

Gestão em Saúde: Uma análise dos modelos de gestão da rede de atenção hospitalar no Brasil

DENYS DANIEL DA SILVA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
oasisdaniel2@gmail.com

MARIA JALILA VIEIRA DE FIGUEIRÊDO LEITE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
jalilaleite@ufrnet.br

TERESA JÚLIA DE ARAÚJO MELO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE (UFRN)
julia.amt@hotmail.com

GESTÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DOS MODELOS DE GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

INTRODUÇÃO

O hospital é uma instituição de saúde destinada ao atendimento de doentes, para proporcionar o diagnóstico e o tratamento necessário. Historicamente, durante a Idade Média, os hospitais foram pensados como lugares de acolhida de doentes e peregrinos, desta forma, foi o caráter religioso que denotou a origem dessa instituição na Europa. Atualmente, existe uma diferenciação entre hospital público e privado, a depender de sua organização mantenedora. Dentre os hospitais públicos, eles podem ser classificados quanto à sua abrangência - local e/ou regional, todavia são mantidos e financiados pelo Estado.

Com o passar do tempo essa instituição foi agregando ao seu corpo diversas funções, e com isso adquirindo também um grau maior de complexidade, além de ter impulsionado processos gerenciais e de gestão. Souza e De Carvalho (2015), nos lembra que o hospital é um conjunto clínico assistencial, constituído por múltiplos atores e ações interdisciplinares e um vasto campo para tomada de decisão. Por exemplo, vários hospitais gerais possuem mais de trinta especialidades médicas, requerendo desses profissionais, autonomia para tomada de decisão, bem como exigindo dos profissionais ligados à administração o controle de orçamento e administração de conflitos, gestão do trabalho e da educação na saúde desses profissionais.

Contudo, observamos que tem aumentado a insatisfação com os serviços prestados pelos hospitais. Boa parte das críticas está relacionada aos processos gerenciais, assim como ao tipo de gestão adotado pelas organizações de saúde. Desse modo, Lorenzetti (2014), reforça essas afirmações na medida em que:

“[...] as críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. No que tange a rede hospitalar brasileira, tem-se o diagnóstico da existência de inúmeros estabelecimentos de saúde com grande fragilidade gerencial e que estão longe de atender ao exigido para oferecer uma assistência resolutiva, adequada e otimizada. No que se refere à qualidade dos serviços ofertados, ainda pouco se sabe”. (LORENZETTI, 2014, p.418)

Nesse sentido, algumas culturas organizacionais arraigadas à atual sociedade implicam para o desenvolvimento de novas formas de gestão. É nessa perspectiva que Lorenzetti (2014), reforça que:

“ [...] é recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. E que construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares na qual trabalhadores e usuários atuem como sujeitos ativos, permanece como desafio. (LORENZETTI, 2014, p.418)

Todavia, a gestão em saúde é um mecanismo importante que precisa de inovação e tipos de gestão diferenciados e que estejam de acordo com a definição de conhecimento aplicado no manejo das organizações de saúde. Desse modo, envolve a gerência de redes da esfera pública de saúde, hospitais e demais instituições públicas, privadas e do terceiro setor.

Para melhor compreensão da gênese da descentralização em um sistema federativo,

tal como o vigente no Brasil, existem quatro formas de compartilhamento observadas por Grodzins (1966): pela profissionalização, pela proximidade, pelo desenho e pela política (*politics*). Segundo o autor, o compartilhamento pela política se dá entre entes de diferentes esferas políticas, com poderes próprios, porém inter-relacionados atuando em alguma área ou espaço de negociação política. Historicamente, no período autoritário, havia uma preponderância do governo federal em relação às outras esferas, transformando-os em meros executores de suas políticas, não configurando compartilhamento propriamente dito – já em meio a um período democrático, se pode observar uma melhor articulação das três esferas governamentais, todas com poderes próprios e que no fim de uma longa trajetória de negociações formaram as Comissões Bipartites (dois entes federativos) e as Tripartites (três entes federativos), que consistiam em um espaço de negociação e pactuação entre os entes, para definir a descentralização, assim como a operacionalização do SUS.

Para tanto, a descentralização da gestão em saúde prevista desde a implantação do Sistema Único de Saúde ainda hoje tem dificuldades quanto à gestão de hospitais, por suas características de organização complexa e cobertura além dos territórios municipais. A regionalização propõe um desenho de rede de atenção hospitalar que impõe uma necessária avaliação da articulação entre as gestões estaduais e municipais. Outra constatação importante, é que segundo pesquisa do IBGE (2010), a região nordeste possui população duas vezes maior que a região sul e ainda assim, possui uma rede hospitalar pública menor. Esse dado retrata que a região nordeste possui uma rede hospitalar limitada e fragilizada. Com isso, esse estudo tem a seguinte questão central: como estão vinculados os hospitais públicos nas cinco regiões geográficas do Brasil, quanto ao tipo de gestão?

OBJETIVO

Perante os dados coletados no DATASUS, analisar a distribuição dos hospitais públicos brasileiros, estratificados por regiões geográficas, quanto ao tipo de estabelecimento e de gestão.

REVISÃO DA LITERATURA

A política de saúde no Brasil possui um histórico drástico de lutas e de fortes reflexões, uma vez que tratamos da saúde como um direito. Diante disso, um ponto crucial na constituição desta política é cravado em um momento político importante, a Constituição de 1988 que no capítulo VIII *da ordem social* e na seção II que estabelece no artigo 196: “a saúde como direito de todos e dever do estado garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” Polignano (2001).

É evidente que o texto da Constituição já demonstrava uma preocupação em tornar a saúde um direito, no qual o Estado cumprirá o seu papel de provedor desses direitos. Essas afirmações são fortalecidas, uma vez que Polignano (2001) constata:

“ O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da CIDADANIA.” (POLIGNANO, 2001, p. 22)

É fato que foi de extrema relevância na constituição brasileira haver uma discussão quanto à saúde como um direito, contudo é válido ressaltar que naquele momento segundo

Bravo (2006), as principais propostas debatidas por vários segmentos da sociedade foram: a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para os entes federativos; o financiamento efetivo e a democratização do poder local. Dessa forma, observamos que naquele momento, o Sistema Único de Saúde (SUS) começa a tomar forma. Em outras palavras, todo esse processo culminou na institucionalização da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) 8080/90, que compreende uma rede regionalizada e hierarquizada, com atendimento integral e acesso universal.

Desde a institucionalização do SUS, muito vem se discutido o quanto essa política poderia ser efetiva de tal modo a produzir serviços com qualidade, que consiste em prestar assistência integral à saúde e acesso universal à população. Então, diante deste contexto, a regionalização da saúde, que já era pauta de diversas discussões em meados dos anos 70, novamente é entendida como forma de ser o caminho para efetivar a política de saúde adequada.

É nesse sentido que Vasconcelos *et al* (2008), trata da regionalização da saúde afirmando que “essa nova conformação considera as dinâmicas sociais existentes no território e visa conformar subsistemas de saúde mais funcionais e equilibrados, em sintonia com a distribuição populacional e de recursos para garantir acesso, resolutividade e qualidade nas ações de saúde”. Para este autor, a regionalização tem o propósito de promover ações de saúde em que a “a complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal”.

Ainda em relação à regionalização da saúde, como bem caracterizamos anteriormente, a ideia de organização de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) é um ponto primordial para se desenvolver ações de qualidade no território. Contudo, é necessário refletir como é organizada essa rede, tendo em vista a capilaridade de culturas, costumes e dinâmicas, sobretudo com economias diferentes. Nesse aspecto, Pestana e Mendes (2004) destacam que:

“[...] ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde”. (PESTANA E MENDES, 2004, p. 35)

É nesse contexto de regionalização que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) se consolidam e compõem um conjunto de ações de saúde, onde, para Mendes (2009) as redes são compostas de três elementos fundamentais: população, estrutura organizacional e modelo de atenção à saúde. O autor conceitua ainda que “as redes de atenção à saúde são organizações poligárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população”. Outrossim, diante deste conceito da RAS destacamos neste estudo uma reflexão sobre a rede de atenção hospitalar.

Estudar a atenção hospitalar implica na busca do dimensionamento dessa rede e como ela está organizada. Se tratando de hospitais públicos, como no caso deste estudo, vale questionar: quais dos entes federativos têm assumido maior responsabilidade da gestão dos hospitais? Esse questionamento se faz relevante, uma vez que a oferta hospitalar precisa estar alinhada ao processo decisório dos gestores da saúde. Entendemos isso quando

refletimos que a assistência deve compreender o cuidado hospitalar no âmbito do planejamento, programação e alocação adequada de recursos, baseado em parâmetros, indicadores, leis e outras ferramentas que auxiliem em ações estruturadas Pessoa *et al* (2011).

Nesse sentido, um ponto crucial no tocante à rede pública hospitalar se dá pelo fato da densidade burocrática, baixo investimento financeiro e de um sistema hierárquico muito sólido. Com isso, evidenciamos uma série de restrições, no que se refere ao desenvolvimento, planejamento e gestão de ações de saúde. Essa complexidade implica no baixo rendimento da gestão e na ineficiência da assistência de saúde nas unidades hospitalares, embora tenhamos uma rede hospitalar muito grande em nível de Brasil. Os sintomas elencados acima são evidenciados muito claramente no cotidiano Proite e Souza (2004).

Embora o fato de existir grande precarização na prestação dos serviços de saúde, em especial os serviços oferecidos nos hospitais, não exclui os esforços empreendidos na formulação de estratégias que visam a melhoria e a qualidade dos serviços. Paim *et al* (2014) afirmam com propriedade que:

“O pacto pela saúde 2006 contempla o acordo firmado entre os três níveis de governo do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando a coerência com a diversidade operativa, respeitam as diferenças loco regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias, instituindo mecanismos de cogestão e de planejamento regional, fortalece os espaços de controle social e qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde”. (PAIM *ET AL*, 2014, p. 76)

Os autores nos mostram nas afirmações supracitadas preocupação em desenvolver ações de saúde efetivas e de qualidade, além de promover em rede uma interação maior e de forma regionalizada dos níveis de atenção à saúde, no que se trata da gestão em saúde. Entretanto, devido à existência de um sistema hierarquizado de gestão, principalmente em aspectos relacionados à forma de gestão dos níveis de governos, que desse modo, desenvolvem no ambiente hospitalar estruturas que consistem na redução da autonomia e da tomada de decisão. Isso implica em questões que se referem à tomada de decisão e de funcionamento desses serviços, de modo a atingir a rede de atenção hospitalar e provocar uma desarticulação dos nós desta rede em uma região de saúde, de acordo com Vecina Neto e Malik (2012).

Esses autores ainda discutem a respeito do atual modelo de gestão, onde para Vecina Neto e Malik (2012) “no atual modelo tradicional de gestão, as decisões concentram-se no nível central, distantes daqueles que detêm informações relevantes associadas a tais decisões, sendo uma das principais causas do desempenho deficiente dos serviços de saúde, principalmente se tratando dos hospitais”. Para tanto, nesse estudo exploratório buscamos respostas iniciais para esses problemas por meio de uma caracterização dos hospitais e como eles estão sendo administrados, no que diz respeito aos níveis de governo.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de dados secundários. Assim, caracteriza-se como um estudo de desenho transversal descritivo cuja operacionalização se deu de forma quantitativa. Os dados foram coletados no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) do Departamento Nacional de Informação do SUS (DATASUS). A coleta ocorreu no mês de outubro de 2016. Foram selecionadas as variáveis: Tipo de Estabelecimento (Hospital geral; Hospital especializado; Hospital-dia);

Tipo de Gestão (Dupla; Estadual; Municipal) e Região (Nordeste). Os dados foram organizados e analisados com base na estatística descritiva no Brasil, de acordo com as regiões geográficas. Quanto ao filtro temporal da pesquisa, o intervalo considerado para a seleção dos dados compreendeu o ano de 2016. Os critérios de elegibilidade abordados foram os hospitais públicos do SUS vinculados aos tipos de gestão supracitados.

Para a sistematização dos dados e realização da estatística descritiva foi utilizado o Excel TM 2010, um programa de planilha do pacote *Microsoft Office* que permite a criação de pastas de trabalho, produção de gráficos, tabelas e cálculos estatísticos. Com a utilização desse software foi possível transformar os dados coletados em informações, através de tabelas e gráficos gerados, dessa forma, facilitando a compreensão das informações produzidas. Com isso alguns procedimentos foram realizados e são aqui destacados nas seguintes etapas: 1) Coleta e seleção de dados referentes ao ano de 2016, realizado em <www.datasus.gov.br/rede assistencial/estabelecimentos>; 2) Organização e sistematização do banco de dados em planilha do Excel preenchido pelos dados coletados. Os dados foram coletados por estado e em seguida foram estruturados no banco por região geográfica, tipo de hospital e tipo de gestão e 3) Mensuração, cruzamento e análise de dados. Essa etapa consistiu no uso da estatística descritiva, e teve por finalidade evidenciar resultados em percentual com o propósito de produzir tabelas e gráficos, para visualização destes resultados.

RESULTADOS

Os dados foram analisados em duas etapas. Inicialmente apresentamos informações do Brasil, de acordo com as regiões geográficas. Em seguida, estes dados foram detalhados por região geográfica (tabela 01).

Como uma forma de relacionar os dados da pesquisa com sua repercussão na população de referência para seus serviços, inicialmente identificamos a distribuição populacional e destacamos as regiões sudeste, nordeste e sul com maior número populacional. Por outro lado, as regiões centro-oeste e norte, apresentam a menor população por região geográfica do país.

Tabela 1 – População brasileira residente, por região geográfica. Brasil, 2017.

Região	População	
	n	%
Norte	15.864.454	8,32
Nordeste	53.081.950	27,83
Sudeste	80.364.410	42,13
Sul	27.386.891	14,36
Centro-Oeste	14.058.094	7,37
Total	190.755.799	100,00

Fonte: IBGE, 2010.

RESULTADOS POR REGIÕES GEOGRÁFICAS

Nessa etapa apresentamos os resultados por cada região, quanto ao tipo de gestão: dupla, estadual e municipal, bem como quanto ao tipo de hospital: especializado, geral e hospital-dia. Para isso, é válido salientar que os tipos de gestão são baseados em informações do CNES/DATASUS. De acordo com o CNES, gestão dupla é aquela gerenciada pelos entes federativos, estadual e municipal. A gestão estadual e municipal são aquelas em que os serviços estão sob responsabilidade de gerenciamento de cada um desses entes.

Para uma visualização inicial dos dados regionais agrupados, apresentamos as

seguintes tabelas que evidenciam o percentual de estabelecimentos de acordo com o tipo de gestão (tabela 2) e tipo de estabelecimento (tabela 3), de acordo com as regiões geográficas brasileiras.

Tabela 2 - Distribuição percentual dos hospitais por tipo de gestão, de acordo com as regiões brasileiras. Brasil, 2017.

Região	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Sul	45	19	36	100
Sudeste	09	14	77	100
Centro-Oeste	06	03	91	100
Norte	17	29	54	100
Nordeste	28	15	57	100

Fonte: CNES, 2016.

Tabela 3 - Distribuição percentual dos hospitais por tipo de estabelecimento, de acordo com as regiões brasileiras. Brasil, 2017.

Região	Tipo de Estabelecimento			Total
	Especializado (%)	Geral (%)	Hospital-dia (%)	
Sul	08	84	08	100
Sudeste	17	71	12	100
Centro-Oeste	16	81	03	100
Norte	11	88	01	100
Nordeste	15	84	01	100

Fonte: CNES, 2016.

REGIÃO SUL

Para os hospitais especializados, observamos que aqueles de gestão municipal detêm mais da metade da gestão desse tipo de hospital. Nesse sentido, identificamos que uma boa parte dos municípios está investindo em hospitais especializados para atender a demanda de sua população (a depender do perfil epidemiológico que define a especificidade do hospital). A gestão estadual tem 23% da gestão dos hospitais especializados e por fim, a gestão dupla possui 14% da gestão. Levando em consideração a regionalização da saúde, vários hospitais estão vinculados a gestões desse tipo. Dessa forma, estados e municípios pactuam a gestão dos hospitais (tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição percentual dos hospitais por tipos de gestão, de acordo com o tipo de estabelecimento. Região Sul. Brasil, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Especializado	14	23	63	100
Geral	51	20	29	100
Hospital-dia	45	19	36	100

Fonte: CNES, 2016.

Na tabela 4 analisamos também que para os hospitais gerais, a gestão dupla tem maior proporção com 51% do total, com isso apontamos que os hospitais regionais em sua grande maioria são gerais. O custo desse tipo de hospital é muito alto devido à sua alta complexidade, todavia uma forma encontrada pelos gestores é a pactuação entre os entes federativos. Assim, dividem a responsabilidade da gestão e do investimento para manutenção do serviço. Entretanto, ainda há um percentual considerável de hospitais sob

gestão municipal. A região sul, de fato, possui cidades de grande porte além de suas capitais. Ou seja, a demanda dos hospitais gerais também é válida para essas cidades e como suas arrecadações de tributos são maiores, os investimentos na saúde também são. Portanto, elas conseguem manter esses hospitais de grande complexidade. Por fim, a gestão estadual assume 20% da gestão desses hospitais.

Nesse caso, vale ressaltar a especificidade do Hospital-dia, que se trata de uma modalidade de atendimento médico inicialmente planejada para redução de custos das cirurgias eletivas com internamento e simultâneo benefício na redução de riscos para o paciente em relação às infecções hospitalares. Com isso, analisando em termos de quantidade, esse tipo de hospital ainda está muito distante dos quantitativos de hospitais gerais e especializados, pelo fato de se tratar de uma alternativa ao modelo clássico. Mas, identificamos que entre estes hospitais, a gestão dupla se encontra com maior percentual. Ou seja, existe uma corresponsabilidade entre os entes federativos. Em seguida, temos a gestão municipal e por fim, a estadual (tabela 4)

Na tabela 2 observamos que a maioria da gestão dos hospitais na região sul é realizada por um sistema de pactuação, corresponsabilidade ou algum tipo de vínculo equivalente a isso, 45% dos hospitais da região estão sob gestão do tipo dupla. Por outro lado, a gestão do tipo estadual tem menor proporção nessa região. Analisamos que essa informação diz respeito ao fato dos estados assumirem apenas responsabilidade da gestão dos hospitais regionais.

Na tabela 3 verificamos que o hospital geral tem maior proporção, com mais de 80% da quantidade total de hospitais, para a região Sul. Por outro lado, os hospitais especializados e hospitais-dia, têm as menores distribuições, 8% para ambos. Observamos que, em todos os tipos de gestão, os hospitais gerais têm maior proporção, sendo que na gestão dupla essa proporção é ainda maior.

REGIÃO SUDESTE

No que diz respeito aos hospitais especializados, o tipo de gestão municipal se destaca, com 79% e a gestão dupla, com um percentual mínimo cerca de 2%. Assim, caracterizamos que, em sua maioria, os hospitais são de gestão municipal ou estadual, pouco existindo a corresponsabilidade da gestão entre esses entes federativos (tabela 05).

Tabela 5 - Distribuição percentual dos hospitais por tipos de gestão, de acordo com o tipo de estabelecimento. Região Sudeste. Brasil, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Especializado	02	19	79	100
Geral	13	14	73	100
Hospital-dia	00	04	96	100

Fonte: CNES, 2016.

Para os hospitais gerais, analisamos que a gestão municipal tem o maior número de hospitais com este tipo de gestão. Em segundo, temos a gestão estadual, com 14%. Com isso, consideramos que esse percentual pode estar ligado à existência dos hospitais regionais que em grande maioria são administrados pelas unidades federativas. Por fim, a gestão dupla detém 13% do total (tabela 5). Quanto aos hospitais-dia, observamos um fato interessante – quase todos eles são de gestão municipal (96%). Em oposição, observamos a não existência de gestão dupla e por fim, o percentual mínimo da gestão estadual, que detém 4% da gestão desse serviço (tabela 5).

Na tabela 2 evidenciamos a distribuição da gestão dos hospitais na região sudeste,

em sua maioria, está sob responsabilidade municipal. Além disso, observamos que a gestão dupla possui uma proporção mínima. Ou seja, uma situação diferente do que vinha acontecendo com outras regiões, em que esse percentual é maior. Contudo, a gestão estadual apresenta um número considerável e equivalente ao que elucidamos sobre outras regiões.

De acordo com a tabela 3, na distribuição dos hospitais na região sudeste identificamos que os hospitais gerais têm maior percentual, com pouco mais de 70% da rede hospitalar da região, além dos especializados e o hospital-dia.

Observamos que os hospitais gerais estão vinculados em sua maioria ao tipo de gestão municipal, assim como os hospitais especializados e dia. Todavia, para a gestão estadual destacamos os hospitais gerais e especializados. Por outro lado, na gestão dupla evidenciamos o hospital-dia, que aparece próximo a zero, além do geral com quase totalidade desse tipo de gestão (gráfico 3).

REGIÃO CENTRO-OESTE

Não diferente do que vinha acontecendo nas outras regiões supracitadas, para os hospitais especializados apresentam a gestão municipal como principal para esses serviços, em que 96% dos hospitais no Centro-oeste estão sob esse tipo de gestão. Outra importante informação é a gestão dupla, que tem responsabilidade por apenas 1% dos hospitais. No mesmo sentido, a gestão estadual tem uma pequena responsabilidade pela gestão desses hospitais com 3% (tabela 6),

Tabela 6 - Distribuição percentual dos hospitais por tipos de gestão, de acordo com o tipo de estabelecimento. Centro-oeste. Brasil, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Especializado	01	03	96	100
Geral	08	03	89	100
Hospital-dia	00	00	00	100

Fonte: CNES, 2016.

Para os hospitais gerais, a gestão municipal é a principal modalidade, no qual destacamos que 89% da gestão são desse tipo. Para tanto, a gestão dupla obtém 8% e a estadual apenas 3% do total desse serviço (tabela 6).

No caso dos hospitais-dia, na região Centro-Oeste, ressaltamos um fato interessante, que consiste em totalidade no tipo de gestão, na qual, a responsabilidade absoluta é da gestão municipal, não existindo gestão do tipo estadual e dupla.

Constatamos que, para região Centro-Oeste, mais de 90% dos hospitais estão sob gestão dos municípios. Nas informações supracitadas em que explicitamos sobre os tipos de hospitais, evidenciamos esse fato. Apesar disso, destacamos a gestão dupla com 6% e a estadual com 3% do total (tabela 2). Na distribuição dos hospitais observamos que os hospitais gerais têm maior percentual obtendo mais de 80% do total, além disso, apresentamos os especializados com 16% e em seguida o hospital-dia com apenas 3% (tabela 3).

Para a distribuição dos hospitais, por tipo de gestão, identificamos que os hospitais gerais têm como maior responsável o tipo de gestão municipal, muito embora nas gestões estaduais e dupla esse serviço tenha maioria. Contudo, os hospitais especializados concentram assim como os hospitais gerais sua maioria na gestão municipal, do mesmo modo o hospital-dia. Por outro lado, observamos que para gestão estadual e dupla, todos os tipos de hospitais têm uma distribuição muito pequena.

REGIÃO NORTE

Identificamos que, diferente do que relatamos para as outras regiões quanto à gestão dos hospitais especializados, na região norte evidencia-se um percentual equilibrado entre a gestão municipal, com 43% e a gestão estadual, com 46%. Todavia, retratamos a gestão dupla com 11% (tabela 7),

Tabela 7 - Distribuição percentual dos hospitais por tipos de gestão, de acordo com o tipo de estabelecimento. Região Norte. Brasil, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Especializado	11	46	43	100
Geral	18	26	56	100
Hospital-dia	00	67	33	100

Fonte: CNES, 2016.

Da mesma forma, nos hospitais gerais identificamos um equilíbrio quanto à gestão, em que 56% estão sob responsabilidade dos municípios e 44% se divide entre gestão dupla e estadual, sendo 18% e 26% respectivamente (tabela 7).

Nesta região, mesmo havendo uma distribuição equilibrada dos hospitais supracitados, os percentuais do hospital-dia mostram informações inversas, em que identificamos que 67% desses hospitais estão sob gestão estadual, 33% tem vínculo municipal, e não existindo gestão dupla desses serviços na região (tabela 7).

Observamos que dentre todos os hospitais, 54% estão vinculados e administrados pelos municípios, porém identificamos um equilíbrio, levando em consideração os 46% distribuídos entre as gestões dupla e estadual. Todavia, apontamos 17% para a gestão dupla e 29% para a estadual, respectivamente (tabela 2).

Na tabela 3 observamos que, quanto à distribuição dos hospitais, existe um grande percentual de hospitais gerais - 88%. Cerca de 11% são hospitais especializados e, conseqüentemente, apenas 1% são hospitais dia. Ou seja, observamos uma concentração em hospitais gerais.

Quanto à distribuição dos hospitais por tipo de gestão, evidenciamos que um número considerável de hospitais gerais está vinculado à gestão municipal, embora em todos os tipos de gestão esse serviço tenha maioria, conquanto os hospitais especializados concentram sua vinculação em sua maioria na gestão estadual e municipal. Por outro lado, evidenciamos o hospital-dia de forma bem restrita em todos os tipos de gestão (gráfico 5)

REGIÃO NORDESTE

Analisamos que 58% dos hospitais especializados são gestados pelos municípios, além disso apresentamos que 42% desses hospitais estão sob gestão estadual e dupla, mais precisamente 24% e 18%. Com isso, diferente do que abordamos para as outras regiões não temos um equilíbrio do tipo de gestão nesse serviço (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição percentual dos hospitais por tipos de gestão, de acordo com o tipo de estabelecimento. Região Nordeste. Brasil, 2017.

Tipo de Estabelecimento	Tipo de Gestão			Total
	Dupla (%)	Estadual (%)	Municipal (%)	
Especializado	18	24	58	100
Geral	30	13	57	100
Hospital-dia	25	12	63	100

Fonte: CNES, 2016.

Para os hospitais gerais, o tipo de gestão com maior percentual é o municipal, com 57% do total de hospitais. Porém, destacamos uma porcentagem considerável - 30% - da gestão dupla, o que representa um número interessante. Com essa distribuição, ainda apontamos 13% para a gestão estadual (tabela 8). Evidenciamos que para o hospital-dia, assim como nos gerais e especializados as gestões municipais têm os maiores percentuais, caracterizando um número considerável desses serviços. No caso dos hospitais dia, 63% são administrados pelos municípios. Entretanto, analisamos que a gestão dupla vem apresentando um percentual importante para esse serviço, em que 25% são de responsabilidade da gestão entre dois entes federativos (estadual e municipal). Dessa forma, apenas 12% representa a gestão estadual (tabela 8).

Como já havíamos citado, constatamos que 57% dos hospitais são vinculados à gestão municipal. Logo a gestão dupla com 28% tem um número elevado em relação às outras regiões já citadas. Desse modo, evidenciamos a gestão do tipo estadual com 15% (tabela 2). Não diferente das demais regiões, identificamos que os hospitais gerais têm maior número, no qual 84% da região nordeste são desse tipo de serviço. Para tanto, os hospitais especializados detém 15% do total. Por fim, e com um percentual bem restrito destacamos o hospital-dia com 1% do total de hospitais na região (tabela 3).

Destacamos que o hospital geral concentra maior parte de sua vinculação à gestão municipal e outra parte considerável à gestão dupla, tendo, assim menor vínculo à gestão estadual. Apesar disso os hospitais especializados aglutinam seus maiores percentuais na gestão municipal, mas também na gestão estadual com um número menor. Dessa forma, a gestão dupla tem a menor vinculação para esse tipo de hospital. Por fim, para o hospital-dia abordamos percentuais exíguos em todos os tipos de gestão.

DISCUSSÃO

Em relação aos hospitais especializados, abordamos que em quatro das cinco regiões geográficas a gestão do tipo municipal detém o maior percentual, com exceção da região Norte, na qual, a gestão estadual tem maior responsabilidade dos hospitais especializados. Contudo, o menor percentual em todas as regiões, é o tipo de gestão dupla.

Quanto aos tipos de gestão, tanto os hospitais gerais como os hospitais especializados, em quase todas as regiões geográficas, a gestão municipal tem uma maior proporção, exceto na região Sul, em que a gestão dupla tem o maior percentual.

No entanto, nos resultados para o hospital-dia, a distribuição do tipo de gestão é bem peculiar de cada região. Desse modo, observamos a região Norte, na qual, a gestão estadual tem maior proporção da gestão, porém, na região Nordeste, para esse mesmo hospital a gestão municipal se apresenta com o maior percentual.

Para fortalecer as informações supracitadas, destacamos os dados da distribuição de todos os hospitais por regiões geográficas no que diz respeito ao elevado percentual dos hospitais gerais em todas as regiões, seguidos pelos hospitais especializados, com menor proporção os hospitais-dia. Observamos ainda que na distribuição de todos os hospitais por tipo de gestão, sobretudo a gestão municipal tem a maior distribuição em quase todas as regiões, salvo, a região Sul, na qual evidenciamos a gestão dupla com a maior proporção.

Quanto à distribuição dos hospitais por tipo de gestão, destacamos os hospitais gerais, que em todas as regiões tem o maior percentual do total de hospitais. Além disso, tem a gestão municipal com maior percentual. Logo, identificamos os hospitais especializados, que concentram a gestão municipal como principal em todas as regiões. Por fim, os hospitais- dia, esses apresentam dados bem variados. Em algumas regiões a gestão estadual tem maior número, mas, de modo geral a gestão municipal detém maior proporção.

Portanto, os resultados apresentam um quadro interessante da atenção hospitalar no Brasil, com uma variação do tipo de gestão por região geográfica. Por exemplo, um baixo

número de hospitais-dia, bem como a gestão municipal. Ou seja, os municípios têm maior responsabilidade sob a gestão dos hospitais no Brasil, especialmente de hospitais especializados. Além disso, na região sul a gestão dupla que compreende uma pactuação entre os entes, tem maior resultado.

Com isso, as informações geradas a partir desse estudo contribuem no que se refere ao planejamento, organização e gestão em saúde no tocante à regionalização, assim como na consolidação de uma rede de atenção hospitalar efetiva. Além disso, a relevância desse estudo é reforçada uma vez que em um estudo realizado no Brasil, Oliveira (2004) comprova que “a atenção hospitalar básica está disponível em praticamente todo o território nacional e poucos são os municípios desconectados”.

Outro fator a ser ressaltado está relacionado à complexidade da gestão em saúde. Observamos, por exemplo, que a região Sul apresenta uma forma de gestão pactuada. Ou seja, dois entes federativos se unem, se organizam e assumem a responsabilidade da gestão dos hospitais, diferentemente de outras regiões do país, que de modo geral tem a gestão municipal em sua maioria.

Entretanto, o que entendemos disso é que em tese a região sul tem um melhor desempenho nas ações de saúde, pois uma vez que os recursos investidos na rede hospitalar desta região são divididos mediante a um acordo prévio (pactuação). Por outro lado, as demais regiões, do ponto de vista financeiro e de gestão devem sentir mais dificuldades, muito pela complexidade que é de administrar hospitais, por exemplo nas regiões norte e nordeste pelo dificuldade financeira e complexidade em termos territorial, climático e cultural.

Neste sentido, Rodrigues *et al* (2010) afirmam que

“ [...] a limitada capacidade de arrecadação da esmagadora maioria dos municípios e as desigualdades regionais quanto à capacidade técnica disponível em termos de saúde pública (seja material, seja tecnológico-administrativo) dificultam para as diversas esferas de governo”. Contudo, o autor ainda destaca o esforço empreendido por formas resolutivas como a “coordenação cooperativa e o Co financiamento da atenção à saúde”. (RODRIGUES *ET AL*, 2010, p.210)

Com isso, observamos que a gestão da rede de atenção hospitalar no Brasil vem na contramão do que se tem discutido, uma vez que é caracterizado nesse estudo uma predominância de gestão de hospitais sob responsabilidade de uma esfera de governo. Essas afirmações podem ser ainda mais reforçadas uma vez que refletimos, sobretudo, o quanto é alto o investimento financeiro para a manutenção de um hospital, além disso, acrescentando a enorme complexidade a ser administrada. Nesse sentido, acreditamos que por vezes o sucateamento ou precarização são comuns e prejudicam os serviços ofertados pelos hospitais. Ou seja, os municípios que assumem a responsabilidade de gestão em sua maioria têm recursos financeiros e humanos muito limitados, com isso enormes convergências são evidenciadas. Outro fator que observamos, ao tratarmos das regiões brasileiras, são questões como a escolaridade, economia, fatores climáticos e infraestrutura, por exemplo, influenciam diretamente na gestão e na assistência à saúde, estas afirmações podem ser materializadas tomando como exemplo as regiões nordeste e norte, que sofrem cotidianamente com esses fatores.

CONCLUSÃO

A organização das redes regionais de saúde requer análise detalhada da oferta da atenção hospitalar, com definições quanto aos serviços oferecidos, área de abrangência e responsabilidades de gestão. Para tanto, desafios se apresentam aos diferentes níveis de gestão do SUS no sentido de definir formas compartilhadas de organização destas ações. Para tanto, os resultados desse estudo apontam situações mútuas, uma vez que observamos

as diferenças quanto à gestão nas regiões do Brasil. Ademais, é necessário refletirmos, em torno de como está estruturada essa rede hospitalar, além disso, que implicações são fatores determinantes no processo de gestão dos serviços hospitalares. O fato é que existem algumas peculiaridades em relação à rede de atenção hospitalar que necessitam ser bem analisadas - a distribuição dos hospitais e a responsabilidade da gestão são dois pontos fundamentais para essa análise.

Portanto, é válido pensarmos: Como a atenção hospitalar no Brasil está alinhada aos conceitos da regionalização, descentralização e com o que foi acordado no pacto pela gestão na saúde; Como as esferas de governo estão avaliando esses modelos de gestão adotados? Contudo, o que queremos aqui não são respostas concretas, rígidas ou acabadas, na verdade instigamos nesse texto o ato reflexivo, frente aos desafios e disparidades no cenário da rede hospitalar brasileiro apresentado.

REFERÊNCIAS

- BRAVO, M. I. S. *et al.* **Políticas de saúde no Brasil. Serviço social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 2006: 01-24, 2006.
- CNES. **Indicadores de Saúde e Pactuações**. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2016. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet/indicadores-de-saude>> Acesso em 22 out. 2016.
- GRODZINS, Morton. **The American System**, ed. Daniel J. Elazar. Chicago: Rand McNally, 1966.
- IBGE. **Censo Demográfico 2010: Resultados Gerais da Amostra Por áreas de ponderação. Aglomerados subnormais/informações territoriais**. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/aglomerados_subnormais_informacoes_territoriais/default_informacoes_territoriais.shtm>. Acesso em: 20 out. 2016.
- LORENZETTI, J. *et al.* **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados**. Texto Contexto Enferm. 2014; 23, (2): 25-417, 2014.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde-Health CARE networks**. Revista médica de minas gerais, 2009;18, (4-S4), 2297-2305 2009.
- OLIVEIRA, E. X. G. de. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**. Cad. Saúde pública, 2004, 386-402, 2004.
- SOUZA, V. P.; Carvalho, R. B. **Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico**. Rev. Gestão Sist. Saúde. 2015; 4, (2): 97-112, 2015.
- PAIM, J. S.; Almeida Filho, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. In: Saúde coletiva: teoria e prática. MedBook, 2014, 231-241, 2014.
- PESSOA, M. G. A. *et al.* **Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde**. Comunicação ciências saúde, 2011; 315-326, 2011.
- PESTANA, M.; Mendes, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. CEP. 2004; 30130,07-79, 2004.
- PROITE, A.; Souza, M. C. S. **Eficiência técnica, economias de escala, estrutura da propriedade e tipo de gestão no sistema hospitalar brasileiro**. Encontro nacional de economia da associação nacional de centros de pós-graduação em economia, 2004; 32, 1-18, 2004.
- POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, 2001;35: 01-35, 2001.
- RODRIGUES, R. *et al.* **Federalismo, relação público-privado e gasto público em saúde no**

Brasil. Revista de política, planejamento e gestão em saúde; 1, (1), 141-156, 2010.
VASCONCELOS, C. M.; Pinheiro, T. X. A. **Implementação da regionalização da saúde no RN. Observatório RH NESC/UFRN.** 2008; 2: 9-149, 2008.
VECINA Neto, G.; Malik, A. M. **Gestão em saúde.** Guanabara Koogan, 2012, 144-156, 2012.