

# Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil

## Characterization of assistance among philanthropic hospitals in Brazil

Margareth C Portela, Sheyla M L Lima, Pedro R Barbosa, Miguel M Vasconcellos, Maria Alícia D Ugá e Silvia Gerschman

*Departamento de Administração e Planejamento em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil*

---

### Descritores

Hospitais filantrópicos. SUS (BR).  
Administração hospitalar. Prestação de cuidados de saúde.

### Resumo

#### Objetivo

Caracterizar a rede hospitalar filantrópica no Brasil e suas relações com o Sistema Único de Saúde e o mercado de saúde suplementar.

#### Métodos

Estudo do tipo descritivo que considerou a distribuição geográfica, porte de leitos, presença de equipamentos biomédicos, complexidade assistencial e perfil de produção e de clientela. Baseou-se em uma amostra de 175 hospitais de um universo de 1.917, constituindo 102 entidades distintas. Destas, incluíram-se 66 entidades prestadoras de serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) com menos de 599 leitos selecionadas aleatoriamente, 26 das 27 entidades prestadoras de serviços ao SUS com pelo menos 599 leitos e 10 entidades não prestadoras de serviços ao SUS. O estudo é transversal, com dados obtidos em 2001. A coleta de dados foi feita por pesquisadores treinados, utilizando um questionário, em entrevistas com dirigentes dos hospitais.

#### Resultados

Da amostra aleatória, 81,2% dos hospitais estão localizados em municípios do interior, sendo que 53,6% desses se constituem nos únicos hospitais do município. Na amostra aleatória, predominaram os *hospitais de clínicas básicas sem UTI* (44,9%). Entre os hospitais individuais das grandes entidades e os hospitais especiais, a maioria – respectivamente 53% e 60% – caracterizou-se como *hospital geral nível II*, categoria de maior complexidade. A complexidade assistencial mostrou-se associada ao porte do hospital, estando os hospitais mais complexos predominantemente situados em capitais.

#### Conclusões

Dada a importância do setor hospitalar filantrópico para o Sistema de Saúde no Brasil, identificam-se possíveis caminhos para a formulação de políticas públicas adequadas às especificidades dos seus diferentes segmentos.

### Keywords

*Philanthropic hospitals. Brazilian Health System. Hospital administration. Delivery of health care.*

### Abstract

#### Objective

*To characterize the Brazilian philanthropic hospital network and its relation to the public and private sectors of the Sistema Unico de Saude (SUS) [Brazilian Unified Health System].*

#### Methods

*This is a descriptive study that took into consideration the geographic distribution,*

---

### Correspondência para/ Correspondence to:

Margareth Crisóstomo Portela  
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 7º andar  
Manguinhos  
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
E-mail: mportela@ensp.fiocruz.br

Trabalho financiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), pelo contrato 02.2.445.2.1 com a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC).  
Recebido em 6/6/2003. Reapresentado em 27/2/2003. Aprovado em 10/5/2004.

*number of beds, available biomedical equipment, health care complexity as well as the productive and consumer profiles of philanthropic hospitals. It is based on a sample of 175 hospitals, within a universe of 1,917, involving 102 distinct institutions. Among these, there were 66 Brazilian Unified Health System (SUS) inpatient care providers with less than 599 beds randomly included in this study. Twenty-six of the twenty-seven SUS inpatient care providers with at least 599 beds, as well as ten institutions which do not provide their services to SUS, were also included. This is a cross-sectional study and the data was obtained in 2001. Data collection was conducted by trained researchers, who applied a questionnaire in interviews with the hospital's managers.*

#### **Results**

*Within the random sample, 81.2% of the hospitals are located in cities outside of metropolitan areas, and 53.6% of these are the only hospitals within their municipalities. Basic clinical hospitals, without ICUs, predominate within the random sample (44.9%). Among the individual hospitals of the large philanthropic institutions and the special hospitals, the majority – 53% and 60% respectively – are level II general hospitals, a category of greater complexity. It was verified that complexity of care was associated to hospital size, being that hospitals with the greatest complexity are situated predominantly in the capitals.*

#### **Conclusions**

*Given the importance of the philanthropic hospital sector within the SUS [Unified Health System] in Brazil, this paper identifies some ways of formulating appropriate health policies adjusted to the specificities of its different segments.*

## INTRODUÇÃO

O setor hospitalar filantrópico no Brasil é responsável por cerca de um terço dos leitos existentes no País,<sup>10</sup> constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar. É objeto de programas especiais do Ministério da Saúde, das áreas de governo de arrecadação de tributos e contribuições e de instituições da área econômica, tais como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). Nesse sentido, esse setor requer ser mais bem conhecido para formulação de políticas governamentais visando ao seu desenvolvimento e maior integração ao sistema de saúde brasileiro, nas esferas pública e privada.

O presente artigo apresenta parte dos resultados do “Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil”,<sup>1</sup> pesquisa nacional desenvolvida ao longo do ano de 2001, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.

Pela regulamentação vigente<sup>2-6,12</sup> são consideradas filantrópicas as entidades portadoras do “Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social”, concedido pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão colegiado subordinado ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Várias condições são exigidas para a obtenção desse Certificado. Para os hospitais, destacam-se duas alternativas previstas pelo Decreto 4.327/2002:<sup>3</sup> a

oferta e efetiva prestação de 60% ou mais de internações ao SUS; e, no caso do gestor local do SUS declarar impossibilidade de contratação de 60% de internações, a entidade aplicar um percentual da receita bruta em gratuidade variando entre 20% e 5%, na dependência do efetivo percentual de atendimento ao SUS. O referido decreto prevê uma terceira alternativa para a obtenção do Certificado, a classificação do hospital como estratégico para o SUS. Entretanto, a definição de critérios para tal classificação e de uma lista de hospitais neles enquadrados, estabelecida pelo Ministério da Saúde em 2002, foi revogada no início de 2003.<sup>2</sup>

O presente artigo tem como objetivo caracterizar os hospitais filantrópicos nos aspectos relativos à localização geográfica, porte, disponibilidade de equipamentos biomédicos, complexidade assistencial e perfil de produção e clientela.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que se baseia em dados coletados a partir de entrevistas com aplicação de questionário por pesquisadores treinados. Considerou-se, a partir do universo de hospitais filantrópicos no Brasil, três subconjuntos de entidades hospitalares: (a) amostra aleatória de 66 entidades prestadoras de serviços ao SUS, excluídas do universo de seleção aquelas com pelo menos 599 leitos – *amostra aleatória*; (b) o universo das 27 entidades prestadoras de serviços ao SUS com pelo

menos 599 leitos – *grandes entidades*; e (c) dez entidades selecionadas intencionalmente, com base no reconhecimento do mercado de sua qualidade assistencial, no universo das filantrópicas não prestadoras de serviços ao SUS – *hospitais especiais*. No primeiro segmento, houve quatro recusas com reposição, e às 66 entidades incluídas no estudo corresponderam 69 hospitais. No universo das 27 grandes entidades, houve uma recusa sem reposição, resultando na inclusão de 15 hospitais individuais – entidades com apenas um hospital – e 11 conglomerados hospitalares – entidades constituídas por pelo menos dois hospitais, designados como hospitais componentes de conglomerados –, envolvendo 81 hospitais. No terceiro subconjunto, houve três recusas com reposição. Ao todo foram investigados 175 hospitais.

No caso dos hospitais componentes de conglomerados, especificamente, o instrumento de coleta de dados foi preenchido pelos dirigentes dos próprios hospitais, ficando os pesquisadores treinados responsáveis somente pelo preenchimento dos questionários das sedes das entidades correspondentes.

Para a classificação dos municípios onde se localizam os hospitais, foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) quanto ao número de habitantes, bem como para a definição de regiões metropolitanas.<sup>9</sup> Construiu-se um fluxo lógico para a classificação do perfil e complexidade assistencial dos hospitais, levando-se em consideração as especialidades médicas reportadas e consistência com o quantitativo de médicos, disponibili-

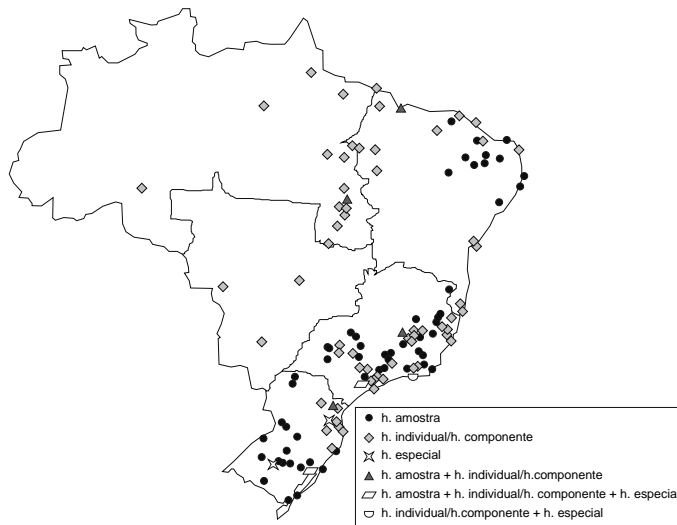


Figura 1 – Localização dos hospitais filantrópicos por município segundo segmento. Brasil, 2001.

dade de leitos e de equipamentos biomédicos críticos em uso nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI), e dados de realização de procedimentos hospitalares de alta complexidade.

Utilizou-se o pacote estatístico SAS®, versão 8.2.<sup>14</sup>

## RESULTADOS

### Distribuição geográfica

A Figura 1 mostra a distribuição dos hospitais no País, segundo segmentos considerados, e a Figura 2 detalha essa distribuição segundo o porte dos municípios e sua localização no interior, regiões metropolitanas e capitais.

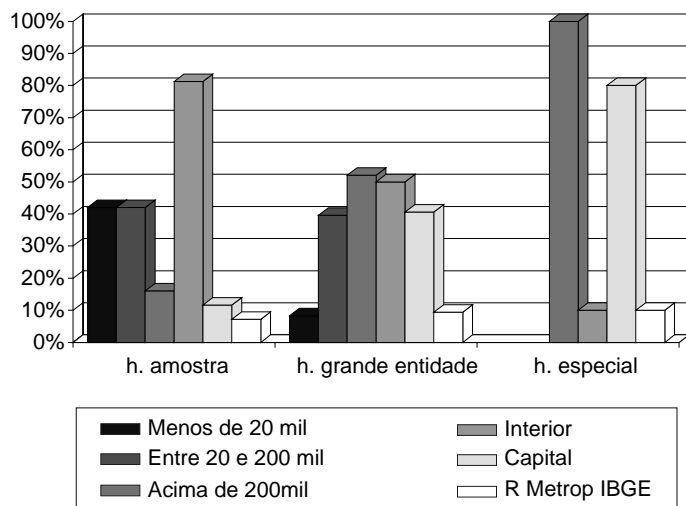


Figura 2 – Distribuição geográfica dos hospitais filantrópicos segundo porte e localização do município. Brasil, 2001.

Observa-se importante interiorização dos *hospitais da amostra aleatória* (81,2%), sublinhando-se o fato de, entre esses, a maior parte (53,6%) constituir-se no único hospital do município.

Entre os *hospitais das grandes entidades*, 50% estão localizados em municípios do interior. Considerando somente os hospitais componentes de conglomerados, 54% localizam-se em municípios do interior. Observa-se ainda grande dispersão na sua distribuição, estando os 81 hospitais dos 11 conglomerados situados em 69 municípios. Somente dois conglomerados concentram seus hospitais no mesmo município. Em municípios com menos de 200 mil habitantes foram encontrados 36 hospitais componentes de

conglomerados (44%) e dois hospitais individuais, dos 15 estudados.

Todos os 10 *hospitais especiais* estudados estão localizados nas regiões Sul ou Sudeste, e em municípios com mais de 200 mil habitantes; oito situam-se em capitais.

### Porte de leitos

Dos *hospitais da amostra aleatória*, 75,3% possuíam até 100 leitos, excluídos os especiais (UTIs e outros). Nesses hospitais, as médias de leitos existentes e ativos são 79,7 e 76,7, respectivamente. O número médio de leitos para todos os estabelecimentos com internação do País é 62,1, crescendo para 65,7 quando considerados apenas os estabelecimentos privados.<sup>10</sup>

No segmento das *grandes entidades*, em 11 dos 15 hospitais individuais é confirmada a existência de 599 leitos ou mais. O mesmo observa-se para oito dos 11 conglomerados, destacando-se cinco entidades com mais de 900 leitos. Considerando-se os hospitais componentes dos conglomerados, verifica-se variação importante relativa ao porte, com 39 deles (48%) apresentando menos de 100 leitos.

O segmento das grandes entidades, no seu conjunto, congrega cerca de 20 mil leitos, o que corresponde a aproximadamente 13% do total de leitos do setor filantrópico hospitalar, de acordo com o IBGE.<sup>10</sup> Por outro lado, corresponde somente a aproximadamente 5% dos hospitais do setor.

Considerados os *hospitais especiais*, apenas um reportou menos de 50 leitos, com os demais referindo mais de 100 leitos. A média de leitos existentes neste segmento ficou em 234,2, consideravelmente maior que na amostra aleatória (79,7) e nos estabelecimentos privados no país (65,7).<sup>10</sup>

### Presença de equipamentos biomédicos

Nos *hospitais da amostra aleatória*, aponta-se o fato de 17 hospitais não possuírem equipamentos, sequer portáteis de Raios X (Figura 3), configurando precariedade em termos diagnósticos. Considerando equipamentos que expressam maior nível de complexidade na assistência, foram contabilizados somente 12 hospitais com mamógrafos e 12 hospitais com tomógrafos (Figura 3), um hospital com equipamento de ressonância magnética e quatro hospitais com equipamentos para hemodinâmica, imprescindível na atenção cardiológica e cirurgias cardíacas mais complexas. Metade dos hospitais refere não ter

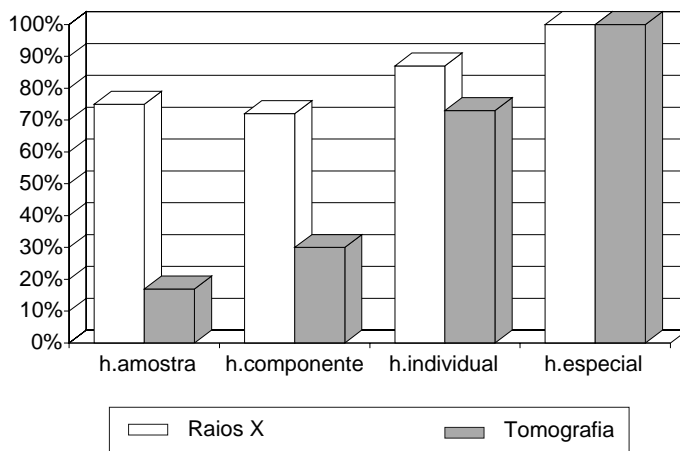


Figura 3 - Presença de aparelhos de Raios X e Tomografia Computadorizada nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2001.

quaisquer equipamentos por métodos óticos, geralmente relacionados a melhores condições terapêuticas e diagnósticas. O endoscópio para o trato digestivo alto foi registrado por 43,5% desses hospitais, e o videolaparoscópio, importante equipamento para procedimentos cirúrgicos, foi registrado por apenas 24 hospitais (35%). Os equipamentos reportados concentram-se, de maneira geral, nas capitais. Por exemplo, todos os hospitais localizados nas capitais declararam possuir aparelhos de Raios X de mesa, enquanto que apenas 33 dos 56 hospitais localizados no interior o fizeram.

Considerado o segmento de *grandes entidades*, os hospitais individuais, especificamente, apresentam diferenciada incorporação de equipamentos se comparados com aqueles da amostra aleatória. A presença de ao menos um tomógrafo (Figura 3), considerada como variável diferenciadora de incorporação de equipamentos, está registrada em 11 hospitais. Em relação aos equipamentos por métodos óticos, 12 hospitais referiram ter o endoscópio para o trato digestivo alto, e apenas oito reportaram dispor de videolaparoscópio. Já os hospitais componentes dos conglomerados voltam a mostrar características próximas dos hospitais da amostra aleatória. Para equipamentos de Raios X de mesa ou portáteis, 23 entre os 81 hospitais estudados não acusaram disponibilidade. Verificou-se um número expressivo de tomógrafos (24) e aparelhos de ressonância (11). Os tomógrafos dividem-se igualmente entre hospitais nas capitais e interior, e os aparelhos de ressonância magnética localizam-se majoritariamente nas capitais (oito, entre os 11 equipamentos). As disponibilidades de endoscópio para o trato digestivo alto e de videolaparoscópio foram reportadas, respectivamente, por 37% e 36% desses hospitais.

O segmento dos *hospitais especiais* apresenta maior incorporação de equipamentos. Destaca-se o fato

dos dez hospitais possuem ao menos um tomógrafo computadorizado, oito possuem ressonância magnética e nove ter Raios X para hemodinâmica. Além disso, oito hospitais registraram ter endoscópio para o trato digestivo alto, e nove registraram ter videolaparoscópio e microscópico cirúrgico.

### Complexidade assistencial

O nível de complexidade assistencial é aqui considerado em termos da classificação desenvolvida no escopo do presente estudo.

A Figura 4 apresenta a distribuição dos hospitais estudados, segundo segmentos e classificação assistencial.

Na amostra aleatória, observa-se a predominância de *hospitais de clínicas básicas sem UTI* (44,9%), onde o número de leitos foi, em média, 39,7. A maioria (74%) não dispõe de UTI. Como *hospital geral nível II* são classificados apenas cinco hospitais (7,2%), não havendo registro de nenhum *especializado*. Além disso, 50,7% dos hospitais desse segmento não reportam ter qualquer leito especial.

Focalizando simultaneamente o porte e complexidade assistencial dos hospitais da amostra aleatória, constata-se que os menores são igualmente os menos complexos. A mais elevada média de leitos encontra-se entre os *hospitais gerais nível II* – 183,6 leitos.

Ainda relativamente aos hospitais da amostra aleatória, identifica-se que dos 51 hospitais sem UTI, 96% encontram-se em municípios com até 200 mil habitantes, não sendo encontrado qualquer *hospital geral II* nos menores municípios (abaixo de 20 mil habitantes).

Em relação aos hospitais do segmento das *grandes entidades*, há um comportamento distinto entre os hospitais individuais e aqueles componentes de conglomerados.

Os hospitais individuais, além do maior porte de leitos já registrado, encontram-se entre os mais complexos, não havendo nenhuma unidade na condição de *hospital de clínicas básicas*. Oito, dos 15 hospitais, são classificados como *hospitais gerais nível II*, valendo notificar que os dois especializados sem UTI são psiquiátricos. Destaca-se ainda a presença de extensa lista de especialidades médicas, sendo que oito desses hospitais reportaram a especialidade de cirurgia em cabeça e pescoço, como expressão de impor-

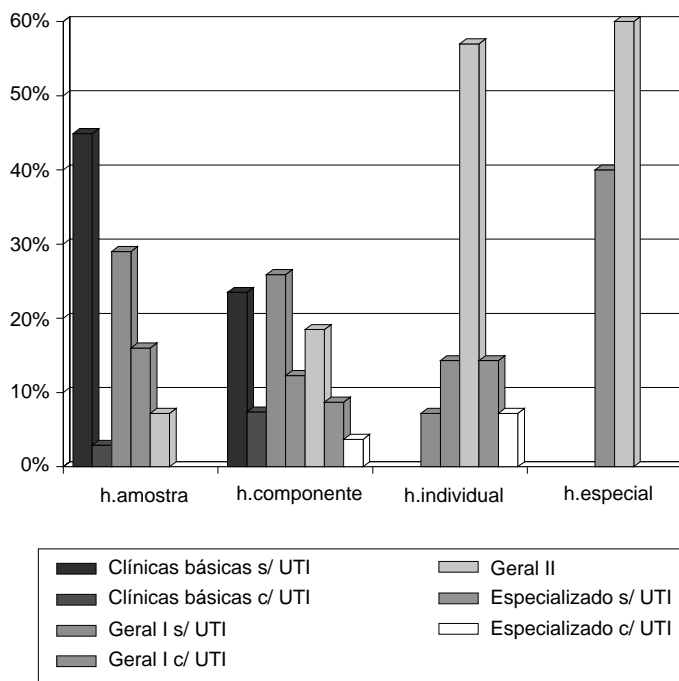


Figura 4 – Caracterização da complexidade assistencial nos hospitais filantrópicos. Brasil, 2001.

tante diferenciação cirúrgica. Doze de 15 hospitais declaram ter leitos de cuidado intensivo, mas somente dez preenchem as condições do sistema de classificação assistencial proposto para reconhecimento da presença de UTI. Dos oito classificados como *hospitais gerais nível II*, sete desenvolvem atividades de ensino – cursos de residência, especialização, mestrado, doutorado ou estágio institucionalizado de graduação. Dois hospitais oferecem todos os tipos de cursos relacionados.

Os hospitais componentes de conglomerados, por outro lado, apresentam-se mais distribuídos entre os diversos níveis de complexidade, sendo que 47% possuem UTI. Os menos complexos estão localizados principalmente no interior. Dos 15 mais complexos, seis localizam-se no interior, seis em capitais e três em regiões metropolitanas.

No grupo dos *hospitais especiais*, todos possuem ao menos UTI para adultos e 60% encontram-se na categoria de hospitais mais complexos – *hospitais gerais nível II*. Registra-se a presença de 21 serviços ou especialidades médicas nesses hospitais.

### Perfil de produção e clientela

Considerada a realização de internações, praticamente todos os *hospitais da amostra aleatória* – 65 hospitais (94%) – são identificados como prestadores de serviços ao SUS; 58 hospitais (84%) registram ser-

viços para planos e seguros de saúde; 54 hospitais (78%) para clientela particular; e apenas quatro hospitais (8,6%) para planos próprios.

Do total de internações realizadas pelos hospitais da amostra aleatória, 75,2% destinam-se ao SUS, 20% aos planos e seguros de saúde, 4,3% à clientela particular e somente 0,5% para planos próprios.

Somente 16% e 17% dos hospitais da amostra aleatória realizam atendimentos de alta complexidade hospitalar e ambulatorial para o SUS, respectivamente. Apenas um hospital reporta realizar transplante de medula, mas não para o SUS. Seis hospitais prestam serviços em neurocirurgia, sendo que um não realiza atendimentos para o SUS. Dois hospitais registram a realização de transplante renal e nenhum hospital refere realizar transplantes cardíaco, pulmonar ou de fígado.

Destaca-se, no que concerne à realização de exames pelos hospitais da amostra aleatória, a importância do SUS, clientela para a qual são destinadas 92,1% do total de tomografias realizadas, por exemplo. A concentração dos exames nas capitais é significativa (70,6%), corroborando que apesar do setor possuir forte presença no interior, a maior complexidade na estrutura da oferta encontra-se nos grandes centros. Praticamente não existem atividades inovadoras do ponto de vista assistencial e de maior racionalidade organizacional hospitalar. A atenção domiciliar é registrada por apenas um hospital, somente para o SUS, e a modalidade de hospital-dia é identificada em apenas quatro hospitais para a clientela SUS e não-SUS.

Considerando os *hospitais individuais* das *grandes entidades*, todos são prestadores de serviços ao SUS, incluindo, ao menos, internações. Dos 15 hospitais estudados, 12 hospitais registram produção para planos e seguros de saúde, 13 para clientela particular; e quatro para planos próprios. Do volume total de internações registrado por esse segmento, 70% são destinadas ao SUS, 16% aos planos e seguros de saúde, 2% à clientela particular e 12% aos planos próprios.

Registram-se dez hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade ambulatorial e seis que realizam procedimentos de alta complexidade hospitalar para o SUS. No primeiro caso, oito dos dez hospitais realizam hemodiálise, sete realizam diálise peritoneal, sete, quimioterapia e cinco, radioterapia. No segundo caso, todos reportam cirurgia cardíaca, transplante renal e neurocirurgia, três reportam transplante de medula, e dois reportam transplante de fígado, coração e pulmão.

Atividades inovadoras do ponto de vista assisten-

cial e de maior racionalidade organizacional hospitalar são incipientes, sendo a atenção domiciliar realizada por apenas três hospitais e estando a modalidade de hospital-dia presente em cinco hospitais; em ambos os casos, para a clientela SUS e não-SUS.

Ainda no segmento das *grandes entidades*, dos *hospitais componentes de conglomerados*, 74% realizam internações para o SUS, 65% para planos e seguros de saúde, 69% para clientela particular e somente um hospital para plano próprio. Dos 11 conglomerados, seis reportaram que todas as suas unidades componentes prestam serviços de internação para o SUS.

Do total de internações produzidas pelos hospitais componentes de conglomerados, 72,6% são destinadas ao SUS, 19,7% aos planos e seguros, 3,7% à clientela privada e 4% para plano próprio. Nesse último caso, registra-se o importante volume de produção comparado aos demais hospitais e clientelas, na medida em que se refere somente a um hospital. Apenas 15 hospitais (18,5%) declaram realizar procedimentos de alta complexidade ambulatorial e 11 (13,6%) de alta complexidade hospitalar para o SUS. Desses últimos, 13 realizam neurocirurgia, cinco cirurgia cardíaca, três transplante renal, dois transplante de medula, um transplante de fígado e um transplante cardíaco.

Atividades inovadoras do ponto de vista assistencial e de maior racionalidade organizacional hospitalar praticamente não existem, sendo a atenção domiciliar realizada por apenas dois hospitais e estando a modalidade de hospital-dia presente em sete hospitais, ambas para a clientela SUS e não-SUS.

Considerado o número total de internações registradas pelo segmento de *hospitais especiais*, observa-se que somente 0,5% é destinada ao SUS, 92% aos planos e seguros de saúde – clientela de eleição desse segmento – 3,6% para a clientela privada e 3,9% para os planos próprios.

Embora não cadastrados como prestadores de serviços ao SUS, os hospitais especiais apresentam-se, efetivamente, como prestadores de procedimentos de internação de alta complexidade. A condição de prestador não impõe o cadastramento, já que o gestor local, em função de necessidades de recursos hospitalares, realiza contratos diretos com alguns prestadores privados. Dos dez hospitais, considerando apenas a prestação para o SUS, seis realizam cirurgia cardíaca, cinco neurocirurgia, três transplante de medula, dois transplante de fígado, dois transplante renal e um transplante cardíaco.

Em relação aos procedimentos ambulatoriais de alta

complexidade, 72,1% das hemodiálises e 48,5% das diálises peritoneais são para o SUS. No que concerne à quimioterapia e radioterapia, 100% da produção informada é destinada para clientela não-SUS.

Considerando os exames de tomografia e ressonância magnética, há registro de produção para o SUS, mas somente pequenas parcelas – 17,5 % e 9,1%, respectivamente.

De todos os segmentos, o grupo de hospitais especiais é o que mais apresenta atividades inovadoras, ainda que de forma limitada. A atenção domiciliar está presente em dois hospitais, e o hospital-dia em cinco hospitais, para a clientela não-SUS.

## DISCUSSÃO

Considerados o tamanho de seu parque hospitalar, sua grande participação no volume de internações para o SUS e ainda, sua expressiva capilaridade e interiorização no território nacional, os hospitais filantrópicos merecem atenção especial no que concerne à formulação de políticas públicas na área da Saúde. Destaca-se o papel estratégico do setor hospitalar filantrópico para o SUS, como únicos prestadores de serviços hospitalares em número importante de municípios do interior, e também como prestadores de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte.

Existe uma relação de interdependência entre o SUS e este setor hospitalar, considerando todos os segmentos estudados, exceto os hospitais especiais, conforme esperado. Segundo dados do Datasus, do total de internações realizadas pelo SUS em 2000, 37,6% são em hospitais filantrópicos.\*

Os hospitais da amostra e hospitais das grandes entidades mostram-se semelhantes no que tange à elevada produção de internações para o SUS, mas diferenciados em relação à complexidade dos procedimentos ofertados. Os hospitais especiais, com elevada capacidade tecnológica, são importantes prestadores para os planos e seguros de saúde. Para o SUS, apresentam-se como prestadores de procedimentos de alta complexidade especialmente ambulatorial.

Constata-se que a maior complexidade nos perfis assistenciais é acompanhada de maior número de leitos. É factível especular que a concentração tecnológica, quanto a equipamentos, instalações e, naturalmente, profissionais especializados, exija maior número de leitos, de tal modo que o investimento eco-

nômico obtenha adequada possibilidade de retorno.

À consideração da importância e da penetração do parque hospitalar filantrópico no País, contrapõe-se a fragilidade econômica e gerencial de parte significativa desse parque, ameaçando a sua sobrevivência. A esses aspectos, fortemente evidenciadas pelo “Estudo sobre os Hospitais Filantrópicos no Brasil”,<sup>1</sup> somam-se questões mais gerais que precisam ser observadas ao se definir o papel do setor no Sistema de Saúde Brasileiro:<sup>11</sup>

- a) A tendência de queda da taxa de ocupação de hospitais, tendo como possíveis explicações a ausência de demanda ou a inadequação tecnológica para atendê-la;
- b) o impacto da reorganização da atenção primária – envolvendo modelos como, por exemplo, o Programa de Saúde da Família, e o aumento de complexidade tecnológica ambulatorial – imprimindo maior resolutividade àquele nível de atenção e colocando outras demandas para níveis mais complexos;
- c) a necessidade de assegurar às populações de municípios menores e distantes de grandes centros o acesso aos serviços de maior complexidade, quando necessário;
- d) a demanda por outras estruturas de cuidados de enfermagem e assistência social que possibilitem o atendimento de pacientes com doenças crônicas e problemas sociais decorrentes, em especial, do envelhecimento da população.

Esses elementos, relevantes para a assistência hospitalar podem orientar a formulação de políticas indutoras à conformação de uma rede hospitalar pública mais integrada, com papéis melhor definidos, melhor articulada ao SUS nos seus outros níveis de atenção – básica, ambulatorial especializada e domiciliar, e mais adequada para responder às flutuações do perfil demográfico e de morbi-mortalidade da população.

O setor filantrópico hospitalar precisa ser considerado na sua diversidade, exigindo, naturalmente, diferentes ações e tratamentos.

Os menores hospitais, de menor complexidade, que se encontram predominantemente no interior, sendo, em muitos casos, únicos no município, apresentam maior risco de sobrevivência, demandando a incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão e exigindo medidas de ajustes seja por parte dos agentes públicos, seja por parte dos próprios dirigentes.

Para eles, o desafio é a migração para projetos mais

\*Datasus. Sistema de Informações Hospitalares [SIH/SUS]. Disponível em URL: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxuf.def>

compatíveis às propostas de extensão e de maior resolutividade da atenção primária. Caminhos antagônicos possíveis apontam tanto para a conversão dessas unidades em estabelecimentos de cuidados de enfermagem,<sup>8,11,13</sup> quanto para o seu aparelhamento, com equipamentos, e recursos humanos, no sentido da oferta de serviços hospitalares mais especializados. Além disso, vale contemplar a composição de redes de colaboração com outros hospitais, filantrópicos ou não, com vistas a garantir maiores eficiências financeira, gerencial e assistencial.<sup>7</sup> Não há de se negar, entretanto, o seu papel estratégico para o acesso à assistência à saúde de populações vulneráveis, bem como para o recrutamento e manutenção de médicos nesses locais.<sup>8,13</sup>

Aos hospitais individuais e componentes de conglomerados de maior complexidade, especialmente aqueles em municípios do interior, poderá caber o papel de centros de referência regionais, requerendo

ajustes principalmente no sentido da sua integração à rede de serviços de saúde.

Finalmente, cabe considerar o papel potencial dos hospitais especiais na oferta de serviços altamente especializados para o SUS e saúde suplementar.

## AGRADECIMENTOS

Ao Banco de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), pelas críticas e sugestões apresentadas no decorrer do processo de desenvolvimento do projeto, tendo em vista seu potencial de impacto sobre decisões pertinentes ao Sistema de Saúde Brasileiro; ao Ministério da Saúde e Caixa Econômica Federal, por contribuições nas sessões de acompanhamento do projeto; à Confederação de Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos, por proporcionar ampla adesão dos seus hospitais para participação na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. Barbosa PR, Portela MC, Ugá MAD, Vasconcelos MM, Lima SML, Gerschman SV. Hospitais filantrópicos no Brasil. Rio de Janeiro: BNDES; 2002. p. 1-3 (BNDES Social, 5).
2. Brasil. Decreto nº 4.588, de 7 de fevereiro de 2003. Revoga o Decreto nº 4.481 de 22 de novembro de 2002, que dispõe sobre os critérios para definição dos hospitais estratégicos, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 10 fev 2003. p. 1-2.
3. Brasil. Decreto nº 4.327, de 8 de agosto de 2002. Aprova critérios para concessão do certificado de filantropia para os hospitais. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 9 ago 2002. Seção 1. p. 21-2.
4. Brasil. Decreto nº 3.504, de 13 de junho de 2000. Altera dispositivos do Decreto 2.536 de 6 de abril de 1998 que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art.18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 14 jun 2000. Seção 1. p. 1.
5. Brasil. Decreto nº 2.336, de 6 de abril de 1998. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 7 abr 1998. Seção 1. p. 2-3.
6. Brasil. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social [LOAS]. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 8 dez 1993. Seção 1. p. 1869-72.
7. Chan B, Feldman R, Manning WG. The effects of group size and group economic factors on collaboration: a study of the financial performance of rural hospitals in consortia. *Health Serv Res* 1999;34(1 Pt 1):9-31.
8. Hart LG, Amundson BA, Rosenblatt RA. Is there a role for the small rural hospital? *J Rural Health* 1990;6:101-18.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Censo Demográfico 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo [CD-ROM encartado]. Rio de Janeiro: IBGE; 2001. p. 519.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária [AMS], 1999. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
11. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
12. Ministério de Previdência e Assistência Social [MPAS]. Conselho Nacional de Assistência Social [CNAS]. Resolução nº 177, de 10 de agosto de 2000. Trata da Concessão/ renovação do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social. Brasília (DF): Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 24 ago 2000. Seção 1. p. 164-E.)
13. Reif SS, DesHarnais S, Bernard S. Community perceptions of the effects of rural hospital closure on access to care. *J Rural Health* 1999;15:202-9.
14. The SAS System for Windows [computer program]. Version 8.2. Cary, NC: SAS Institute Inc.; 1999.