

Auditoria e gestão pública hospitalar: déficit de leitos no período de 2019 a 2021 no sistema único de saúde em Pernambuco

O presente trabalho trará uma análise da medida governamental, que ocorreu no período de 2015 a 2020, no Estado de Pernambuco, onde o mesmo inicia uma parceria com a Rede Suplementar, tendo como objetivo a ampliação do número de vagas nas UTI's em que visa alocar o paciente na Unidade de Saúde para a Rede Privada, pacientes estes que possuem um quadro clínico de Baixa Complexidade (Pacientes grave, porem estáveis, onde necessitam de um acompanhamento menos intenso oferecido pela Rede Suplementar) e também pacientes com maior grau de Complexidade (Pacientes graves, onde necessitam de um acompanhamento mais intenso oferecido pela Rede Suplementar). Apontar o déficit que ocorreu entre os anos 2019 e 2021 de leitos públicos dentro do Sistema Único de Saúde para atender à demanda existente e comparar os resultados com a recomendação do Ministério da Saúde. O dimensionamento adequado de leitos e sua transferência para hospitais privados devem considerar os motivos de limitações de acesso oportuno e a gestão do fluxo de pacientes em um cenário que associa priorização das solicitações. Num mundo globalizado e economicamente frenético, atualmente, está se vivenciando um grande acontecimento no âmbito da saúde, o apogeu de uma Pandemia chamada Coronavírus. Em todo mundo foram confirmados cerca xxx casos de infectados e xxxxx mortes pela COVID-19 (dados registrados até dezembro/2021), estando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) por meio do Escritório que representa as duas instituições no Brasil (POHAS), prestando apoio técnico aos brasileiros, na resposta ao surto do Coronavírus. Neste contexto, os déficits de leitos ficaram ainda mais caóticos, necessitando de uma gestão hospitalar eficaz.

Palavras-chave: Déficit de leitos; Gestão hospitalar; UTI; SUS; Rede complementar de saúde.

Audit and public hospital management: deficit of beds from 2019 to 2021 in the unified health system in Pernambuco

The present work will bring an analysis of the governmental measure, which took place in the period from 2015 to 2020, in the State of Pernambuco, where it starts a partnership with the Supplementary Network, with the objective of increasing the number of vacancies in the ICUs in which it aims to allocate the patient in the Health Unit for the Private Network, patients who have a clinical picture of Low Complexity (Severe, but stable patients, where they need a less intense follow-up offered by the Supplementary Network) and also patients with a higher degree of Complexity (Patients serious, where they need a more intense follow-up offered by the Supplementary Network). Point out the deficit that occurred between 2019 and 2021 of public beds within the Unified Health System to meet the existing demand and compare the results with the recommendation of the Ministry of Health. Adequate sizing of beds and their transfer to private hospitals must consider the reasons for timely access limitations and patient flow management in a scenario that associates prioritization of requests. In a globalized and economically frenetic world, a major event in the health field is currently being experienced, the height of a pandemic called the Coronavirus. Around the world, around xxx infected cases and xxxxx deaths from COVID-19 were confirmed (data recorded up to December/2021), with the Pan American Health Organization (PAHO) and the World Health Organization (WHO) through the Office representing the two institutions in Brazil (POHAS), providing technical support to Brazilians in response to the Coronavirus outbreak. In this context, bed shortages became even more chaotic, necessitating effective hospital management.


Keywords: Bed deficits; Hospital management; ICU; SUS; Complementary health network.

Topic: **Gestão Pública**

Received: **18/01/2022**

Approved: **09/03/2022**

Reviewed anonymously in the process of blind peer.

Carlos Claudio Correa Cesar Junior 
Christian Business School, Estados Unidos
<http://lattes.cnpq.br/5597006526941878>
<https://orcid.org/0000-0002-7973-1871>
krlos-junior@hotmail.com



DOI: 10.6008/CBPC2179-684X.2022.001.0020

Referencing this:

CESAR, C. C. J.. Auditoria e gestão pública hospitalar: déficit de leitos no período de 2019 a 2021 no sistema único de saúde em Pernambuco. *Revista Brasileira de Administração Científica*, v.13, n.1, p.270-281, 2022. DOI: <http://doi.org/10.6008/CBPC2179-684X.2022.001.0020>

INTRODUÇÃO

Devido à incompatibilidade de leitos com o atual cenário de contingente populacional, em hospitais públicos do Estado de Pernambuco, a rede suplementar pode minimizar esta problemática de leitos insuficientes por habitantes. Neste contexto, deve-se traçar um planejamento de gestão hospitalar para agir nos períodos sazonais, na qual exige do serviço público um maior quantitativo de leitos.

Nos comentários de Paiva et al. (2014), o Sistema Único de Saúde (SUS) deve promover um acesso incondicional à saúde. Assim, deve abranger procedimentos simples como uma consulta ambulatorial até procedimentos mais complexos como transplantes de órgãos, garantindo um acesso integral e atendimento universal gratuito aos brasileiros.

Vale salientar que o Conselho Nacional de Saúde¹, que prevê sobre a Lei 8.080/90, estabelecendo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde e suas providências, trouxe expectativas, dentro de uma perspectiva contemporânea do desenvolvimento da reforma sanitária, objetivando interligar as dificuldades em que a saúde pública e diretriz sanitárias apresenta na atualidade.

Garantir um atendimento humanizado, na visão de Paiva et al. (2014), no SUS, é dever do estado, na prestação de um atendimento com prioridades, mesmo com a demanda existente, deve ser um dos atos fundamentais. Entretanto, muitos cidadãos que residem nas grandes metrópoles, não realizam consultas periódicas ou nenhum acompanhamento ambulatorial pelo SUS ou por uma seguradora de saúde, os autores acreditam que o responsável por esse 'caos' é o número de vagas limitadas para que haja o cumprimento dos direitos que o cidadão tem à um atendimento por parte do Estado.

Dentro do contexto abordado, a Secretaria Estadual de Saúde² (SES/PE), possui com convênio direto com o Sistema Único de Saúde (SUS) sendo eles; Hospital Getúlio Vargas (HGV), Hospital da Restauração (HR), Hospital Barão de Lucena (HBL), Hospital Regional do Agreste (HRA), entre outros, e também com alguns hospitais indiretos que prestam serviços a Secretaria Estadual de Saúde da rede privada sendo eles, Hospital Nossa do Senhor do Ó (HNSO), Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG) e Hospital Português do Recife (HPR), chamados de rede suplementar. Para Goldwasser et al. (2016), a participação da Rede Suplementar e do Governo do Estado que ocorrerá a diminuição dos seus custos referente ao contingencial como; equipe multidisciplinar; Médicos; Enfermeiros; Técnicos de Enfermagem; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos) e Custos Indiretos (Farmacêuticos; Hotelaria; Seguranças) dos pacientes. Situações de calamidade na saúde pública do Brasil levam a Secretaria de Saúde do Estado a solicitar um número maior de vagas à iniciativa privada (BRASIL, 2016).

A incompatibilidade de leitos com o cenário da Densidade Demográfica populacional na região metropolitana do Recife demonstra como o nosso estado pode diminuir ou minimizar este déficit. Segundo o Conselho Federal de Medicina³, o Estado de Pernambuco possui xxx leitos de UTI para cada 10 mil

¹ http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm

² <http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-getulio-vargas>

³ https://portal.cfm.org.br/?option=com_content&view=article&id=26167%3A2016-05-16-12-15-52&catid=3

habitantes. No entanto, a recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) será de 5 leitos para cada mil habitantes. Após indicadores deste órgão e da OMS, recomendou-se ao Governo do Estado de Pernambuco, aumentar números de leitos por habitantes. 70% dos estados brasileiros não existem o número de leitos suficientes de UTI preconizado pela OMS.

Atualmente o SARS-CoV-2 (popularmente conhecido como COVID-19), tem prevalecido aos ataques à saúde em todo mundo, comprometendo os leitos que já é histórico o seu déficit, cujas manifestações clínicas observadas são muito semelhantes às das epidemias anteriores, manifestando: febre, tosse, mialgia, fadiga necessitando muitas vezes de internamento em UTI (BRASIL, 2020).

Na evolução dos casos da doença, um número significativo de infectados, apresentam pneumonia e insuficiência respiratória, sendo necessário a utilização de balão de oxigênio e um período longo nos poucos leitos existentes no Estado de Pernambuco (BRASIL, 2020).

O presente trabalho teve como objetivo evidenciar os números de leitos, em dois hospitais públicos e um hospital particular, a fim de analisar os custos por tipo de leitos pela demanda, sob uma perspectiva da oferta, considerando a atual demanda com a pandemia.

Para o desenvolvimento do presente estudo, foi abordado uma tendência à diminuição de leitos gerais de internação hospitalar em função de outros tipos de atendimentos médicos, como os serviços de internação parcial e os tratamentos ambulatoriais, também abraçados pelo SUS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este trabalho consiste em uma pesquisa quantitativa e qualitativa, onde foram feitas tabulação de dados tendo em vista a interpretação dos resultados obtidos, onde será realizado em três Hospitais do Recife: Hospital Getúlio Vargas, Hospital do Câncer de Pernambuco e Hospital Nossa Senhora das Graças.

Este Estudo de Caso foi por meio de *Pesquisa Bibliográfica e Documental*, onde os dados serão recolhidos por meio de Livros, Revistas e sites da Internet especializados no tema, bem como, visitas técnicas nos Hospitais Getúlio Vargas, Hospital do Câncer de Pernambuco e Hospital Nossa Senhora das Graças.

Assim como será feita *Pesquisas de Campo*, onde ocorreu: a) Entrevistas – foi realizada uma entrevista, informal e de livre expressão, a respeito do tema abordado com os funcionários dos Hospitais citados; e b) Observações – foram feitas as devidas observações e coletas de dados sobre do tema abordado. E por fim a última etapa que será a Organização, onde, após a realização das Pesquisas Bibliográficas e das Pesquisas de Campo foram feitas as Análises e a Organização de todo o material recolhido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Demandas de leitos nas UTI do SUS

A demanda de pacientes nos hospitais públicos é bastante ampla e na rede suplementar, quando

há evasão dos pacientes pode ser um descredenciamento dos usuários de planos de saúde com sua seguradora. Mesmo nas construções de novos estabelecimentos públicos, ainda faltam leitos de UTI nas unidades pública de saúde. Na prática, a disponibilidade e necessidade de leitos de UTI muda dinamicamente, dificultando o planejamento dos recursos necessários (GOLDWASSERI et al., 2016).

Um hospital que consegue efetuar o controle de seus custos assim minimizando seus desperdícios e possui um lastro maior de investimento resultando melhor resultado operacional. Nos apontamentos de Mankiw (2016), afirma: “(...) o custo fixo médio sempre diminui à medida que a produção aumenta porque o custo fixo se distribui por um maior número de unidades”. No tocante ao valor das diárias nas internações, dados estatísticos fornecidos pelo DataSUS (2021), cada internação hospitalar realizada no SUS em 2019 custou, em média, R\$ xxx, com variações de R\$ xxxx, na região Norte, a R\$ xxx, na região Sudeste. Por especialidade, observam-se os limites de R\$ xxxx, em obstetrícia nas Regiões Norte e Nordeste, até R\$ xxx, em cuidados prolongados na região Sudeste. Em 2020, o menor gasto médio ocorreu em cuidados prolongados, na região Norte (R\$ xx) e o maior também em cuidados prolongados, na região Sudeste (R\$ xxx). Entre todas as especialidades, o valor médio varia de R\$ xxx, na região Norte, a R\$ xxx, na região Sudeste.

Uma gestão eficiente é aquela que administra os recursos com mínimos de desperdícios e mesmo tempo pouco recurso, onde é direcionado os gastos da organização de forma precisa, mas terá que haver uma participação de coletiva no quadro coletivo de funcionário.

Em hospitais públicos, pode-se verificar, uma evidencia na má gestão, onde é averiguado um imenso desperdício nos setores de UTI: onde um grupo de exames de rotina possa ser solicitado de forma precisa, outros pontos é o excesso materiais descartáveis utilizados por diversos paciente. “O gestor precisa decidir quanto produzir. Uma parte-chave dessa decisão se refere, a saber, como os custos vão variar quando o nível de produção variar” (MANKIW, 2016).

De acordo com a alteração 29 da Emenda Constitucional publicada no DOU no dia 16/01/2012, o acordo bilateral da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE), e a rede suplementar não poderá haver abstenção do pagamento. Com base da Lei Responsabilidade Fiscal (LRF, 2012) é onde obrigado os governantes 12% da receita do estado da receita bruta. Este convênio torna-se solida a garantia de recebimento recursos públicos (BRASIL, 2012).

Os estados federativos que não cumprem os valores gastos obrigatórios coma saúde ficaram passível de punição com união, onde ser vedada qualquer transferência recursos federal para o estado, por descumprimento da LFR. Assim, poderá sofre algum tipo de punição pelas as assembleias legislativa do seu estado.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF, 2012), que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos (FNS, 2003).

De acordo com os estudos de Cunha (2004), o Controle das despesas é essencial para qualquer governo de esfera; municipal, estadual e federal. Mas quando não há controle de custos ou quando não há racionalização dos recursos destinados à saúde, a sociedade sempre paga preço, com as altas taxa de ocupações nos hospitais público e paciente a espera de novas vagas.

A questão crítica, segundo Bohmer (2011), é que a eficiência na gestão em saúde não se restringe à obtenção de bons resultados em curto prazo e de menores custos, mas aos bons resultados também em longo prazo e à alta confiabilidade que uma organização de saúde possa conferir.

Os estabelecimentos de saúde são considerados um bem de serviço público para sociedade, pois seu objetivo é atender suas necessidades e proporcionar bem estar. De acordo com a Lei nº 8.080, publicada no dia 19 de Set de 1990 (BRASIL, 2012).

Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas Público ou privado. “Os bens públicos, que são ao mesmo não disputáveis e não excludentes, oferecem benefícios a um custo marginal zero e ninguém pode ser excluído da possibilidade de desfrutá-los”.

Assim toda unidade de saúde de administração governamental ou mista, também são considerados os bens públicos, onde todas as pessoas têm garantia de acesso, resultando no desenvolvimento econômico e social.

Custo da diária dos pacientes internando na UTI

Os Valores das diárias hospitalares pagas pelo Governo Estaduais e Federais, às unidades de saúde públicas e rede suplementar são valores fixo, apesar de cada instituição: Hospital Getúlio Vargas, Hospital Nossa Senhora das Graças e Hospital do Câncer, receber sua parcela de investimento diferenciada de uma das outras. Devido ao porte de média ou alta complexidade de UTI, o valor médio complexidade custa R\$ xxxx, ao dia de paciente internando e o valor de alta complexidade custa de R\$ xxxx.

Cada unidade hospitalar sendo ela hospital público ou rede suplementar possui um valor acordado a receber devida uma infraestrutura específica. Um dos motivos para não haver reajuste estes valores das diárias, é a crise econômica e a outra, são alto contingente populacional.

Neste contexto um possível aumento dos valores nas tabelas estadual e federal representaria um maior investimento na saúde de ambas, e o mesmo não tem como arcar com este custo, pois mesmo com o censo ocupacional dos hospitais Nossa Senhora das Graças, Hospital do Câncer e o Hospital Getúlio Vargas, todos estes ocupados em cada estabelecimento, ainda possui custo fixo marginal de diárias elevadas.

No território brasileiro quem decide quanto a internação e alta da UTI cabe estritamente ao médico. No presente estudo, 9,0% das indicações estavam fora do perfil da regulação e 1,0% teria indicação de enfermaria. Seguindo a análise, 34,0% das desistências ocorreram por transferência por meios próprios, o que indica baixa resolutividade da regulação e demora na fila.

Referente à legislação brasileira, as regras para programação de leitos e serviços hospitalares são

tradicionalmente baseadas em séries históricas. Baseado nos estudos de Goldwasser et al. (2016), a faixa de variação fixa do quantitativo de leitos nos hospitais públicos do presente estudo, não leva em consideração ajustes gerenciais relacionados à entrada e saída da fila, como atenção pré-hospitalar, triagem das indicações de internação, que influenciam sobremaneira a necessidade desses leitos.

A demanda de leitos hospitalares ainda varia de acordo com fatores como o perfil demográfico e a carga de morbidade que, por sua vez, estão sujeitos a mudanças ao longo do tempo. Nesse sentido, acredita-se que é importante o desenvolvimento de metodologias que procurem agregar esses componentes nas suas concepções.

Uma limitação deste estudo está no fato de que apenas os leitos de UTI regulados pela Secretaria Estadual de Saúde foram considerados no cálculo. Também não se distinguiram os principais grupos de doenças, como as cardiovasculares, neurocirúrgicas, trauma, que podem ter impactos diferentes nos fatores que influenciam a entrada e saída do sistema de fila. Para que a lacuna entre a demanda e a oferta de leitos de UTI seja fechada, odimensionamento adequado de leitos e a estabilidade do sistema devem considerar os motivos de limitações de acesso, os tempos de espera e a gestão do fluxo de pacientes, com estabelecimento de protocolos e prioridades explícitas para entrada e gerenciamento de qualidade da ocupação desses leitos.

Os valores são os resultados do nível de complexidade na U.T.I, em torno de R\$ 1000,00, repassado ao Hospital Nossa Senhora das Graças, R\$ xxxx (ano base 2020-2021). Ambas as diárias são valores de média complexidade, com subsídio R\$ xxxx proveniente do Tesouro Nacional, que o Governo Federal, investe na recuperação de cada paciente cerca metade do valor dos pacientes de média complexidade. Entretanto nos pacientes que estão internados no Hospital Getúlio Vargas (ano base 2021) alta complexidade custa aos cofres públicos uma bagatela de aproximadamente R\$ xxx.

O valor mensal repassado aos hospitais da rede suplementar foi o Hospital Nossa Senhoras das Graças, com um valor repassado de R\$ xxxxx, com xxx Leitos ocupado, e os valores da rede públicas foi o Hospital Getúlio Vargas, com valor repassado de R\$ xxxxx, com xxx leitos de ocupação e por fim o Hospital do Câncer com valor repassado de R\$ xxxx, com xxx leitos de ocupação, ambos no período da pandemia 2019-2021.

Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, gerido pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde (BRASIL, 2021).

As unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniados) enviam as informações das internações efetuadas através da AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Estas informações são processadas no DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma valiosa Base de Dados, contendo dados de grande parte das internações hospitalares realizadas no Brasil. No Gráfico 1, segue a descrição dos valores fornecidos para o cumprimento dos repasses das diárias nos Hospitais do estudo deste trabalho.

Os dados fornecidos relatam valores reais repassados pelo SIH/SUS que coleta algumas variáveis relativas às internações, tais como: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos.

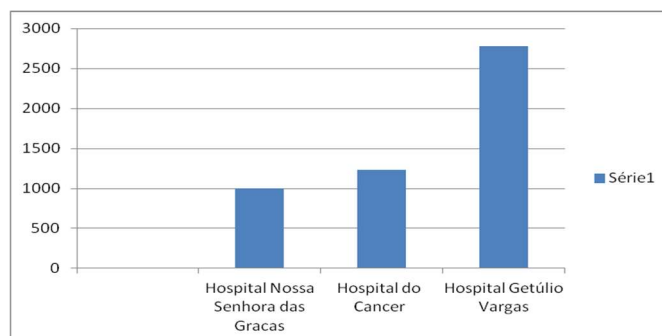


Gráfico 1: Valores das diárias hospitalares. **Fonte:** Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital do Câncer e Hospital Getúlio Vargas, 2021.

Recebimento mensal dos hospitais Getúlio Vargas, hospital do câncer e hospital Nossa Senhora das Graças

O valor mensal repassado ao hospital rede suplementar foram ao Hospital Nossa Senhoras das Graças foi R\$ xxx, com xx Leitos ocupado, e os valores da rede públicas foram ao Hospital Getúlio Vargas no valor de R\$ xxxx com xx leitos ocupação e Hospital do Câncer, com valor de R\$ xxxx com xx leitos ocupação.

Esses valores disponibilizados pelo DATASUS disponibilizam as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do SIH/SUS, são elas: Ano e mês de processamento; Local de Internação; Unidade da Federação – ZI; Regime e Natureza. No Gráfico 2 é descrito os valores mensais recebidos por meio do repasse das diárias do SUS aos Hospitais em estudo.

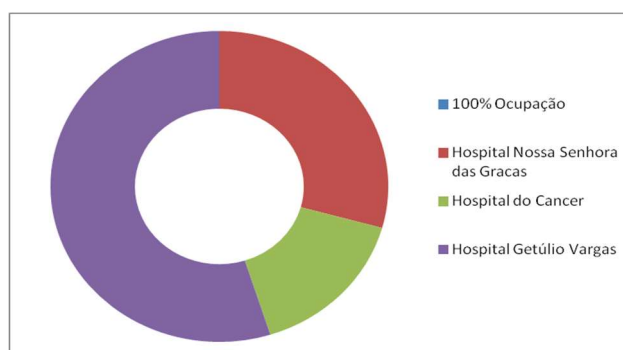


Gráfico 2: Mensal de recebimento das diárias. **Fonte:** Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital do Câncer e Hospital Getúlio Vargas, 2021.

Esses valores também estão atrelados ao tipo de vínculo que a Unidade Hospitalar tem com o SUS: Hospitais Próprios; Hospitais Federais; Hospitais Federais com verba própria; Hospitais Estaduais; Hospitais Estaduais com verba própria; Hospitais Municipais; Hospitais privados contratados; Hospitais Contratados, optante pelo SIMPLES; Hospitais Filantrópicos; Hospitais Filantrópicos isentos de tributos e contribuições federais; Hospitais Filantrópicos isentos de Imposto de Renda e da Contribuição sobre o Lucro Líquido; Hospitais de Sindicatos; Hospitais Universitários.

Repasso anual dos hospitais Getúlio Vargas, hospital docâncer e hospital Nossa Senhora das Graças

O valor mensal repassado ao hospital rede suplementar foi o Hospital NossaSenhoras das Graças com repasse de R\$ xxxx e os valores da rede públicas foram Hospital Getúlio Vargas com R\$ xxx de repasse, xx leitos ocupação e Hospital do Câncer com R\$ xxxx de repasse, xx leitos ocupação. No Gráfico 3 do recebimentodo repasse do SUS aos hospitais do referido estudo.

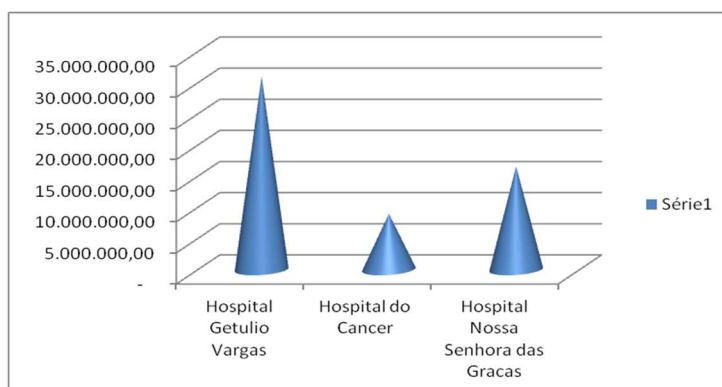


Gráfico 3: Recebimento Anual da Secretaria Estadual. **Fonte:** Hospital Nossa Senhora das Graças, Hospital do Câncer e Hospital Getúlio Vargas, 2021.

De acordo com Brasil (2019), o valor mensal referente à, respectivamente, Serviços Hospitalares (SH), Serviços Profissionais (SP), Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT), Natalista em sala de parto (recém-nato), diárias de acompanhante, Órtese/Prótese (OPM), Sangue, SADT sem rateio, Transplantes, Analgesia Obstétrica e Pediatria 1ª Consulta, para as AIHs pagas no período, são valores pagos em Reais.

No contexto epidemiológico, a chegada da pandemia trouxe uma sobrecarga aos hospitais no que se refere a leitos disponíveis, nos países que tiveram o maior número de infectados pela COVID-19, foram a China, a Itália, Reino Unido e os EUA. A China possuía até junho de 2020, cerca de 87% dos casos confirmados com indivíduos entre 30 e 79 anos e 3% maiores de 80 anos, desta fatia, 51% eram homens. Neste mesmo período, a Itália, obteve número maior de casos do que a China. Já no Reino Unido, os infectados possuíam em média 73 anos do sexo masculino, cerca de 60% dos internados. Nos EUA, os doentes de COVID-19, 80% foram a óbito, aos indivíduos maiores de 85 anos. No Brasil, COVID-19 registrou cerca de 51 mil casos e 842 mortes nos dados fornecidos até o dia 09 de dezembro de 2020 (BRASIL, 2020).

Na dinâmica de transmissão, acredita-se que se alastrou pelo contato de um ser humano para outro, num convívio comunitários, com a transmissão local, tendo perspectiva inicial, de cerca de 425 casos confirmados, verificou que 55% dos infectados antes de janeiro de 2020 estavam ligados ao Mercado de Peixe do Sul da China de Huanan, incluindo infecções em profissionais da saúde (LI et al., 2020).

A fisiopatologia da COVID-19, descrito por Wiersinga et al. (2020), tem sido pouco esclarecida; contudo, já se sabe que o SARSCoV-2 se une ao receptor da enzima conversora de angiotensina-2 (ECA2) em seres humanos, trazendo uma patogênese parecida à SARS. Neste sentido, a característica estrutural, segundo Wiersinga et al. (2020):

(...) particular do domínio de ligação ao receptor da glicoproteína Spike do SARS-CoV-2 (responsável pela penetração do vírus nas células hospedeiras) confere uma afinidade de ligação potencialmente maior para a ECA2 nas células hospedeiras, em comparação ao SARS-CoV. Evidências mecanicistas de outros coronavírus sugerem que o SARSCoV-2 pode fazer a downregulation do ECA2, causando um acúmulo excessivo tóxico da angiotensina-II no plasma, o que pode induzir síndrome do desconforto respiratório agudo e miocardite fulminante.

Nos estudos que monitora e analisa os conjuntos de dados de sequencias do RNA de células únicas originadas dos principais sistemas fisiológicos humanos, os órgãos considerados mais vulneráveis à infecção por SARS-CoV-2 estão: os pulmões, o coração, o esôfago, os rins, a bexiga e o íleo. Essas evidências sobre o ataque do vírus, em órgãos do corpo em específico, justifica as ações danosas no pulmão, estando diretamente ligadas à infecção (ZOU et al., 2020).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é classificado como doença: Leve, os infectados pela COVID-19, os sintomáticos e os sintomas mais comuns que podem ser febre, tosse, fadiga, anorexia, dispneia e mialgia; Moderada, febre, tosse, dispneia, respiração acelerada, sem pneumonia grave, incluindo níveis de saturação de oxigênio no sangue (SpO₂) ≥90% ao ar livre; Grave, febre, tosse, dispneia, respiração rápida, em conjunto com a frequência respiratória maior que 30 respirações/minuto, como também dificuldade respiratória grave (LU et al., 2020).

A Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC, 2020) detalha a estrutura do vírus, na qual apresenta em sua estrutura Spike, Membranas, Nucleotídeos, Envelope e RNA, basicamente demonstrado na Figura 4.

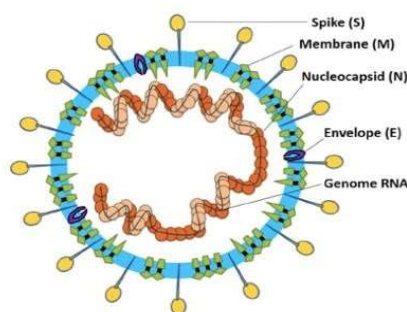


Figura 4: Estrutura do Covid-19 da família do SARS-CoV-2. **Fonte:** Li et al. (2020).

Num entendimento claro, mais não menos científico, a Covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus, chamado SARS-CoV-2, na qual apresenta distintas variações que vai desde quadros assintomáticos até aos quadros mais graves. Neste sentido a OMS (Organização Mundial de Saúde), afirma que, uma fatia de cerca de 80% das pessoas que se contaminam, não apresenta sintomas ou apresentam poucos sintomas e que os outros 20% dos casos são os que necessitam de internações por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

Os sintomas da Covid-19 são, em geral, uma síndrome gripal-sg, (quadro respiratório agudo, com febre, calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos), podendo evoluir a uma pneumonia severa. O coronavírus é mais comum ser transmitido de uma pessoa contaminada para outra, sendo diagnosticado através do exame: clínico, clínico- epidemiológico,

diagnóstico clínico-imagem e/ou laboratorial (BRASIL, 2020).

Análises das entrevistas aos gestores

Foi realizada uma entrevista com três gestores, 02 (dois) de hospitais públicos do Grande Recife, o Hospital Getúlio Vargas e Hospital do Câncer e 01 (um) da rede suplementar, o Hospital Nossa Senhora das Graças, na qual, os entrevistados responderam o questionário elaborado pelo entrevistador, onde as respostas servirão de consulta para tomada de decisão de gestores públicos, para que haja um melhor entendimento entre pacote de UTI e os valores das diárias. Com esta análise evidenciou-se que os valores das diárias hospitalares destes 03 (três) unidades estão cobrindo as despesas diárias do paciente.

Logo que os custos foram encontrados, somou-se o total dos custos diretos e indiretos do serviço hospitalar e o total do custo direto do serviço profissional para cada procedimento, chegando-se ao Custo Total. Os custos apurados foram então comparados com o repasse médio do SUS para cada procedimento analisado.

Em análise a primeira questão, houve visões diferentes dos entrevistados, os hospitais públicos com administração direta, afirmaram que a diária não dá lucro, foi 02 (duas) respostas não e o outro administração indireta da rede suplementar 01 afirmou sim, ou seja, aproximadamente 66,6% das entrevistas afirmam que os repasses não provêm lucro.

Por depender do tipo de gestão hospitalar, apenas a gestão do Getúlio Vargas afirmou que diária de repasse pelo SUS não se obtém lucro, quando este contrato é firmado com SUS, a unidade hospitalar atinge ocupação máxima de paciente, os outros dois hospitais, O Hospital do Câncer e o hospital Nossa Senhora das Graças responderam que existe o lucro no repasse, perfazendo também 66,6%.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, um levantamento sobre a diminuição do número de leitos de todo o Brasil, afirma que desde março de 2019, havia no país xxx leitos de internação para uso exclusivo no SUS. Em 2020, este número teve que aumentar por causa da Pandemia para internação dos infectados e para leitos com outras patologias caiu para xxxx, ou seja, em três anos houve uma redução do número de leitos de xx%.

Ainda segundo o levantamento, 19 estados brasileiros registram esta queda, sendo a região Sudeste a que teve maiores redução do número de leitos, principalmente por causa de leitos que tiveram que serem criados por causa da Pandemia. O subfinanciamento dos valores pagos pela Tabela SUS é a causa principal causa de carência destes leitos. Enquanto o SUS paga, em média, R\$ xxx para diária de UTI nível III e R\$ xxxx para nível II, os hospitais tem um custo em torno de R\$ xxxx reais.

No que se trata do dia da admissão do paciente, foi perguntado se o valor das diárias é ultrapassado, os hospitais foram unânimes em afirmar que não ocorre valor defasado do repasse. Para o paciente que possui um ticket médio maior do que os demais também ocorreram unanimidade em não ser prolongado o internamento dele. Perfazendo a totalidade dos 100% nas respostas do não.

Na questão referente ao percentual de custo das diárias, todos os gestores dos hospitais conveniados ao SUS e o Privado responderam que não, que o percentual é total, os 100%.

Foi perguntado aos gestores destes hospitais de estudo se existe uma data fixa pelo SUS para efetuar os repasses dos recursos, a resposta não apenas para o hospital do câncer, os outros hospitais afirmaram que havia data certa para o repasse. Nos questionamentos da presente revista foi perguntado aos gestores se os repasses são feitos semanalmente, a resposta é que para todos os repasses eram feitos mensalmente.

Para os gestores do hospital do câncer e hospital Getúlio Vargas tem sido revisto a possibilidade da ampliação do número de leitos de UTI, com o repasse mensal de recursos, já para o hospital Nossa Senhora das Graças atualmente tem sido possível pois argumenta que depende da gestão.

Dentro do valor total de cada procedimento do repasse do SUS apresentado no repasse do SUS, existem outros valores embutidos, como por exemplo, a taxa diária de UTI, taxa de acompanhante e taxa de permanência, e o valor relativo aos exames realizados. As informações fornecidas pelos hospitais do referido estudo, quanto aos valores repassados pelo SUS, foram apresentadas pelo valor total recebido entre os anos de 2019 e 2021 para diárias de internações. Estes valores, denominados como “valor bruto” na tabela foi dividido pelo número de incidências decada diária no período, para determinar o valor médio repassado pelo SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, teve como objetivo evidenciar os números de leitos em três hospitais, dois públicos, sendo eles o Hospital Getúlio Vargas (HGV) e Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), e um suplementar o Hospital Nossa Senhora das Graças, tendo como objetivo específico analisar os custos por tipo de leitos pela demanda, sob uma perspectiva da oferta, pois existe uma tendência à diminuição de leitos gerais de internação hospitalar em função de outros tipos de atendimentos médicos, como os serviços de internação parcial e os tratamentos ambulatoriais, também abraçados pelo SUS.

Os hospitais públicos conveniados pelo SUS têm conseguido resistir graças a atos de benemerência, ao endividamento junto aos bancos, cujas taxas de juros são o que todos sabem, e a medidas emergenciais de socorro adotadas de tempos em tempos pelo governo. Uma situação que não pode mais durar, pois chega a seu limite.

Há muito tempo que sucessivos governos lidam de maneira irresponsável com esse problema, acreditando que haverá sempre um subterfúgio, como o dinheiro referente aos repasses dos custos que o SUS não cobre. Para sair da grande crise, baseada sobre uma pequena contribuição da entrevista do estudo, se faz necessário, que hospitais privados recebam repasses do SUS para aumentar o número de leitos.

Devido à falta de leitos nas UTIs (Unidades de Terapia Intensiva), acredita-se que governos estaduais resolvam pagar o valor da diária do SUS (Sistema Único de Saúde) para garantir internação de pacientes em hospitais particulares. Esse sistema alternativo pode ser pensado como alternativa rápida para evitar mais mortes por falta de UTIs do SUS. Hoje a realidade é outra, mesmo com a ordem judicial, os pacientes não encontraram vagas nos hospitais.

Segundo o Ministério da Saúde (2021), o procedimento é legal desde que o Estado assumira os

gastos extras, pois o SUS não desembolsa valores superiores aos previstos em suas tabelas. O Ministério da Saúde prevê um gasto mensal de R\$ xxxx com novos leitos, principalmente por conta da Pandemia, que devem ser acrescentados à rede do SUS devido à falta de UTIs. Os hospitais particulares reclamam que, mesmo com limites obrigando a internação, é difícil atender pelo SUS devido à falta de pagamento e também ao fato de a tabela ter preços muito baixos.

Contudo é indispensável começar a rever formas de financiamento a longo prazo para a construção de novos hospitais, como defende alguns, o que depende do governo. No ponto a que se chegou, ou se age com rapidez ou as consequências serão desastrosas.

O estudo demonstrou que mesmo sendo considerada precária a tabela de repasse de valores dos procedimentos do SUS, os valores pagos por este, consegue arcar com as despesas ocorridas em cada caso, mesmo entendendo que o campo amostral para tal análise foi bem limitado com apenas três hospitais.

De modo geral ainda é possível perceber uma sobra, que associada a montante dos procedimentos realizados, gera um recurso favorável, no entanto é importante apontar que embora não ocorrendo o levantamento de todos os procedimentos efetuados dentro dos hospitais analisados, somente com o estudo dos valores repassados entre os anos de 2019 e 2021, foi possível notar que o valor repassado pelo SUS, se utilizado corretamente, sem desperdícios de tempo, materiais e equipamentos é suficiente para manter as instituições que prestam serviços por essa modalidade em plena capacidade de operação, considerando a realidade do hospital investigado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, 16 de Janeiro de 2012**. Brasília: DOU, 2012.

BRASIL. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CUNHA, F. C.. **Microeconomia Teoria, questões e exercícios**. Campinas: Alínea, 2004.

MANKIW, G. N. **Princípios de Macroeconomia**. Gale: Cengage Learning, 2013.

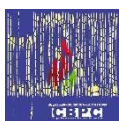
VARIAN, H. R.. **Micro economia Princípios básicos**. Rio de Janeiro: Campus. 2000.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A.. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-35, 2014.

GOLDWASSER, R. S.. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva. **Rev Saúde Pública**, v.50, n.19, 2016.

Os autores detêm os direitos autorais de sua obra publicada. A CBPC – **Companhia Brasileira de Produção Científica (CNPJ: 11.221.422/0001-03)** detêm os direitos materiais dos trabalhos publicados (obras, artigos etc.). Os direitos referem-se à publicação do trabalho em qualquer parte do mundo, incluindo os direitos às renovações, expansões e disseminações da contribuição, bem como outros direitos subsidiários. Todos os trabalhos publicados eletronicamente poderão posteriormente ser publicados em coletâneas impressas ou digitais sob coordenação da Companhia Brasileira de Produção Científica e seus parceiros autorizados. Os (as) autores (as) preservam os direitos autorais, mas não têm permissão para a publicação da contribuição em outro meio, impresso ou digital, em português ou em tradução.

Todas as obras (artigos) publicadas serão tokenizadas, ou seja, terão um NFT equivalente armazenado e comercializado livremente na rede OpenSea (https://opensea.io/HUB_CBPC), onde a CBPC irá operacionalizar a transferência dos direitos materiais das publicações para os próprios autores ou quaisquer interessados em adquiri-los e fazer o uso que lhe for de interesse.



Os direitos comerciais deste artigo podem ser adquiridos pelos autores ou quaisquer interessados através da aquisição, para posterior comercialização ou guarda, do NFT (Non-Fungible Token) equivalente através do seguinte link na OpenSea (Ethereum).

The commercial rights of this article can be acquired by the authors or any interested parties through the acquisition, for later commercialization or storage, of the equivalent NFT (Non-Fungible Token) through the following link on OpenSea (Ethereum).



<https://opensea.io/assets/ethereum/0x495f947276749ce646f68ac8c248420045cb7b5e/44951876800440915849902480545070078646674086961356520679561157593297080811521/>