íntima com os demais componentes da programação instrumental da Administração Pública.

Em meio aos comentários acima tecidos, depreende-se que uma ação estruturada e baseada na racionalidade estratégica é um dos componentes indispensáveis para a adoção de uma prática de gestão/atenção que considere as diversas nuances presentes no cenário de atuação do dirigente da política de saúde. Não se pode desconsiderar que o planejamento é, sobretudo, uma ação social, revestida de aspectos históricos, técnico-metodológicos, conceituais e “práticos”⁴, que traduzem as condições de viabilidade, oportunidades e limitações.

O modo articulado de conjugar pensamento e ação, sistematizando-os em processos organizados sob a condução teórico-metodológica do enfoque estratégico-situacional, tem se demonstrado como uma saída imprescindível para a planificação do Setor Saúde. Para tanto, pode ser considerado como um “cálculo” ou “aposta”¹⁴, e ainda, um pensamento estratégico¹⁵.

Em face das considerações aqui tecidas, a necessária mudança de papel a ser empenhada pelo Gestor do SUS na atualidade envolve a incorporação de concepções e práticas do administrador público em saúde sem se desvincular das experiências acumuladas do gerente de serviços assistenciais, numa nova *persona*, aglutinando o conteúdo das normas, com a habilidade e a tecnologia do político, uma espécie de domínio da arte de flexibilizar as normas de um cotidiano particular para um universo estendido de um Sistema de Saúde⁶.

Na perspectiva da adoção de novos modelos que instrumentalizem a gestão em saúde, é preciso avançar na transformação das ideias e dos ideais, mas também precisam ser remodeladas as práticas, para além das estruturas que habitualmente se conformam sob formatos rígidos, a exemplo dos organogramas e regimentos. É imprescindível

vel que se (re)signifique o trabalho consolidado de todos os agentes políticos envolvidos, gestores, trabalhadores, membros do controle público e social, numa trajetória, conduta e foco que façam valer o que está propugnado na Carta de Direitos

e que foi e está sendo construído como inquestionável política de inclusão, transmigrando a condição de simples sujeitos para dignos e valorosos cidadãos.

REFERÊNCIAS

1. Yazlle RJS, Simões, BJG. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. São Paulo: Rev. Saúde Pública, 33 (1), 1999.
2. Teixeira, CF. Epidemiologia e planejamento de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 287-303, 1999.
3. Vecina NG, Malik AM. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*. vol.12 no.4 Rio de Janeiro Jul/Ago. 2007.
4. Paim JS. Planejamento em saúde para não especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond JM, Carvalho, YM. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.767-82, tab. (Saúde em debate, 170).
5. Merhy EE. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates em planejamento em saúde no Brasil, p.117-194. In E Gallo (org.). *Razão e Planejamento. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade*. Hucitec/Abrasco, São Paulo, 1995.
6. Schraiber LB et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):221-242, 1999.
7. Rivera FJU, Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):355-365, 1999.
8. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília/DF.
10. Brasil. Ministério da Saúde/Datasus. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em: 03/03/2009.
11. Guglielmi MC. A política pública de saúde da família e a permanência / fixação do profissional de medicina: um estudo de campo em Pernambuco. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2006.
12. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em: 05/03/2009.
13. Brasil. Ministério da Saúde/Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS-SIH/SUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acessado em: 03/03/2009.
14. Matus, C. Política, planejamento e governo. Brasília: Ipea, 1996, t. I e II, 591 pp.
15. Testa, M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, pp. 5-103.

O artigo foi baseado em monografia apresentada em curso de Especialização em Planejamento em Saúde, da UFBA e do ISC, na Bahia, em 2010. O trabalho foi realizado com base nos dados do Setor de Vigilância em SES-RN.