

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Giselle Bianca Tófoli

**Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNASS 2015-2016:
um olhar sobre os hospitais em Minas Gerais.**

Belo Horizonte

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Giselle Bianca Tófoli

**Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNASS 2015-2016: um olhar
sobre os hospitais em Minas Gerais.**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alzira de Oliveira Jorge
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte
2021

T644p Tófoli, Giselle Bianca.
Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNAS 2015-2016 [recursos eletrônicos]: um olhar sobre os hospitais em Minas Gerais. / Giselle Bianca Tófoli. - - Belo Horizonte: 2021.
146f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Alzira de Oliveira Jorge.
Coorientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Avaliação em Saúde. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Planejamento Hospitalar. 5. Saúde Pública. 6. Dissertação Acadêmica. I. Jorge, Alzira de Oliveira. II. Santos, Alaneir de Fátima dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84.4

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

25/06/2021

SEI/UFMG - 0745728 - Ata de defesa de Dissertação/Tese



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO

GISELLE BIANCA TÓFOLI

Às 09:00 horas do dia 25 de maio de 2021, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Lifesize (**Link da transmissão no YouTube:** <https://youtu.be/Ogse31hl4Mg>), realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **GISELLE BIANCA TÓFOLI**. A presidência da sessão coube a **Professora Alzira de Oliveira Jorge**, orientadora. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: Prof(a). Alaneir de Fátima dos Santos - coorientadora (UFMG), Prof(a). Fausto Pereira dos Santos (INSTITUTO RENÉ RACHOU - FIOCRUZ MINAS) e Prof(a). Ana Augusta Pires Coutinho (HOSPITAL ODILON BEHRENS). Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Dissertação de Mestrado**, intitulada: "**Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNAS 2015-2016: um olhar sobre os hospitais em Minas Gerais**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do(a) candidato(a) e do público e decidiu considerar **aprovada a Dissertação de Mestrado**. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 25 de maio de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Fausto Pereira dos Santos, Usuário Externo**, em 31/05/2021, às 11:48, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 31/05/2021, às 12:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos, Coordenador(a)**, em 07/06/2021, às 09:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Augusta Pires Coutinho, Usuário Externo**, em 10/06/2021, às 17:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0745728** e o código CRC **D18F08BD**.

20/07/2021

SEI/UFMG - 0846674 - Declaração



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que **GISELE BIANCA TÓFOLI**, número de registro 2019657338, cumpriu os requisitos regulamentares para obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil, tendo defendido sua dissertação intitulada *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde PNAASS 2015-2016: um olhar sobre os hospitais em Minas Gerais*, no dia 25/05/2021.

Belo Horizonte, 20 de Julho de 2021.

NÁDIA LIMA BERNARDES
Assistente em Administração
Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina
UFMG



Documento assinado eletronicamente por **Nadia Lima Bernardes, Assistente em Administração**, em 20/07/2021, às 11:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organ_acesso_externo=0 informando o código verificador **0846674** e o código CRC **4ASE4113**.

Referência: Processo nº 23072.223809/2021-01

SEI nº 0846674

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora

Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor

Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora

Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves

Subcoordenadora

Prof.^a Lidyane do Valle Camelo

Colegiado

Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade – Titular (Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado -
Suplente)

Prof.^a Luana Giatti Gonçalves – Titular (Prof.^a Lidyane do Valle Camelo –Suplente)

Prof.^a Sandhi Maria Barreto – Titular (Prof. Antonio Luiz Pinho Ribeiro - Suplente)

Prof.^a Mariângela Leal Cherchiglia – Titular (Prof.^a Ilka Afonso Reis - Suplente)

Prof.^a Ada Ávila Assunção – Titular (Prof.^a Adriane Mesquita de Medeiros - Suplente)

Prof.^a Alaneir de Fátima dos Santos – Titular (Prof. Rafael Moreira Claro - Suplente)

Prof.^a Déborah Carvalho Malta – Titular (Prof.^a Amélia Augusta Friche– Suplente)

Representantes Discentes

Thaís Cristina Marquezine Caldeira (Titular)

Cecília Nogueira Rezende (Suplente)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Às duas pessoas que tanto amo e que me fazem tentar ser uma pessoa melhor a cada dia:
Minha mãe, Virgínia, exemplo de mulher forte e aguerrida, pelo seu amor incondicional, por sempre me incentivar, acreditar em mim e por todos os sacrifícios que sempre passou para que eu conseguisse conquistar meus objetivos.
Ao meu esposo, Lucas, por toda paciência, companheirismo e compreensão nos momentos de ausência e estresse. E acima de tudo por todo amor e ajuda, sem você eu não teria forças para concluir este trabalho.

Ao meu pai, Jorge (*in memoriam*), que ficou “encantado” há 21 anos, mas deve estar muito orgulhoso em outro plano.

À tia Ionice (*in memoriam*), que foi a primeira pessoa que me pegou no colo e “descansou” no último 21 de março.

À todas as famílias que assim como eu, sofrem ou sofreram com a perda de entes queridos acometidos pelo câncer.

À todas as vítimas da COVID-19: as que venceram a doença e aquelas que por motivos variados não tiveram a mesma sorte.

À tod@s que defendem e lutam pelo SUS e contra o atual (des)governo miliciano e genocida.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros e emocionados agradecimentos a todos que torceram e me incentivaram neste trabalho. Para mim foi um percurso de muito aprendizado e dor: atuando no enfrentamento da pandemia por COVID-19 enquanto profissional de saúde, emocionalmente abalada por problemas de saúde na família e com o desafio da escrita no meio deste turbilhão de afetações, confesso que quase desisti!

À Alzira, querida orientadora, exemplo de mulher, profissional e sanitarista. Obrigada pela orientação cuidadosa e por não ter largado a minha mão! Agradeço de coração todos os ensinamentos, cuidado e paciência!

À Laine, minha coorientadora, pela acolhida na linha de pesquisa, pelo aprendizado, pela disponibilidade, pelas valiosas contribuições, pelo apoio e incentivo na construção do trabalho! Ao professor Fausto e à professora Ana Augusta, membros da banca de qualificação, agradeço a disponibilidade e contribuições! Fiquei muito honrada em tê-los presente, referências para o SUS/MG e pessoas que admiro muito!!!

À Lenir, que além de um “ombro amigo”, me ajudou com o banco de dados até a qualificação. Às amigas que a SES/MG consolidou ao longo dos anos, em especial, Francis (nível central) que me ensinou Tabwin para construção dos mapas deste trabalho e Célia (Ituiutaba), pela escuta e aconselhamentos.

Ao César, à época estatístico do NESCON, que me atendeu prontamente e com perfeição nas análises estatísticas do banco de dados.

Ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde – Núcleo Minas Gerais, em especial à Mônica, Adriana e Gabi, que me incentivaram a fazer o mestrado e me aproximaram da Alzira.

À Maria D’Ajuda, Rilke e Rodrigo Said, que viabilizaram minha remoção da GRS/São João del Rei para a SRS/BH, possibilitando assim que eu fizesse o mestrado sem precisar parar de trabalhar.

Aos colegas do GT-VISA da Abrasco, especialmente, Gisélia, Ana Souto, Quitério, Agenor e Geraldo Lucchese, pelo aprendizado cotidiano durante nossas reuniões (ainda que online no último ano).

À Ludmila, minha grande amiga e psicóloga, que me apoiou nos momentos mais difíceis.

À toda minha família e amigos, de Barbacena e São João del Rei.

Por fim, agradeço a Deus por ter me dado forças e colocado pessoas tão extraordinárias em meu caminho!

*“Todo caminho da gente é resvaloso.
Mas, também, cair não prejudica demais
– a gente levanta, a gente sobe, a gente volta.”*

*“O correr da vida embrulha tudo,
a vida é assim: esquenta e esfria,
aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.
O que Deus quer é ver a gente aprendendo a ser capaz
de ficar alegre a mais, no meio da alegria,
e ainda mais alegre no meio da tristeza!”*

Grande Sertão Veredas

João Guimarães Rosa

RESUMO

O estudo tem como objetivo descrever os hospitais de Minas Gerais que participaram do PNASS 2015-2016 e avaliar o desempenho dos mesmos. Trata-se de um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, envolvendo o uso de dados secundários, de acesso público, que buscou verificar o desempenho dos hospitais mineiros que participaram do programa a partir dos dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016 – Roteiro de Itens de Verificação. O questionário de avaliação de processos respondido pelos hospitais possuía 180 itens e 30 critérios, agrupados em cinco blocos. Participaram 208 hospitais mineiros, destes a maioria tem porte médio, perfazendo um total de 73,08% das instituições avaliadas neste estudo. O escore médio por bloco foi: 1) Gestão Organizacional (66); 2) Apoio Técnico e Logístico para produção do cuidado (77); 3) Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (68) e 4) Serviços/Unidades Específicas (76) e 5) Assistência Oncológica (84). Os hospitais que alcançaram um melhor desempenho do indicador geral estão localizados nas macrorregiões de saúde Triângulo do Norte (83,46), Jequitinhonha (82,83), Sudeste (76,84) e Centro (75,59). Os hospitais de porte especial e de grande porte obtiveram melhor desempenho. Em relação à esfera administrativa, do total de hospitais avaliados em Minas Gerais, 78,37% são privados/conveniados e apenas 21,63% públicos (federal, estadual e municipal), no entanto o melhor desempenho médio foi obtido pela esfera pública Federal, seguido da Estadual. Hospitais sob gestão municipal também alcançaram os melhores resultados. Observou-se que cerca de 60% dos hospitais avaliados tiveram ótimo e bom desempenho, mostrando que mantêm processos adequados para o alcance da qualidade. Os achados apontam o avanço da municipalização no estado, entretanto, identificou-se importantes desigualdades entre as macrorregiões de saúde de Minas Gerais em relação ao número e complexidade dos hospitais, indicando a necessidade de se aprofundar no processo de regionalização, com uma gestão compartilhada e solidária, regulação eficiente na pactuação de contratos, que considere a articulação interfederativa para a implementação das redes de atenção à saúde e da institucionalização da cultura de avaliação dos hospitais que compõem o SUS, de modo que os cidadãos tenham acesso a esses serviços de acordo com suas necessidades e o mais próximo possível de onde habitam.

Palavras-chave: avaliação em saúde; qualidade da assistência à saúde; administração de serviços de saúde; planejamento hospitalar.

ABSTRACT

The study aims to describe the hospitals in Minas Gerais that participated in the PNASS 2015-2016 and evaluate their performance. It is a descriptive cross-sectional study, of a quantitative nature, involving the use of secondary data, of public access, which sought to verify the performance of the Minas Gerais hospitals that participated in the program from the data of the first PNASS 2015-2016 assessment instrument - Check Items Roadmap. The process evaluation questionnaire answered by hospitals had 180 items and 30 criteria, grouped into five blocks. 208 Minas Gerais hospitals participated, of which the majority are medium sized, making a total of 73.08% of the institutions evaluated in this study. The average score per block was: 1) Organizational Management (66); 2) Technical and logistical support for the production of care (77); 3) Management of Health Care and Care (68) and 4) Specific Services / Units (76) and 5) Oncology Assistance (84). The hospitals that achieved the best performance of the general indicator are located in the health macro-regions of the Northern Triangle (83.46), Jequitinhonha (82.83), Southeast (76.84) and Center (75.59). Special and large hospitals performed better. Regarding the administrative sphere, of the total hospitals evaluated in Minas Gerais, 78.37% are private / contracted and only 21.63% public (federal, state and municipal), however the best average performance was obtained by the Federal public sphere, followed by State. Hospitals under municipal management also achieved the best results. It was observed that about 60% of the evaluated hospitals had excellent and good performance, showing that they maintain adequate processes for achieving quality. The findings point to the advancement of municipalization in the state, however, important inequalities were identified between the health macro-regions of Minas Gerais in relation to the number and complexity of hospitals, indicating the need to deepen the regionalization process, with shared management and solidary, efficient regulation in the agreement of contracts, which considers the inter-federative articulation for the implementation of the health care networks and the institutionalization of the culture of evaluation of the hospitals that make up the SUS, so that the citizens have access to these services according to their needs and as close as possible to where they live.

Keywords: health evaluation; quality of healthcare; health services administration; hospital planning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 -	Mapa das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, segundo PDR-SUS/MG 2019	33
Figura 2 -	Mapa das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, segundo PDR/MG 2014	34
Figura 3 -	Diagrama da metodologia	51
Figura 4 -	Análise dos resultados dos indicadores gerais por macrorregião de saúde de Minas Gerais, PNASS, 2015-2016	69

GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Taxas de resolubilidade de atenção terciária, por macrorregião de saúde do estado de Minas Gerais, de 2010 a 2020	37
-------------	---	----

QUADROS

Quadro 1 -	Modelagem dos serviços assistenciais/regionalização em MG	31
Quadro 2 -	Roteiro de itens de verificação	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resolubilidade total dos serviços hospitalares em Minas Gerais, 2012 a 2019	36
Tabela 2 -	Descritivo das variáveis analisadas para os hospitais mineiros participantes do PNASS, 2015-2016	58
Tabela 3 -	Indicadores por Blocos do PNASS 2015-2016 – Hospitais de MG	59
Tabela 4 -	Indicadores por Blocos e Critérios do PNASS 2015-2016 – Hospitais de MG	60
Tabela 5 -	Teste de Kruskal-Wallis – Blocos X Porte Hospitalar	62
Tabela 6 -	Teste de Nemenyí – Blocos X Porte Hospitalar	63
Tabela 7 -	Teste Exato de Fisher e Qui-Quadrado Simulado – Hospitais de MG ...	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB -	Atenção Básica
AC -	Alta Complexidade
APAE -	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
ASCOMCER -	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer de Juiz de Fora
CACON -	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP-UFGM -	Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM
CIB-SUS/MG -	Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP -	Contrato Organizativo de Ação Pública
COSEMS/MG -	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais
DACI -	Diretoria de Articulação de Consórcios Interfederativos
DAHU -	Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério da Saúde
DEAA -	Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais
DENASUS -	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DOGES -	Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde
DRAC -	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
FHEMIG -	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FHOMUV -	Fundação Hospitalar do Município de Varginha
GRS -	Gerência Regional de Saúde
HRNT -	Hospital Risoleta Tolentino Neves
HPP -	Hospitais de Pequeno Porte
LAC-	Incentivo de Adesão à Contratualização
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
MAC -	Média e Alta Complexidade
MCH1 -	Média Complexidade Hospitalar 1
MCH2 -	Média Complexidade Hospitalar 2
MCHB -	Média Complexidade Hospitalar Básica
MCHE -	Média Complexidade Hospitalar Especial
MG -	Minas Gerais
MS -	Ministério da Saúde
NA -	Não se Aplica
NESCON -	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS -	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial da Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR -	Plano Diretor de Regionalização
PNASH -	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNASS -	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF -	Programa de Saúde da Família
RAS -	Redes de Atenção à Saúde
RENAME -	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES -	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAS -	Secretaria de Atenção à Saúde

SDCAR -	Superintendência de Desenvolvimento, Cooperação e Articulação Regional
SES/MG -	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
SIA -	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar
SIPNASS -	Sistema de Informação do PNASS
SRS/BH -	Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte
SUBGR -	Subsecretaria de Gestão Regional
SUS -	Sistema Único de Saúde
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais
UNACON -	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
VISA -	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
2. JUSTIFICATIVA	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 Hospitais e a micropolítica hospitalar	23
3.2 Regionalização.....	26
3.3 Minas Gerais e o Plano Diretor de Regionalização	28
3.3.1 Resolubilidade	35
3.4 Redes de Atenção à Saúde.....	37
3.5 Avaliação de serviços de saúde	39
3.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.....	41
4. OBJETIVOS	46
4.1 Objetivo Geral	46
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	46
5. MÉTODOS.....	47
5.1 Delineamento do estudo, dados e universo	47
5.2 Descrição das variáveis	48
5.3 Análise estatística	49
5.4 Considerações éticas.....	51
6. RESULTADOS (Na forma de artigo)	52
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
8. REFERÊNCIAS	78
9. APÊNDICES	84
10. ANEXOS	134

INTRODUÇÃO

As primeiras ações de saúde pública no Brasil foram implementadas pelos governantes no período colonial (1808) com a chegada da família real. Durante os 389 anos da colônia e do império pouco ou quase nada se fez pela saúde no Brasil e, já naquele tempo, o acesso aos tratamentos variava de acordo com a classe social (Jardim, 2015).

A história das políticas de saúde nos mostra que cada país buscou soluções e modelos de políticas que atendessem às suas necessidades e respondessem às reivindicações de cada sociedade, formando modelos de proteção social de maior ou menor abrangência. Tais variações são resultados de escolhas valorativas e políticas, dependentes do entendimento que cada país tem sobre o que vem a ser desigualdade social e direito (Fausto E Matta, 2007).

No Brasil é possível identificar dois momentos que foram “divisores de água” na história da política de saúde brasileira: a implantação de um sistema tipo meritocrático-corporativista (modelo de seguro social), a partir dos anos 1930, e a promulgação da Constituição Federal de 1988. O primeiro introduziu a proteção social para segmentos específicos e minoritários da população, como trabalhadores urbanos inseridos no mercado de trabalho formal e funcionários públicos, já o segundo modelo, configurava-se como uma abrangente política de proteção social em saúde, capaz de garantir o direito à saúde (modelo de seguridade social) através da criação do Sistema Único de Saúde (Giovanella *et al.*, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado na Constituição Federal de 1988 e, em seu artigo 196, consta que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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” (Brasil, 2016, p.118), sendo considerada a saúde como de relevância pública. Com este artigo ficou definida a universalidade da cobertura do SUS.

O Sistema Único de Saúde representa uma das mais importantes conquistas da sociedade brasileira, pois busca promover a justiça social. Foi regulamentado por meio da Lei Orgânica nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nela, ficaram estabelecidas as condições para a promoção, a proteção, a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Já a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, preconizou tanto a participação da comunidade na gestão do SUS quanto a forma como seriam as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. As normativas acima citadas buscaram organizar e qualificar as ações e serviços de saúde, todavia o SUS ainda enfrenta problemas relacionados ao

financiamento, ao acesso aos serviços e à resolubilidade da assistência, com questionamentos relacionados à qualidade dos serviços prestados.

Em 28 de junho de 2011 foi publicado o Decreto Presidencial nº 7.508, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Este decreto trouxe importantes conceitos, como Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica.

Dentre as atribuições dos entes federativos previstas no Decreto nº 7.508/2011, destacamos o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde, com objetivo de garantir os princípios e as diretrizes do SUS.

Neste sentido, a avaliação dos serviços de saúde tem sido cada vez mais utilizada, enquanto instrumento de apoio à gestão, em função da sua utilidade e capacidade de apoiar os processos decisórios (Hartz, 2004; Malta *et al.*, 2019).

A avaliação tem o objetivo de diagnosticar problemas, reorientar o planejamento, avaliar a incorporação de novas práticas profissionais e mensurar o impacto da implementação de políticas, programas, serviços e ações sobre o estado de saúde da população (Brasil, 2005; Hartz, 2004). A qualidade dos serviços de saúde configura-se, hoje em dia, um imperativo técnico e social.

Nesse contexto, o debate em torno da gestão da qualidade do cuidado e do papel das instituições hospitalares no sistema tem ganhado relevância no cenário atual (Binsfeld; Rivera; Artmann, 2017). Considerado um espaço estratégico para a reorganização do sistema de saúde por estes autores, a atenção hospitalar assume papel de destaque pois, mesmo com uma atenção primária robusta e uma atenção ambulatorial especializada de qualidade, sempre existirão situações nas quais o cuidado na atenção hospitalar será necessário (Rosa, 2014).

Nesta direção, em 1998, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), com o objetivo de avaliar, classificar e comparar hospitais de acordo com um conjunto de padrões, principalmente estruturais. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), O PNASH se caracterizava:

[...] por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados

vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. (p.118)

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. No ano de 2003, o MS resolveu, então, reformulá-lo para que o Programa pudesse ser aplicado aos diversos serviços de saúde, independentemente de seu nível de complexidade.

Em 2004 o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o escopo do PNASH, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada e dando origem ao Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Brasil, 2015a).

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, estabeleceu como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e da satisfação dos usuários. Em 08 de janeiro de 2015 foi publicada a Portaria GM/MS nº 28 que reformula o PNASS.

Este Programa teve por finalidade avaliar a estrutura, o processo, o resultado, a produção do cuidado, o gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários frente aos serviços ofertados pelos estabelecimentos de atenção especializada em saúde – sejam eles ambulatoriais ou hospitalares – que recebem recursos financeiros provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o Programa buscou compreender a realidade destes estabelecimentos de saúde (Brasil, 2015b).

Considerando o que afirma Mendes (2011), que “a qualidade hospitalar não deriva somente de seu funcionamento isolado, mas de sua inserção em redes, contribuindo, efetivamente, para gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde”, o PNASS se constitui em uma importante ferramenta de avaliação para a administração pública em saúde, para planejar e reorientar suas ações, no intuito de otimizar recursos, processos e melhorar o acesso e a qualidade da assistência no SUS.

Os hospitais de Minas Gerais foram avaliados pelo PNASS 2015-2016. Espera-se que o presente estudo, permita identificar avanços e desafios colocados no contexto da atenção hospitalar mineira, e colabore, conseqüentemente, com a tomada de decisão frente a esses desafios e possa melhorar a qualidade assistencial em todo o Estado.

2. JUSTIFICATIVA

As justificativas para a escolha do objeto de pesquisa envolvem minha inserção profissional. Sou farmacêutica e servidora efetiva da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), lotada no Núcleo de Vigilância Sanitária da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte (SRS/BH), na área de Serviços de Saúde.

De acordo com a SES/MG (2020):

A Vigilância em Serviços de Saúde tem por objetivo promover e proteger a saúde da população mediante ações de prevenção, redução e eliminação (quando possível) dos riscos e agravos à saúde, intervindo nos problemas sanitários decorrentes da prestação e utilização de serviços de saúde e de interesse da saúde. Para tal, procura estabelecer estratégias, diretrizes e normas no âmbito do Sistema Estadual de Vigilância Sanitária que visam fortalecer os processos sanitários e o gerenciamento dos fatores de riscos nos Estabelecimentos de Assistência à Saúde do estado de Minas.¹

Ressalto ainda que, a maioria dos serviços, em que eu realizo inspeção/visita técnica com a equipe da VISA (Vigilância em Serviços de Saúde), constituem-se de Instituições Hospitalares. Além disso, aspectos de ordem ideológico-conceitual relacionados à importância dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde – como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde para a construção de sistemas públicos de saúde de qualidade para garantia do direito à saúde – também justificam meu interesse por investigar o tema.

Outra questão motivadora deste estudo é o consenso entre os pesquisadores e sanitaristas da necessidade de institucionalizar a “cultura de avaliação”² de políticas e programas em estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que se refere à proximidade com a temática do PNASS, os principais motivadores para a realização desta pesquisa foram: os processos de trabalho da VISA, que têm relação com vários itens do Roteiro de Itens de Verificação do PNASS, e minha vinculação ao Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde – Núcleo Minas Gerais, que atualmente tem um projeto de pesquisa intitulado “ O Hospital enquanto estação cuidadora e observatório da rede: análise de dispositivos para a integralidade e continuidade do cuidado em saúde”; e ainda minha ligação à linha de pesquisa de Economia da Saúde e Gestão de Sistemas de Saúde, dentro do Programa

¹Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/diretoria-de-servicos-de-saude/>. Acesso em: 19 nov. 2019.

² Institucionalizar a avaliação no SUS significa incorporá-la ao sistema, inserí-la na cultura cotidiana, de forma transversal a qualquer processo de planejamento e gestão.

de Pós- Graduação em Saúde Pública da UFMG, que tem desenvolvido estudos do banco de dados do PNASS.

Soma-se a isso a disponibilidade de acesso ao banco de dados 2015-2016 do PNASS, pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG (NESCON/UFMG), uma vez que a UFMG foi uma das cinco Instituições de Ensino Nucleadoras do Projeto. O NESCON é responsável pela avaliação de estabelecimentos de Minas Gerais (algumas regiões do estado), Espírito Santo, Acre, Rondônia e Rio de Janeiro.

Por fim, esta pesquisa justifica-se, ainda, pela lacuna de publicações existentes sobre os resultados do Processo Avaliativo 2015-2016 do PNASS.

Por tudo isso, este estudo torna-se relevante por ser o primeiro a analisar dados dos hospitais de Minas Gerais avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde 2015-2016.

Este projeto, para dar conta de todas as inquietações que circundam o desempenho e a avaliação dos hospitais de MG, apresenta as seguintes questões de pesquisa:

- Dentre as 13 (treze) macrorregiões de saúde de Minas Gerais, qual apresentou melhor desempenho a partir da avaliação do PNASS 2015-2016?
- Como é o desempenho hospitalar de MG com relação aos outros hospitais do Brasil? Tem desempenho parecido com o identificado em nível nacional?

Este projeto surge, dessa forma, para buscar refletir e entender melhor estas questões.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Hospitais e a micropolítica hospitalar

De acordo com Antunes (1991, apud Coutinho, 2010, p.67), o processo histórico de constituição do hospital evidencia sua complexidade e sua singularidade como organização. O termo “hospital”, como designativo de instituições de atenção aos doentes, surgiu em 816 d.C., com a tradução do termo grego *Nosokomeion* para o latim. Originado da necessidade de abrigar feridos de guerra, doentes, pobres, indigentes, e loucos que viviam abandonados nas ruas, o hospital era um importante lugar para que esses pacientes fossem preparados para a morte em estado de graça, e não para a assistência e aos tratamentos médicos que restabelecessem a saúde e a vida (Coutinho, 2010).

Conforme Foucault (2017), os hospitais que funcionavam na Europa, desde a Idade Média, não eram concebidos para curar, mas consistiam em instituições de cunho caritativo, “cujo objetivo primordial era a assistência aos pobres, a separação e exclusão de indivíduos do convívio social” (Jorge, 2002, p.72). Talvez esta função fosse, inclusive, a mais importante: segregar e excluir indivíduos que representavam ameaça à ordem e/ou saúde da população.

Foucault (2017) afirma que o hospital com a finalidade terapêutica é uma invenção nova, do final do século XVIII. A sua transformação em lugar de cura e das práticas médicas ocorreu em função da anulação de seus efeitos negativos, da desordem que ele acarretava, e não de uma ação positiva sobre o doente ou a doença. A reforma hospitalar teve início no século XVII, na Europa, nos hospitais marítimos e militares. O início da reforma hospitalar não foi em um hospital civil, mas em um hospital marítimo. Lugar de desordem econômica devido ao tráfico de mercadorias e objetos preciosos trazidos das colônias, esse local ainda representava uma ameaça como porta de entrada de doenças. A partir de então são regulamentadas normativas de ordem econômica e médicas mais rigorosas, como a instituição da quarentena.

Antes do século XVIII o homem era um recurso abundante e facilmente encontrado enquanto força de trabalho, visto que não era necessário que tivesse nenhum conhecimento técnico ou habilidade específica. A partir do surgimento de um exército de reserva a experiência dos soldados era decisiva para o sucesso de uma batalha e foi, por isso, que a vida desses soldados foi reconhecida como um recurso importante.

A reorganização dos hospitais marítimos e militares não ocorreu por meio de técnica médica, mas sim a partir da disciplina – que, de acordo com Foucault (2017), é uma tecnologia

política e de exercício de poder. Logo, a transformação do ambiente hospitalar se deu por meio de mecanismos disciplinares.

A origem do hospital médico relaciona-se tanto com a intervenção médica nos processos de cura, quanto com a disciplinarização do espaço hospitalar (Coutinho, 2010). Segundo Foucault (2000, apud Coutinho, 2010, p. 107):

É a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadramento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médica.

Jorge (2002) aponta que, neste momento, constitui-se a medicina do meio, que passa a ter lugar no hospital e não mais nos livros. Ela também assinala a ocorrência de uma intensa mudança no sistema de poder no interior do hospital, uma vez que os médicos assumem a responsabilidade pela gestão hospitalar, antes ocupada por religiosos. De acordo com Coutinho (2010), a participação crescente dos médicos na organização e funcionamento do hospital está diretamente ligada à evolução desta instituição. Somado a isso, o poder sobre o corpo representa a união entre o poder e o saber.

“Esse deslocamento histórico que evidencia o hospital como local privilegiado tanto para a cura quanto aprendizagem e experimentação de novos saberes determinaram sua importância social hoje constituída.” (Coutinho, 2010, p. 69). De igual modo, Carapinheiro (1998) apresenta o hospital como “uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna” (apud Coutinho, 2010, p.70). Salienta também que a crescente complexidade das instituições hospitalares devido à elevada multiplicação dos serviços, especialidades médicas, tecnologias (diagnósticas e terapêuticas) introduziram importantes modificações nas estruturas hierárquicas de poder e nos sistemas de comunicação, tornando os processos de trabalho dessas instituições burocráticos. Desse modo, para entender as dimensões presentes na vida do hospital, a pesquisadora apresenta a micropolítica nas organizações de saúde a partir da definição dada por Cecílio (2009):

O conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada “realidade organizacional” – dessa forma, relativamente

estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção (Cecílio, 2009, apud Coutinho, 2010, p. 547).

Ainda de acordo com esta autora, é a partir da micropolítica que se produz o cuidado com a complexidade tecnológica que o hospital exige, seja material ou não, uma vez que ele é a arena de disputa entre os atores com distintos projetos e ocupado pelos usuários e suas demandas.

Isso, pois, conforme Coutinho (2010), a organização hospitalar apresenta várias dimensões com características próprias e singulares, a saber:

- A produção do cuidado (organização dos processos de trabalho, com diferentes graus de incorporação tecnológica);
- O campo de relações de poder (mecanismos transversais de disciplinamento e poder a partir de autoridade legal-formal do hospital);
- A ‘institucionalidade’ do hospital (modelo de gestão e estrutura organizacional, com consequente definição do tipo de financiamento do hospital);
- O contexto macrossocial (perfil demográfico e epidemiológico da população e articulação com o sistema de saúde).

Cada uma dessas dimensões pode ser analisada em sua especificidade, desde que seja considerada em relação com as demais, pois elas implicam, como um todo, diretamente no desempenho hospitalar.

No Brasil, os hospitais têm um papel de destaque no sistema de saúde segundo La Forgia e Couttolenc (2009). Eles são responsáveis por dois terços dos gastos do setor e de boa parte dos serviços produzidos no país. A maioria dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de ponta está empregada nos hospitais, que lideram a prestação de serviços de saúde. São eles, ainda, centros de treinamento e principal ambiente de incorporação e desenvolvimento de tecnologias.

O Brasil tem um sistema hospitalar bem diversificado. Nesse sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) registrou que:

Ao contrário da maioria dos países, o Brasil tem um sistema hospitalar altamente pluralista, composto por uma gama de arranjos financeiros, organizacionais e de propriedade (natureza e esfera administrativa na nomenclatura do SUS) que abrangem tanto o setor público quanto o privado. O Brasil também é o único em sua longa tradição de financiar prestadores privados com recursos públicos. (La Forgia E Couttolenc, 2009, p. 1)

As instituições hospitalares são a maior fonte de gastos dentro do sistema de saúde brasileiro, sendo quase 60% desse gasto financiado por dinheiro público; o que faz deste tema pauta importante para a política de saúde nas três esferas de gestão. Num contexto de subfinanciamento do SUS e aumentos dos custos da área da saúde, torna-se cada vez mais urgente entender o setor hospitalar e sua micropolítica para conter gastos, aplicar melhor os recursos existentes e melhorar seu desempenho.

3.2 Regionalização

Discutir os resultados dos hospitais em Minas Gerais a partir do banco de dados do PNASS requer uma compreensão do processo de descentralização administrativa/municipalização ocorrido no Brasil desde a criação do SUS. Sem o objetivo de aprofundar tal contextualização, pretende-se fazer algumas pontuações sobre a temática, no intuito de compreender os desafios e a importância dessa forma de organização do sistema de saúde, bem como verificar a maneira que ela se reflete no desempenho hospitalar.

Viana *et al.* (2010) destacam que a experiência internacional em países como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá, mostra que a descentralização da política de saúde aconteceu articulada ao processo de regionalização, por meio da organização de redes de serviços e com o fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Na América Latina, a descentralização, bem como a regionalização, foram implantadas com diferentes graus de articulação.

Esta experiência internacional demonstra as evidências do impacto da organização dos sistemas em redes de atenção regionalizadas. Elas reduzem a fragmentação da atenção, melhoram a eficiência global do sistema, evitam a multiplicação de infraestrutura e serviços, respondem melhor às necessidades e às expectativas das pessoas, melhoram o custo efetividade dos serviços de saúde, reduzem hospitalizações desnecessárias, diminuem a utilização excessiva de serviços e exames, diminuem o tempo de permanência hospitalar, produzem economias de escala e de escopo, aumentam a produtividade do sistema, melhoram a qualidade da atenção, produzem uma oferta balanceada de atenção geral e especializada, a continuidade da atenção gera maior efetividade clínica, facilita a utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas e aumenta a satisfação dos usuários (Opas/Oms, 2011 Apud Lima, 2016).

No Brasil, durante a implementação do SUS, na década de 90, o foco esteve na descentralização por meio da municipalização. O modelo de descentralização no SUS foi importante para a expansão da cobertura de serviços e recursos públicos. Todavia, ele não

resolveu as desigualdades regionais presentes no acesso, na utilização e no gasto público. Também não conseguiu integrar os serviços, instituições e práticas nos territórios (Viana *Et Al.*, 2010).

A instituição de redes regionalizadas foi retomada apenas a partir de 2001, com a NOAS, e em 2006, com o Pacto pela Saúde (Kuschnir e Fausto, 2014 apud Lima, 2016). O atraso da regionalização no SUS arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, amplificando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa. (Santos; Giovanella, 2014).

No dia 22 de fevereiro de 2006 foi publicada a Portaria Ministerial nº 399, que instituiu o Pacto pela Saúde e reforçou, no planejamento, o conceito mais amplo de regionalização, por meio do eixo Pacto de Gestão.

O Pacto pela Saúde foi instituído com objetivo de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, promover inovações nos processos e instrumentos de gestão e alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população. Ele propôs a redefinição das responsabilidades coletivas nas três esferas de gestão, e a definição de prioridades, objetivos e metas a serem atingidos. De acordo com Viana *et al.* (2010), o Pacto sugeriu o fortalecimento da cogestão, por meio da implantação de instâncias colegiadas em regiões de saúde definidas nos Planos Diretores de Regionalização.

Em 2010 o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.279, definindo as regiões como áreas de abrangência territorial e populacional, sob a responsabilidade das redes de atenção à saúde e o processo de regionalização como estratégia fundamental para sua configuração.

Em seguida, o Decreto Presidencial 7508/2011 definiu região de saúde:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (Brasil, 2013, P. 4)

Além de trazer o conceito de região de saúde, o Decreto 7508 /2011 estabelece instrumentos para a sua efetivação, a saber:

- Mapa Sanitário, que inclui a oferta pública e privada nas regiões;
- Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP, baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões;
- Planos de Saúde;
- Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases);

- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename);
- Comissões Intergestoras, que são instâncias de governança regional das redes.

Sobre o sistema de atenção hospitalar brasileiro:

É indiscutível a importância dos hospitais na organização da rede de assistência, seja pelo tipo de serviços ofertados e sua grande concentração de serviços de média e alta complexidade, seja pelo considerável volume de recursos consumido pelo nível hospitalar. Além desses aspectos, a constituição histórica de um modelo de organização da saúde hospitalocêntrico também reforça a supervalorização da unidade hospitalar enquanto espaço de produção de conhecimento na área da Saúde, e de prática de ações de saúde em qualquer um dos níveis de atenção. (BRASIL, 2004, p. 10)

Viana *et al.* (2018), discorrem a respeito do papel da assistência hospitalar nas regiões e redes de saúde e apontam uma dicotomia que precisa ser superada: a quase oposição entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Hospitalar. Ressaltam os autores que o discurso crítico ao hospitalocentrismo, nos últimos anos, levou a Atenção Hospitalar, enquanto objeto de reflexão estratégica para o SUS, a um abandono.

Em relação à assistência hospitalar na organização e na composição da rede assistencial:

A assistência hospitalar é sabidamente muito seletiva, não apenas na medida em que a ela se encaminham ou são dirigidos os casos que requerem de cuidados especiais, mas também porque a acessibilidade à internação está condicionada à existência dos recursos procurados – especialistas, equipamentos e outros, e à disponibilidade – ou posse – de recursos financeiros ou de um sistema de financiamento da hospitalização. A criação no Brasil do SUS, público e universal, com serviços próprios (públicos) e privados conveniados e/ou contratados, acessível a toda a população, poderia levar à eliminação dos fatores de seletividade. (Yazlle Rocha; Simões, 1999, p. 52)

Dentre os vários desafios atuais do SUS, imersos num contexto de subfinanciamento e num país neoliberal e obscurantista, faz-se necessário ampliar o acesso e adequar os serviços ofertados, por meio da regionalização e implementação de redes de atenção à saúde.

Espera-se que a discussão do desempenho hospitalar em Minas Gerais, com enfoque nas macrorregiões de saúde, possa jogar luz aos problemas e contribuir com elementos capazes de superar os desafios.

3.3 Minas Gerais e o Plano Diretor de Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um dos instrumentos de planejamento da Regionalização do SUS. Estabelecido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOAS/01, que é parte integrante do Plano de Saúde Estadual, o PDR tem como função organizar, de forma regionalizada e hierarquizada, a assistência à saúde. Isso, de modo a garantir o acesso da população a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Mendes (2009) afirma que o processo de territorialização se expressa por meio de Planos Diretores de Regionalização, que, por sua vez, são os primeiros instrumentos gerenciais e de fundamental importância para a governança das redes de atenção à Saúde

Neste contexto, a SES/MG (2020) coloca o PDR como:

Instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de co-gestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial.³

Em Minas Gerais a construção do Plano Diretor de Regionalização definiu espaços regionais apenas dentro dos limites territoriais do Estado, embora seja de conhecimento geral a existência de fluxos assistenciais entre as Unidades Federadas (Malachias *et al.*, 2011, p. 27). Sua elaboração foi baseada em um modelo de organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica, de acordo com os níveis de atenção à saúde. Malachias *et al.* (2011, p.27) trazem o modelo definidor do PDR/MG:

[...] é que a cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização – um território sanitário, com um polo cujas unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, devem responder por funções específicas na organização dos serviços em rede e conforme necessidades programáticas e de economia de escala. Os gestores de cada território, portanto, de forma articulada e solidária, têm, além de sua responsabilidade pelo território municipal, uma responsabilidade comum pelos demais níveis de atenção e regionalização – micro e macrorregiões. Isto faz pressupor a institucionalização da cogestão micro e macrorregional. A partir das necessárias adequações a cada realidade, os gestores devem promover a organização do fluxo da demanda, a oferta dos serviços pré-definidos como de responsabilidade do território – os vazios assistenciais, facilitar o acesso dos usuários aos demais níveis, exercer governança das redes, da pactuação programada dos sistemas logísticos.

Em Minas Gerais, a extensão geográfica do estado e as desigualdades regionais reforçam a necessidade da implementação da regionalização como instrumento de

³ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> Acesso em: 16 fev. 2020.

planejamento e gestão para a garantia da equidade, integralidade e acessibilidade, conforme preconiza o SUS.

O Estado de Minas Gerais, de acordo com o Tribunal de Contas da União, em 2019, tinha uma população estimada de 21.168.791 habitantes, distribuída de forma desigual entre os 853 municípios do estado.

As diferenças, no entanto, não se limitam à distribuição da população. As desigualdades sociais podem ser percebidas facilmente, conforme comprovado por indicadores, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que verifica a condição de vida da população a partir da ponderação entre longevidade, educação e renda. Nesse índice, conforme a apuração de 2010 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o município mineiro com maior IDH foi Nova Lima, com 0,813, e o menor foi São João das Missões, com 0,529 (quanto mais próximo de 1, melhor a qualidade de vida da população).

Lélis (2012) afirma que o conjunto de serviços previstos para o nível municipal compõe um conjunto de procedimentos denominado elenco Média Complexidade Hospitalar Básica, com uma menor diversidade de procedimentos componentes e apresenta a maior frequência de ocorrência dentre os níveis. No nível microrregional é prevista a oferta de um conjunto de procedimentos denominados Média Complexidade Hospitalar 1 e Média Complexidade Hospitalar 2, em hospitais e ambulatórios que prestam assistência nas especialidades básicas (pediátrica, clínica médica), serviços de urgência e emergência. Para o nível macrorregional é prevista a oferta do elenco Alta Complexidade/Média Complexidade Especial, organizados em hospitais mais complexos e inclui uma maior diversidade de procedimentos de maior custo financeiro, uma vez que necessitam de equipamentos de alta tecnologia e profissionais altamente especializados.

De acordo com a SES/MG (2020), o PDR/MG evidencia que as macrorregiões de saúde são constituídas por um conjunto de microrregiões, que por sua vez são compostas por agrupamentos de municípios, para os quais são definidos um conjunto de procedimentos mínimos que devem ser ofertados a população de acordo com a tipologia de serviços do nível assistencial. Deste modo, temos a modelagem dos serviços assistenciais/regionalização conforme representação esquemática a seguir:

Quadro 1: Modelagem dos serviços assistenciais/regionalização em MG

Níveis de Regionalização	Níveis de Atenção
 <p>Legenda: Município Polo Micro Polo Micro/Macro</p>	Atenção Primária, PSF e Atenção Hospitalar Básica = Elenco MCHB.
	Atenção Secundária = Elenco MCH1 e MCH2.
	Atenção Terciária = Elenco AC/MCHE.

Fonte: Adaptado de DEAA/SUBGR/SES/MG, 2020.

Em Minas Gerais, o PDR organiza a descentralização da assistência no espaço territorial constituído por 853 municípios por meio de uma carteira de serviços que estabelece o conjunto de procedimentos que deveriam ser ofertados de acordo com o nível de regionalização municipal, micro ou macrorregional, com objetivo de construir uma base para estruturação e implementação dos serviços em redes (Secretaria De Estado Da Saúde De Minas Gerais, 2020). Assim, desde 2000, a elaboração do PDR/MG considerou a região de saúde “não só como um conjunto de municípios circunvizinhos num território, mas como espaço socioeconômico ambiental onde população e gestores de saúde interagem tendo em vista solucionar os problemas identificados” (p.16). Nas regiões de saúde acontece a construção de identidades, em busca da organização das redes de atenção, utilizando os critérios de distância, tempo, escala, escopo, fluxo e hierarquização, levando em consideração os três níveis de atenção e o agrupamento territorial.

No dia 17 de dezembro de 2019, a Subsecretaria de Gestão Regional da SES/MG, por meio da Superintendência de Desenvolvimento, Cooperação e Articulação Regional/Diretoria de Regionalização e Estudos Assistenciais, divulgou a todos os servidores da SES-MG o novo Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização (PDR-SUS/MG), via Memorando

SES/SUBGR-SDCAR-Nº 5/2019. O documento afirmava que o PDR/MG foi embasado na literatura técnica internacional; em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição espacial, tendo em vista economias de escala e escopo; e no potencial dos municípios frente às condições de saúde da população existente no estado. Afirma ainda que:

Os trabalhos de concepção, elaboração e implementação do PDR encontram-se vigentes em nosso Estado desde 1999. São 20 anos de trabalho desenvolvidos sob uma única coordenação técnica, o que tem sido relevante para a avaliação dos processos de trabalho, na medida em que estes mantêm continuidade, respaldo e reconhecimento nacionais. O Ajuste atual consiste na definição de 14 Macrorregiões, com 18 Polos Macros, 3 Polos Macros Complementares, 2 Polos Macros Complementares de Apoio e 89 Microrregiões, com 107 Polos Micros. Maiores informações sobre este Ajuste, podem ser obtidas por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 3013, de 23 de outubro de 2019. A vigência do PDR/2019 iniciará aos 2 de janeiro de 2019 e a adscrição dos municípios por micro e macrorregião será disponibilizada no site da SES/ MG no link (<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>), no início de janeiro/2019, assim que a DATASUS concluir a adequação dos códigos das macros e microrregiões. (MEMORANDO.SES/SUBGR-SDCAR.Nº 5/2019)

No presente estudo, faz-se importante o conhecimento do conceito de macrorregião de saúde adotado pela SES/MG:

Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde com população em torno de 700.000 habitantes que oferta a sua população serviços de saúde hospitalares de maior densidade tecnológica. Em síntese, a Macrorregião acumula os três níveis de atenção terciária, secundária e a básica. Por fim, cabe destacar, que as macros sem unidades habilitadas, seja nas redes temáticas ou nas especialidades do elenco da Atenção Terciária, caracterizam “vazios” ou “pontos” de baixa resolubilidade. (p.34)

Conforme Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (2020), em relação ao PDR-SUS/MG e as redes: “as macros são a base territorial de referência para planos e financiamento, seja para organização das redes ou para habilitações, sempre com objetivo de agregar demanda para cada nível de atenção, para o secundário ou para o terciário”.

A seguir, pode-se visualizar o mapa do estado de Minas Gerais, conforme ajuste de PDR/MG de 2019, com as 14 (quatorze) macrorregiões de saúde (Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul, Vale do Aço). Neste PDR, a macrorregião de saúde Leste foi dividida em duas: macrorregião Leste, em que Governador Valadares se confirma como pólo macro e macrorregião de saúde Vale do Aço, onde Ipatinga se confirma como pólo macro.

Figura 1: Mapa das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, segundo PDR-SUS/MG 2019



Fonte: DACI/SDCAR/SUBGR – Deliberação CIB-SUS/MG no 3.013/2019 “Ajuste do PDR 2019”.

Para este estudo, trabalharemos com as 13 (treze) macrorregiões de saúde vigentes, durante os anos de 2015-2016 (PDR/MG 2014), para fins de comparabilidade com os resultados

do banco de dados do PNASS 2015-2016, conforme mapa abaixo, que ainda não contava com a existência da macro Vale do Aço.

Figura 2: Mapa das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, segundo PDR/MG 2014



Fonte: DACI/SDCAR/SUBGR, 2020.

3.3.1 Resolubilidade

O Ministério da Saúde (1990) afirma que resolubilidade: “É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.” (p. 5)

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2020) traz que a aplicação da resolubilidade enquanto um dos indicadores de resultado regional oportuniza análise de cada região em particular, de acordo com sua localização e condições socioeconômicas, e no contexto como um todo, permitindo comparações de situação entre as diferentes regiões. O PDR/MG utiliza a resolubilidade como indicador para mensurar a capacidade de atendimento hospitalar da população em sua própria macro ou microrregião de saúde de residência, cuja fórmula é:

Resolubilidade = (Total de procedimentos realizados por residentes da macro ou micro na própria macro de residência no nível) / Total de procedimentos realizados por residentes da macro ou micro no nível X100

Este indicador possibilita avaliar a descentralização da assistência, sugerir quais especialidades precisam ser fortalecidas ao evidenciar a necessidade de ações prioritárias em regiões de saúde com assistência deficitária. Desta maneira, é um importante indicador para redução das desigualdades inter-regionais no estado de Minas Gerais.

Nas macrorregiões sanitárias mineiras é possível verificar a existência de vazios assistenciais nos serviços de saúde de nível terciário por meio do indicador de resolubilidade macrorregional (Malachias *Et Al.*, 2010).

A tabela abaixo traz a evolução da resolubilidade total dos serviços hospitalares 2012 a 2019, em Minas Gerais.

Tabela 1: Resolubilidade total dos serviços hospitalares em Minas Gerais, 2012 a 2019

Resolubilidade estadual das macrorregiões no estado ⁽¹⁾

Macrorregiões	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Centro	99,43	99,41	99,53	99,47	99,51	99,48	99,47	99,52
Centro Sul	64,13	61,74	60,07	61,08	62,62	64,96	67,35	69,33
Jequitinhonha	38,65	47,70	49,16	54,63	57,39	65,59	66,97	60,36
Leste	83,85	85,35	85,14	83,70	86,20	86,98	86,00	86,41
Leste do Sul	55,04	58,07	57,91	58,83	60,19	56,09	57,18	52,93
Nordeste	68,47	64,04	62,38	62,43	62,57	66,15	73,81	77,19
Noroeste	68,19	66,14	64,11	63,52	69,99	65,97	58,58	57,26
Norte	96,12	96,33	95,98	96,24	95,48	95,21	94,82	93,23
Oeste	54,71	51,39	51,13	50,57	47,93	58,56	65,25	66,24
Sudeste	96,39	97,07	97,05	96,78	97,16	97,08	96,67	97,15
Sul	95,90	96,20	96,45	97,07	97,26	97,34	97,32	97,01
Triângulo do Norte	96,78	97,32	96,04	94,91	95,95	96,74	96,36	96,58
Triângulo do Sul	97,71	97,46	97,64	98,01	98,13	97,40	98,28	98,32
Total MG ⁽²⁾	89,84	89,93	89,88	89,84	90,10	90,76	90,95	90,94

Fonte: SES/SUBGR/SDCAR/DREA

*Informações atualizadas em 17/02/2020 de acordo com o TabWin/SIH, e de acordo com a carteira de serviços hospitalares do SUS/MG de 2012

⁽¹⁾ Elencos AC/MCHE-1 + AC/MCHE-2, conforme PDR-SUS/MG e Carteira de Serviços Assistenciais Hospitalares 2012

⁽²⁾ Faz-se a relação com o atendimento dos residentes em MG (vide fórmula no Acordo de Resultados)

LEGENDA

	Macrorregiões com resolubilidade ideal: acima de 90%
	Macrorregiões com boa resolubilidade: entre 61% e 89,9%
	Macrorregiões com resolubilidade regular: entre 51% e 60%
	Macrorregiões com baixa resolubilidade: entre 40% e 50,9%
	Macrorregiões com resolubilidade crítica: abaixo de 39% e/ou situações atípicas

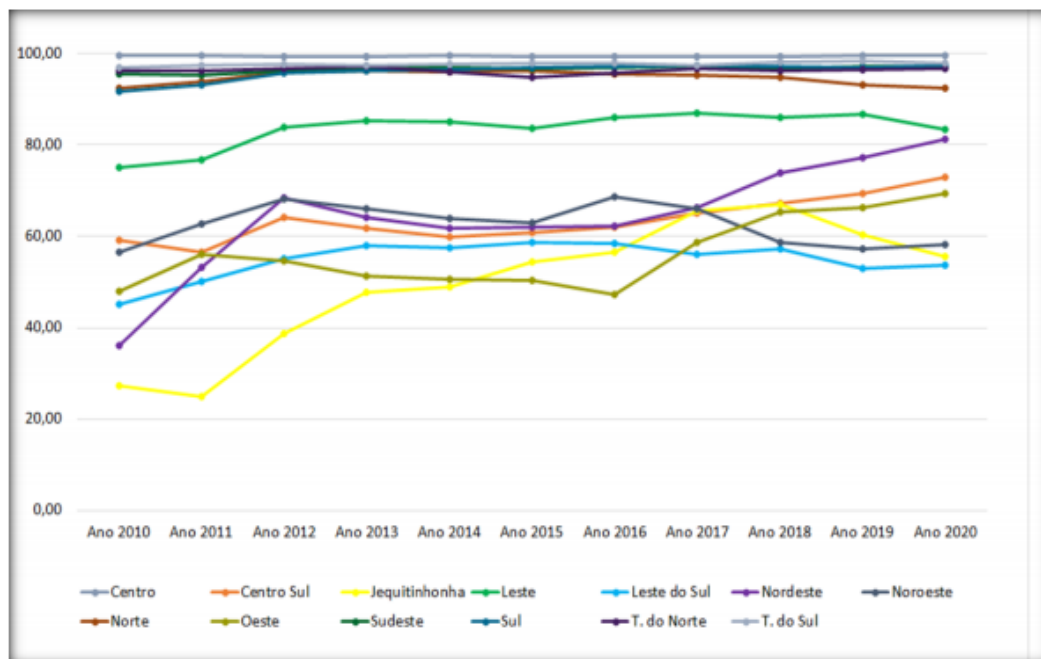
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em: [https://saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Evolu%C3%A7%C3%A3o da Resolubilidade total dos servi%C3%A7os 2012 a 2019.pdf](https://saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Evolu%C3%A7%C3%A3o_da_Resolubilidade_total_dos_servi%C3%A7os_2012_a_2019.pdf)

Importante ressaltar que no período do presente estudo, 2015-2016, as macrorregiões de saúde que tinham uma resolubilidade ideal, ou seja, acima de 90% eram: Centro, Norte, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. As macrorregiões Centro Sul, Leste, Nordeste e Noroeste tinham boa resolubilidade (entre 61% e 89,9%). As macrorregiões de Jequitinhonha e Leste do Sul tinham uma resolubilidade regular, isto é, entre 51% e 60% e a macrorregião Oeste tinha uma resolubilidade entre 40% e 50,9%, considerada crítica.

Já no gráfico de linhas abaixo, são apresentadas as taxas de resolubilidade de atenção terciária, por macrorregião do Estado de Minas Gerais, Elencos AC1 e AC2 de 2010 a 2020. Fica evidente que as macrorregiões Centro, Norte, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul mantiveram de 2010 até 2020 suas taxas de resolubilidade em nível satisfatório, com índices sempre acima de 80%. É possível afirmar também que, o ano de 2010 teve a maior quantidade de macrorregião com índices abaixo de 60%, foram elas Centro Sul, Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste e Oeste. Já em 2020 apenas Jequitinhonha, Leste do Sul e

Noroeste ainda se encontravam abaixo de 60%, sendo a macro Leste do Sul a única que se manteve nesse nível, durante todo esse período.

Gráfico 1: Taxas de resolubilidade de atenção terciária, por macrorregião de saúde do estado de Minas Gerais, de 2010 a 2020



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/02-abr-mai-jun/28-01-ANALISE-DA-EVOLUCAO-DO-INDICADOR-DE-RESOLUBILIDADE-DA-ASSISTENCIA-HOSPITALAR_TERCIARIA-E-SECUNDARIA.pdf

Em resumo, espera-se que a discussão da resolubilidade como indicador de resultado regional, possa contribuir com elementos para o entendimento dos resultados do PNASS 2015-2016 para os hospitais mineiros e macrorregiões de saúde em que estão inseridos.

3.4 Redes de Atenção à Saúde

A atual situação de saúde no Brasil é extremamente complexa, caracterizada por fatores que englobam: transição demográfica acelerada, tripla carga de doenças envolvendo doenças infecciosas, causas externas e predominância das condições crônicas. Segundo Mendes (2011):

Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países, isso não está dando certo aqui. (p.18)

Essa situação torna necessária a revisão do sistema de atenção à saúde vigente com o objetivo de expandir seu foco. Uma alternativa, bastante difundida na literatura, propõe a reorganização do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas redes devem ser estruturadas de maneira poliárquica, com responsabilidades sanitárias e econômicas bem definidas. Assim, elas teriam a atenção primária como centro de comunicação entre os pontos de atenção e permitiriam a prestação de serviços de saúde no tempo certo, no lugar certo, com a qualidade e os custos certos (Mendes, 2011).

A governança das redes consiste no arranjo organizativo interinstitucional que permite o controle e interação de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar cooperação entre os atores, e potencializar os resultados. Para isso, é necessário institucionalizar a gestão e o uso de instrumentos gerenciais para fortalecer a governança dessas redes.

Segundo Mendes (2011), a ideia de Redes de Atenção à Saúde é quase centenária, citada pela primeira vez no Relatório Dawson (1920), no Reino Unido.

A Organização Pan Americana da Saúde – OPAS (2011) aponta que as RAS são organizações que prestam serviços ou fazem arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população adscrita; está pronta para prestar contas por suas entregas, que são resultados clínicos e econômicos e pela saúde da população.

O Ministério da Saúde (2010), define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (p. 4).

Para Merhy (2015), o agir do trabalho vivo, essas conversações e encontros:

Ali no dia a dia, isso vai ocorrendo em acontecimentos, alguns dos quais podem ser intencionais, porém muitos outros não. Pode ser só um ir acontecendo de encontros que por si agenciam novos processos coletivos, não dados antes e nem buscados antes. Acontece que nesse acontecer vai se produzindo novas possibilidades de conhecimentos para a ação no campo da saúde e isso impacta, sem dúvida, o mundo tecnológico do cuidado. Pode ser que uma nova vista de um ponto de vista seja introduzido, deslocando os modos de olhar para o que antes já era um regime bem instituído de se ver, enxergar. Olhar e ver novos visíveis é em si novos acionamentos de formas de conhecimentos antes não dados. (p. 9)

O modelo de redes de atenção à saúde permite a construção de vínculos de solidariedade e cooperação e ainda oferece um cuidado integral, contínuo, responsável e humanizado ao usuário. Contudo, para que o modelo de redes de atenção à saúde seja efetivo e resolutivo, torna-se necessário que os vários atores do Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais de saúde, usuários, instâncias colegiadas, ouvidoria, controle social, gestores, prestadores de serviço, judiciário e agentes políticos, tenham consciência do seu papel e da importância de

trabalharem de forma articulada. Assim, todos os atores precisam superar a visão fragmentada e construir uma forma de gestão compartilhada, levando em consideração que cada ator é uma parte fundamental na construção deste novo cenário.

Não basta a existência de todos os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde em determinado território (população, estrutura operacional, modelo de atenção) – colocados por Mendes (2011) como quesitos essenciais para sua organização e funcionamento –, se o diálogo e os encontros entre os diversos atores envolvidos não são efetivos. As redes, de fato, são tecidas através dos encontros, produzindo e ressignificando práticas e políticas de saúde, por meio da articulação e integração de serviços e saberes.

Neste sentido, Silva (2011) explica que qualquer mudança nas RAS deve explorar as oportunidades e fortalezas presentes no contexto, se conformando às diferentes realidades regionais, para atender os critérios indispensáveis de factibilidade e viabilidade necessários ao processo.

Nesta lógica, o hospital, enquanto componente das RAS, tem uma função estratégica. Logo, avaliar seu desempenho nos territórios pode reorientar práticas e políticas de saúde regionais.

3.5 Avaliação de serviços de saúde

O campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX, tanto em produção científica quanto no que diz respeito à sua institucionalização (Hartz; Vieira-Da-Silva, 2005). A avaliação da saúde como área de conhecimentos e práticas no Brasil teve incorporação recente, em função da expansão político-econômica da atenção à saúde e sua importância (De Seta *Et Al.*, 2006).

Lima (2016) registrou que:

A avaliação em saúde tem sido aprimorada ao longo do tempo. Champagne et al. (2011) organizam a história da avaliação em quatro gerações e seis períodos: Geração I – período do Reformismo (1800 e 1900) e eficiência e testagem (1900-1930) que tinham como principal característica a medida; Geração II – Idade da inocência (1930-1960), cuja característica principal era a descrição; Geração III – expansão (1960-1973) e profissionalização e institucionalização (1973-1990), tendo o julgamento como central; e a Geração IV, de dúvidas (1990 até a atualidade), que foca na negociação e participação de diferentes atores nos processos avaliativos (p.28)

A Avaliação é um dos componentes da gestão do SUS e tem como objetivo subsidiar processos decisórios no campo da saúde (Brasil, 2005), neste sentido Contandrioupoulos *et al.* (1997) apontam que a avaliação consiste em realizar um julgamento de valor sobre determinada ação, intervenção ou quaisquer componentes deste.

Para Vieira-da-Silva (2014, p.16) a avaliação em saúde pode ser considerada como:

[...] um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (política, programa ou prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou do seu produto, para o seu aperfeiçoamento ou modificação.

Champagne et al. (2011) trazem que:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (p. 44)

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005):

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente, devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades. (p. 18)

Todos os conceitos acima salientam a importância da avaliação em saúde para a tomada de decisão. Neste particular, vamos abordar a avaliação dos serviços de saúde e o enfoque de avaliação da qualidade, trazidos por Donabedian (1980). O autor estabelece que a qualidade não é um atributo abstrato e deve ser avaliada por meio dos sete pilares:

- 1 - Eficácia: é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico em condições ideais (situação controlada);
- 2 - Efetividade: é o grau em que uma intervenção, procedimento, serviço ou tecnologia produz um efeito benéfico em condições reais (situação cotidiana); relação entre o impacto real e o potencial;

- 3 - Eficiência: é a habilidade de diminuir os custos da atenção sem diminuir as possíveis melhorias na saúde; relação entre impacto real e o custo das ações;
- 4 - Otimização: é a mais favorável relação entre os custos e os benefícios; máximo cuidado efetivo obtido pelo programa;
- 5 - Aceitabilidade: é a conformidade da atenção prestada de acordo com normas culturais, sociais e expectativas dos usuários ou seus responsáveis;
- 6 - Legitimidade: é a conformidade com os princípios éticos, valores, normas e leis definidos pela sociedade; grau de aceitabilidade dos serviços ofertados pela sociedade;
- 7 - Equidade: é a conformidade com os princípios de justiça social, distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população; tratar desigualmente os desiguais.

Para os serviços de saúde, o modelo de avaliação de qualidade proposto por Donabedian (1980) é baseado em três enfoques: estrutura, processo e resultado. É um modelo amplamente utilizado, por ser compatível com a lógica de funcionamento dos serviços.

Donabedian (1980) explicou a estrutura como aquelas características mais estáveis dos serviços. Nela (na estrutura), são incluídas informações sobre recursos humanos, financeiros e organização dos serviços, além da estrutura física.

No contexto dos serviços de saúde, o mesmo autor estabelece processo como um grupo de atividades realizadas entre profissionais de saúde e os pacientes, o que poderíamos traduzir como a conduta dos profissionais de saúde na assistência aos pacientes.

Resultado, segundo Donabedian (1980), é a modificação no estado de saúde atribuída aos cuidados recebidos, pode ser entendido como o efeito e as consequências das intervenções.

Segundo Dudley et al. (2004, apud La Forgia E Couttolenc, 2009) pesquisas recentes mostram que a liberação de informações sobre qualidade para o público pode representar para os hospitais um incentivo associado à reputação. Neste sentido, o presente estudo sobre a avaliação do desempenho hospitalar das instituições de Minas Gerais pode produzir reflexão, discussão e qualificação dos serviços.

3.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS

Em 1998 o MS lançou o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH). Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), o PNASH tinha o objetivo de avaliar os hospitais de acordo com um conjunto de padrões estruturais, para estruturas físicas, equipamentos e recursos humanos, os quais poderiam receber uma avaliação ruim, abaixo da

média, regular, boa ou excelente, de acordo com um instrumento aplicado por inspetores do MS. O hospital precisava alcançar uma nota mínima de 61 pontos, de um total de 100, para que fosse considerado o cumprimento dos regulamentos, apontando que o serviço possuía infraestrutura, pessoal e equipamentos adequados para tratar pacientes. Todavia, apenas as instituições psiquiátricas foram avaliadas pelo PNASH, sendo que, das 252 instituições avaliadas, 29 foram fechadas com avaliações extremamente baixas. Em 2003 o MS descontinuou o programa, que foi redesenhado em 2004. Desta forma, em 2005, o MS lançou o PNASS.

No ano de 2005, o PNASS avaliou 6030 unidades ambulatoriais e hospitalares financiadas pelo SUS que ofertavam serviços especializados. O instrumento de avaliação era baseado em padrões extraídos da regulação sanitária brasileira, utilizava uma escala de Likert de cinco pontos e a nota ponderada 61 (de um total de 100) era a mínima aceitável. Conforme La Forgia e Couttolenc (2009), a avaliação era composta por duas partes: a primeira era uma autoavaliação, realizada pela própria instituição, e a segunda uma avaliação externa, feita por meio de inspeção de autoridades sanitárias do governo local.

Em 2015, o PNASS foi reformulado por meio da Portaria Ministerial nº 28, publicada em 28 de janeiro. Seu artigo 2º tem como objetivo geral:

[...]avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (Brasil, 2015a⁴).

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), a intenção do MS era que o PNASS fosse realizado duas vezes ao ano, para que fosse estabelecida uma cultura de avaliação em nível municipal e estadual – uma vez que eles são os responsáveis pelo licenciamento sanitário e monitoramento da prestação de serviços. No entanto, o PNASS foi aplicado em 2004-2006 e depois em 2015-2016.

A partir da reformulação do PNASS, o MS elencou nove objetivos específicos, a saber:

1. Consolidar o processo de avaliações sistemáticas dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares.
2. Conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados.
3. Aferir a satisfação dos usuários do SUS nos estabelecimentos avaliados.

⁴ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html Acesso em: 21 out. 2019.

4. Incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados.
5. Conhecer a inserção dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde.
6. Incentivar, pedagogicamente, a cultura avaliativa no processo de trabalho dos gestores de saúde.
7. Incentivar a cultura avaliativa em estabelecimentos de saúde do SUS.
8. Consolidar o Pnass como um instrumento de gestão do SUS.
9. Transformar o Pnass em uma ferramenta estratégica de regulação do SUS. (Brasil, 2015a, p. 6)

A coleta de dados foi feita por meio de um aplicativo do Sistema de Informação do PNASS (Sinasc), conforme a versão de 2004.

O PNASS foi estruturado a partir de um conjunto de três instrumentos avaliativos distintos: 1 – roteiro de itens de verificação, 2- questionário dirigido aos usuários e 3- conjunto de indicadores.

O primeiro instrumento avaliativo, roteiro de itens de verificação, foi desenvolvido com critérios aplicáveis em diversas combinações e de acordo com as diferentes realidades dos serviços. Por isso, possibilita ao PNASS avaliar estabelecimentos de complexidades variadas, de forma abrangente, sem a necessidade de um instrumento específico.

O instrumento foi organizado em cinco blocos:

Bloco I - Gestão Organizacional;

Bloco II - Apoio Técnico e Logístico para produção de cuidado;

Bloco III - Gestão Atenção à Saúde e do Cuidado;

Bloco IV - Serviços Unidades/Específicas, e

Bloco V – Assistência Oncológica.

Os blocos foram subdivididos em 30 critérios, com 180 itens de verificação, os quais têm a finalidade de sinalizar o risco ou a qualidade dos serviços de saúde para o conjunto de critérios. No instrumento, cada critério corresponde a um conjunto de variáveis qualitativas, mutuamente exclusivas ou independentes entre si. Cada critério é composto por seis itens com respostas binárias (SIM ou NÃO), classificados: dois como imprescindíveis (I), dois como necessários (N) e dois como recomendáveis (R), exceto para o critério 16, onde cada item possui peso igual. Cada item de verificação é referenciado a uma forma de análise por parte do avaliador, a saber: O = observação de equipamento, área física, etc; D = documento apresentado pelo estabelecimento; P = prontuário apresentado pelo estabelecimento; R = resposta dada pelo responsável pelo estabelecimento a determinada pergunta.

A aplicação dos critérios foi atrelada ao tipo do estabelecimento avaliado, havendo a possibilidade de um ou mais critérios não serem aplicáveis a determinado estabelecimento, de acordo com a prestação de serviços ofertada.

Conforme descrito no instrutivo do PNASS, o Roteiro de Itens de Verificação, que avalia os diversos elementos da gestão hospitalar, foi dirigido ao gestor dos estabelecimentos de saúde. Para definição dos estabelecimentos foi utilizada a modalidade amostral, por conveniência do MS, sendo critérios básicos os estabelecimentos nos quais o MS efetuou aporte de recursos financeiros, decorrentes de políticas prioritárias. Desse modo, foram incluídos os estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e habilitados na Rede Cegonha, na Rede de Urgências e Emergências, na Terapia Renal Substitutiva, os Centros Especializados de Reabilitação, os Centros de Oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (Federal, Estadual e Municipal). Foram excluídos os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), aqueles com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares), uma vez que esses foram avaliados pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do MS (DAHU/SAS/MS) por meio de outro instrumento avaliativo. Todavia, foram incluídos HPP que possuíam algum tipo de habilitação, de acordo com os critérios citados anteriormente.

O segundo instrumento avaliativo do PNASS, o Questionário de Satisfação dos Usuários, é basicamente uma pesquisa de satisfação dos usuários sobre a assistência recebida, com os seguintes itens de verificação: 1) Agilidade no agendamento do atendimento; 2) Agilidade no atendimento; 3) Acolhimento; 4) Confiança; 5) Ambiência: conforto, limpeza, sinalização, ruído; 6) Roupas; 7) Alimentação; 8) Marcas da humanização; 9) Expectativa sobre o serviço. O instrumento utilizou entrevistas individuais com questões fechadas, de maneira centralizada, via contato telefônico pela equipe do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES/MS). A quantidade de usuários que foi ouvida na pesquisa foi definida por amostragem, com índice de confiança igual a 95% e margem de erro igual a 5%.

O terceiro instrumento avaliativo, denominado Conjunto de Indicadores, tem por objetivo avaliar resultados da atenção ambulatorial e hospitalar a partir dos registros do Sistema de Informação Ambulatorial -SIA e Sistema de Informação Hospitalar – SIH, alimentados pelo próprio estabelecimento. Para este instrumento, o MS (2015) afirmou que foi preciso elaborar vários testes de avaliação de numeradores e denominadores utilizados, verificação da pertinência destes indicadores e resultados, além da necessidade de uso de métodos estatísticos com objetivo de tornar tais indicadores mais comparáveis (Padronização indireta por faixa

etária, sexo e uso de UTI; Bayes empírico). Todavia, o Ministério da Saúde não disponibilizou o segundo nem terceiro instrumento de avaliação do PNASS 2015-2016, o que pode ser considerado uma limitação do presente estudo.

Ressalta-se que, em Minas Gerais, a aplicação do Roteiro de Itens de Verificação nos estabelecimentos previamente selecionados foi coordenada pela UFMG. E o acesso a estes dados foi feito via disponibilização das informações pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON, que é um órgão complementar da Faculdade de Medicina da UFMG, instituição de pesquisa convidada a fazer o levantamento e avaliação do PNASS.

Para garantir a qualidade do trabalho de coleta de dados, foi realizado um processo seletivo por meio de edital de convocação de avaliadores, análise de *curriculum vitae* e prova escrita classificatória, após capacitação. Os requisitos para a inscrição foram a formação de nível superior na área da saúde, a experiência na área hospitalar e/ou em pesquisa. Para o trabalho de campo, foram definidos 12 avaliadores e os demais compuseram o cadastro reserva, caso ocorresse alguma intercorrência durante o trabalho de campo. O avaliador foi responsável pela aplicação do Roteiro de Conformidade nos estabelecimentos de saúde, pelo contato com os responsáveis designados para o acompanhamento da avaliação e com a coordenação do NESCON, por enviar os roteiros realizados para o Sistema PNASS e os diários de bordo relativos às avaliações realizadas para a coordenação.

O processo de capacitação dos avaliadores compôs os passos do processo seletivo para classificar os candidatos, pois possibilitou verificar o conhecimento dos candidatos sobre a área hospitalar, a desenvoltura para aplicação do instrumento, o conhecimento da língua portuguesa e a postura ética.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desempenho dos hospitais de Minas Gerais que participaram do PNASS 2015-2016.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar um estudo descritivo das instituições hospitalares de Minas Gerais, por meio da avaliação dos resultados do PNASS 2015-2016;
- Construir um ranking de qualidade para as instituições hospitalares mineiras avaliadas por macrorregião, a partir dos critérios e banco de dados PNASS 2015-2016;
- Avaliar, dentre os Blocos que compõem o Roteiro de Itens de Verificação, qual mais contribui para um melhor desempenho dos hospitais;
- Comparar o desempenho geral alcançado por Minas Gerais no PNASS 2015-2016 com o desempenho alcançado pelos outros estados brasileiros.

5. MÉTODOS

5.1 Delineamento do estudo, dados e universo

Este é um estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, envolvendo o uso de dados secundários, de acesso público, do PNASS.

O banco de dados do PNASS 2015-2016 utilizado foi o do primeiro instrumento avaliativo - Roteiro de Itens de Verificação, conforme quadro abaixo:

Quadro 2: Roteiro de itens de verificação

1 - ROTEIRO DE ITENS DE VERIFICAÇÃO	
BLOCOS	CRITÉRIOS
I GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Gestão de contratos
	2. Planejamento e organização
	3. Gestão da informação
	4. Gestão de pessoas
	5. Modelo organizacional
II APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO PARA A PRODUÇÃO DE CUIDADO	6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente
	7. Gestão da infraestrutura e ambiência
	8. Gestão de equipamentos e materiais
	9. Alimentação e nutrição (Serviço/Unidade)
	10. Assistência farmacêutica
	11. Processamento de roupas e materiais
	12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento
III GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO CUIDADO	13. Integração nas Redes Atenção à Saúde (RAS)
	14. Protocolos administrativos e clínicos
	15. Gestão do cuidado
	16. Acesso à estrutura assistencial
IV SERVIÇOS/ UNIDADES ESPECÍFICAS	17. Atenção imediata - urgência e emergência
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado
	19. Atenção em regime de internação
	20. Atenção em regime de terapia intensiva
	21. Atenção cirúrgica e anestésica
	22. Atenção materna e infantil
	23. Atenção em Terapia Renal Substitutiva
	24. Atenção em Hemoterapia
	25. Atenção em serviços de reabilitação
	26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades
V ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA	27. Atenção Radioterápica
	28. Atenção em Oncologia Clínica
	29. Atenção Hematológica
	30. Atenção Oncológica Pediátrica

Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf Acesso em: 21 nov. 2019

O universo pesquisado correspondeu a todas as instituições hospitalares de Minas Gerais que participaram do programa que, em Minas Gerais, corresponderam a 208 hospitais. O banco de dados foi estruturado a partir do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016, Roteiro de Itens de Verificação, um questionário de avaliação de processos com 180 itens, agrupados em cinco blocos ou dimensões. Cabe ressaltar que deste total de 208 hospitais mineiros que participaram do PNASS 2015-2016, quatro (04) foram retirados da análise porque responderam “Não se Aplica” (NA) para todos os itens, a saber:

- 1) Hospital São João de Deus, pertencente ao município de Santa Luzia e à macrorregião Centro;
- 2) Hospital Maria José Baeta Reis ASCOMCER, pertencente ao município de Juiz de Fora e à macrorregião Sudeste;
- 3) Hospital São José e Maternidade Senhora das Graças, pertencente ao município de Nova Era e à macrorregião Centro;
- 4) Lagoa Santa Hospital Lindouro Avelar, pertencente ao município de Lagoa Santa e à macrorregião Centro.

5.2 Descrição das variáveis

Foram utilizadas as variáveis presentes no primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016 para a realização deste estudo, relativas ao desempenho dos hospitais em relação aos vários elementos da gestão. A seguir, estão sistematizados todos os critérios utilizados para a avaliação dos blocos.

Bloco I – Gestão Organizacional - composto por cinco (05) critérios: 1. Gestão de contratos; 2. Planejamento e Organização; 3. Gestão da Informação; 4. Gestão de pessoas
5. Modelo organizacional.

Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a Produção de Cuidado - composto por sete (07) critérios: 6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente; 7. Gestão da Infraestrutura e ambiência; 8. Gestão de equipamentos e materiais; 9. Alimentação e Nutrição (Serviço/Unidade); 10. Assistência farmacêutica; 11. Processamento de roupas e matérias; 12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento.

Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado - composto por quatro (04) critérios: 13. Integração nas Redes de Atenção à Saúde (RAS); 14. Protocolos administrativos e clínicos; 15. Gestão do Cuidado; 16. Acesso à estrutura assistencial.

Bloco IV – Serviços/unidades específicas – composto por nove (09) critérios: 17. Atenção imediata – urgência e emergência; 18. Atenção em regime ambulatorial especializado; 19. Atenção em regime de internação; 20. Atenção em regime de terapia intensiva; 21. Atenção cirúrgica e anestésica; 22. Atenção materna e infantil; 23. Atenção em terapia renal substitutiva; 24. Atenção em hemoterapia; 25. Atenção em serviços de reabilitação.

Bloco V – Assistência Oncológica – composto por cinco (05) critérios: 26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades; 27. Atenção radioterápica; 28. Atenção em Oncologia Clínica; 29. Atenção hematológica; 30. Atenção oncológica pediátrica.

No Roteiro de Itens de Verificação Detalhado (apêndice 1), detalhamos todas as perguntas que compõem cada um dos 30 critérios acima descritos.

Além dos critérios de desempenho e blocos organizacionais, também foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Tipo de Gestão (municipal, estadual ou dupla) - identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio, e é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamentos dos serviços prestados ao SUS, podendo ser:
 - (i) Gestão Municipal; os gestores são as secretarias municipais de saúde, (ii) Gestão Estadual; os gestores são as secretarias estaduais de saúde; e (iii) Gestão Dupla aponta que o prestador, conforme registro no CNES está sob regulação municipal e estadual (tem contrato com gestor estadual e municipal), neste caso de gestão, um mesmo estabelecimento realiza ações de Atenção Básica -AB e de Média e Alta Complexidade - MAC);
- Esfera Administrativa - corresponde à esfera a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Ela pode ser pública (federal, estadual e municipal) ou privada (estabelecimentos privados ou organizações não governamentais e estabelecimentos correlatos);
- Porte Hospitalar – pequeno porte (até 49 leitos), médio porte (50 até 150 leitos), grande porte (151 a 500 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos).

5.3 Análise estatística

Toda a análise estatística (tabulações, frequências e cruzamentos) envolvendo os dados do banco de dados foi executada por meio do software R (versão 3.6.2), em conjunto com o Microsoft Excel - versão 2010 para organização das tabelas e elaboração dos gráficos.

Primeiramente, fez-se a análise descritiva de todas as variáveis do banco de dados (frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas e medidas de dispersão e tendência central para as variáveis numéricas).

Depois construiu-se os indicadores, atribuindo pesos conforme Instrutivo do PNASS (itens classificados como “Imprescindíveis” atribuiu-se peso 3; itens classificados como “Necessários” atribuiu-se peso 2; e itens classificados como “Recomendáveis” atribuiu-se peso 1) e realizou-se uma média ponderada.

Em seguida, realizou-se a análise da distribuição dos indicadores via teste de Shapiro-Wilk (Shapiro; Wilk, 1965), para verificar a suposição de normalidade para cada indicador e definir se usaríamos teste paramétrico (se a variável tem distribuição normal) ou não paramétrico (se a variável não tem distribuição normal). Constatou-se que nenhum dos indicadores possuía distribuição normal (valores- $p < 0,001$).

Para a comparação dos indicadores por variáveis (variável numérica X variável categórica), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Hollander; Wolfe, 1999), que tem o objetivo de verificar se haviam diferenças dos indicadores construídos entre os hospitais de porte hospitalar diferente (pequeno, médio, grande e especial).

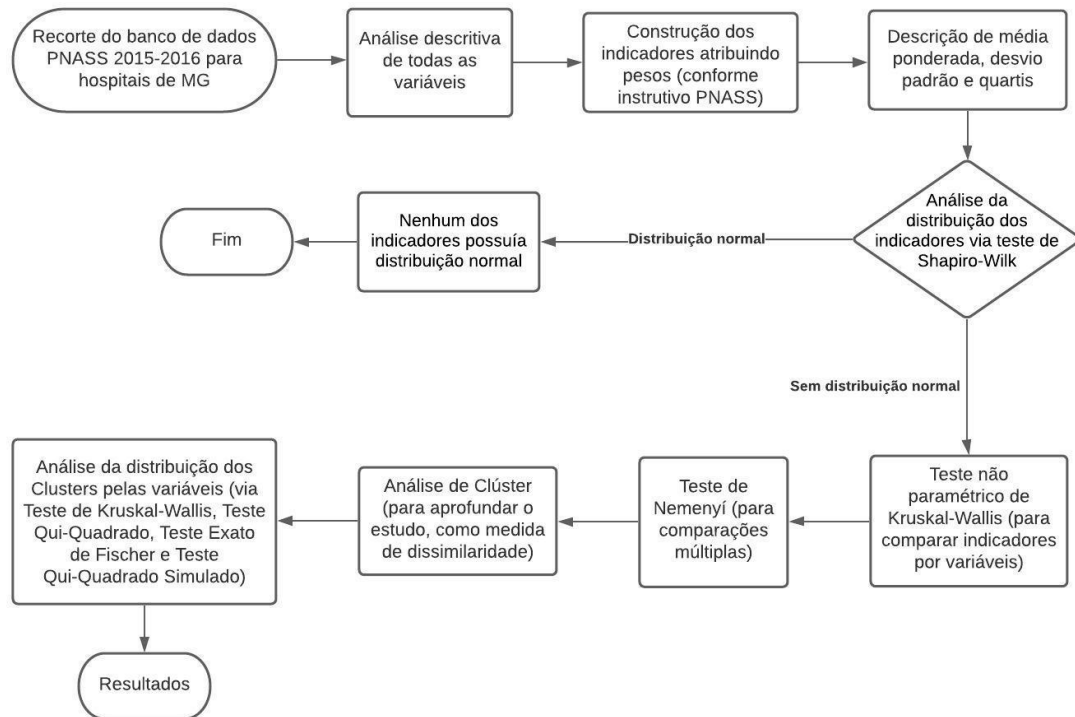
As comparações múltiplas foram realizadas mediante teste de Nemenyí (Hollander; Wolfe, 1999), isto é, dado que houve diferenças significativas entre os hospitais de porte hospitalar diferente (via teste de Kruskal-Wallis), o teste de Nemenyí identifica onde ocorreram essas diferenças executando uma comparação dois a dois. O nível de significância estatística utilizado nestas análises foi de 5% ($p < 0,05$).

Para aprofundar o estudo realizou-se, posteriormente, a Análise Hierárquica de Agrupamento ou Análise de *Cluster* (Agresti; Kateri, 2013), via o Método de Ward a partir da distância Euclidiana (Hair et al., 2009) como medida de dissimilaridade, seguindo os indicadores.

Por fim, analisou-se a distribuição dos *Clusters* pelas variáveis (comparação dos *clusters* por variáveis e indicadores), por meio do Teste de Kruskal-Wallis (Hollander; Wolfe, 1999), Teste Qui-Quadrado (Agresti; Kateri, 2013), Teste Exato de Fisher (AGRESTI; KATERI, 2013) e Teste Qui-Quadrado Simulado (Agresti; Kateri, 2013).

A Figura abaixo, apresenta a síntese da metodologia utilizada por meio de um diagrama.

Figura 3: Diagrama da metodologia



Fonte: Elaboração própria.

5.4 Considerações éticas

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP-UFMG), sob parecer nº 1.110.192, de 17 de junho de 2015, aprovou a pesquisa relativa ao PNAS 2015-2016.

Com relação aos benefícios, a proposta é que as informações utilizadas e produzidas nesta dissertação possam subsidiar o aperfeiçoamento da gestão das instituições hospitalares de Minas Gerais e da Política Estadual de Atenção Hospitalar de Minas Gerais, por meio de discussão dos resultados com os (as) Secretários (as) de Saúde dos municípios mineiros, em parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (Cosems/MG), a Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde e a Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.

6. RESULTADOS (Na forma de artigo)

Um olhar sobre os Hospitais Mineiros sob a perspectiva do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS 2015-2016

*Giselle Bianca Tófoli
Alaneir de Fátima dos Santos
Alzira de Oliveira Jorge*

Resumo: O estudo tem como objetivo descrever os hospitais de Minas Gerais que participaram do PNASS 2015-2016 e avaliar o desempenho dos mesmos. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, de natureza quantitativa, envolvendo o uso de dados secundários, de acesso público, que buscou verificar o desempenho dos hospitais mineiros que participaram do programa a partir dos dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016 – Roteiro de Itens de Verificação. O questionário de avaliação de processos respondido pelos hospitais possuía 180 itens e 30 critérios, agrupados em cinco blocos. **Resultados:** Participaram 208 hospitais mineiros. O score médio por bloco foi: 1) Gestão Organizacional (66); 2) Apoio Técnico e Logístico para produção do cuidado (77); 3) Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (68) e 4) Serviços/Unidades Específicas (76) e 5) Assistência Oncológica (84). Com relação à esfera administrativa, o melhor desempenho médio foi obtido pela esfera Federal, seguido da Estadual e municipal. Os hospitais que alcançaram um melhor desempenho do indicador geral estão localizados nas macrorregiões de saúde Triângulo do Norte (83,46), Jequitinhonha (82,83), Sudeste (76,84) e Centro (75,59). **Conclusão:** Os hospitais de porte especial e de grande porte obtiveram melhor desempenho. Em relação à esfera administrativa, do total de hospitais avaliados em Minas Gerais, 78,37% são privados/conveniados e apenas 21,63% públicos (federal, estadual e municipal), no entanto o melhor desempenho médio foi obtido pela esfera pública Federal, seguido da Estadual. Hospitais sob gestão municipal também alcançaram os melhores resultados, bem como hospitais da macrorregião Centro, Jequitinhonha, Sudeste e Triângulo do Norte.

Palavras-chave: avaliação em saúde; qualidade da assistência à saúde; administração de serviços de saúde; planejamento hospitalar.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 ao ampliar direitos civis dos cidadãos brasileiros e institucionalizar o SUS, despertou o crescente interesse pelo campo da avaliação, ao dar importância econômica e política aos serviços e programas de saúde. Neste contexto, Campos e Furtado (2011) afirmam que as ações do SUS tornaram-se foco de questionamentos alusivos à sua eficiência, eficácia e efetividade, gerando demandas por avaliações.

Na área da saúde, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de uma avaliação permanente das intervenções realizadas, a cada dia temos a incorporação de novas tecnologia as direcionadas ao cuidado e, como nos alerta Hartz (2005), o crescimento exponencial de novas tecnologias que nem sempre tem eficácia comprovada, gera por vezes, efeitos indesejáveis e alto custo aos serviços de saúde. Deste modo, a avaliação dos serviços de saúde no SUS, é utilizada como instrumento de apoio à gestão, contribuindo na identificação de problemas, com vistas a reorientar o planejamento e aferir o impacto de políticas, programas e serviços de saúde.

Segundo o MS (2004), o cenário atual da situação de saúde é complexo, marcado pela permanência de doenças características do subdesenvolvimento, transição demográfica, tripla carga de doenças com crescimento de doenças crônicas degenerativas e problemas relacionados à violência, o que gera demandas diversificadas aos serviços de saúde, dentre elas: serviços de alta tecnologia, medicamentos de alto custo e judicialização.

La Forgia e Couttolenc (2009) ressaltam que no Brasil, os hospitais são o centro do sistema de saúde e que sozinhos, assumem dois terços dos gastos do setor e grande parte dos serviços produzidos e ademais, que o SUS é a principal fonte de financiamento. Neste cenário, o estudo sobre o tipo de gestão, porte, esfera administrativa, qualidade e papel das instituições hospitalares no sistema de saúde torna-se relevante. Embora as diretrizes legais do SUS determinem a atenção primária como porta de entrada no sistema de saúde, importantes autores (La Forgia E Couttolenc, 2009; Mendes, 2011) atentam sobre nossa cultura hospitalocêntrica.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria 3390, de 30 de dezembro 2013, buscou reorganizar e qualificar a atenção hospitalar, estabelecendo diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede

de Atenção à Saúde (RAS) e se aplica a todos os hospitais que atuarem na prestação de ações e serviços de saúde para o SUS.

Em 1998 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), cujo objetivo era avaliar, classificar e comparar hospitais, por meio de um conjunto de padrões, sobretudo estruturais. Todavia o PNASH foi implementado somente em instituições psiquiátricas, resultando no fechamento de 29 instituições. O programa foi descontinuado em 2003 e redesenhado em 2004 pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), que aumentou o escopo do PNASH, permitindo a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada e originando o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). No ano de 2015, foi publicada a Portaria GM/MS Nº 28, que reformulou o PNASS.

O PNASS tem como objetivo avaliar todos os estabelecimentos de atenção especializada, ambulatoriais e hospitalares contemplados com recursos financeiros do MS, quanto às dimensões estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido. O programa possui um conjunto de três instrumentos avaliativos diferentes: 1) roteiro de itens de verificação; 2) questionário dirigido aos usuários e 3) conjunto de indicadores. É uma importante ferramenta de avaliação e vai ao encontro do conceito de Donabedian (1980), fundamentado na avaliação dos três componentes da qualidade: estrutura, processos (primeiro instrumento avaliativo), resultados (segundo e terceiro instrumentos avaliativos).

É de suma importância avaliar aspectos da assistência, qualidade e gestão dos hospitais, buscando garantir resolutividade, continuidade do cuidado, equidade e transparência. Nesta direção, este estudo tem como objetivo descrever os hospitais mineiros que participaram do PNASS 2015-2016 e avaliar o desempenho destes hospitais por macrorregião de saúde, mediante a análise de questionário sobre a existência de estrutura e processo considerados importantes para garantir melhor resultado.

Metodologia

Estudo descritivo transversal quantitativo que utilizou o banco de dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016 - Roteiro de Itens de Verificação. Esse instrumento foi desenvolvido com critérios aplicáveis às diferentes realidades dos serviços de saúde, previamente testado, permitindo avaliar estabelecimentos de complexidades variadas, sem a necessidade de um instrumento específico.

O Roteiro de Itens de Verificação foi organizado em cinco blocos: Bloco I - Gestão Organizacional; Bloco II - Apoio Técnico e Logístico para produção de cuidado; Bloco III - Gestão Atenção à Saúde e do Cuidado e Bloco IV - Serviços Unidades/Específicas, subdivididos em 30 critérios com 180 itens de verificação que têm a finalidade de sinalizar o risco ou a qualidade dos serviços de saúde. No instrumento, cada critério corresponde a um conjunto de variáveis qualitativas e independentes entre si. Cada critério é composto por seis (06) itens que correspondem a perguntas com respostas sempre binárias (SIM ou NÃO) e classificados em Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R).

Para definição dos estabelecimentos a serem avaliados foi utilizado a modalidade amostral por conveniência, tendo como critério básico os estabelecimentos nos quais o MS efetuou significativo aporte de recursos financeiros, resultante de políticas prioritárias. Assim, foram incluídos os estabelecimentos: que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização; habilitados/qualificados na Rede Cegonha e na Rede de Urgências e Emergências; habilitados em Terapia Renal Substitutiva; habilitados como Centro Especializados de Reabilitação; habilitados em Oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (Federal, Estadual e Municipal). Foram excluídos os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) - com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares) – exceto aqueles que possuíam algum tipo de habilitação de acordo com critérios anteriormente citados. Os HPP foram avaliados por outro instrumento de avaliação pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS).

Além dos critérios de desempenho e blocos organizacionais, também foram utilizadas as variáveis tipo de gestão, esfera administrativa e porte hospitalar para descrever o desempenho hospitalar, com as seguintes definições:

- Tipo de Gestão (municipal, estadual ou dupla) - identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio, e é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamentos dos serviços prestados ao SUS, podendo ser: (i) Gestão Municipal (os gestores são as secretarias municipais de saúde), (ii) Gestão Estadual (os gestores são as secretarias estaduais de saúde); e (iii) Gestão Dupla (aponta que o prestador, conforme registro no CNES tem contrato com gestor estadual e municipal);
- Esfera Administrativa - corresponde à esfera a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Ela pode ser pública (federal, estadual e municipal) ou privada;
- Porte Hospitalar – pequeno (até 49 leitos), médio (50 até 150 leitos), grande (151 a 500 leitos) e especial (acima de 500 leitos).

Na análise foi avaliada a qualidade da base de dados e cabe ressaltar que, em alguns critérios, ocorreu elevada proporção de Não se Aplica (NA), pois os estabelecimentos responderam apenas aos critérios aplicáveis à sua característica de prestação de serviços. O estudo verificou os dados do questionário composto por 180 itens, respondido pelos 208 hospitais mineiros que participaram do PNASS. De acordo com o quadro de referência clássico de avaliação da qualidade de Donabedian (1980), o questionário tem relação direta com dois componentes da qualidade: estrutura e processo.

Primeiramente, fez-se a análise descritiva de todas as variáveis do banco de dados; depois construiu-se os indicadores, atribuindo pesos conforme Instrutivo do PNASS (itens classificados como “Imprescindíveis” atribuiu-se peso 3; itens classificados como “Necessários” atribuiu-se peso 2; e itens classificados como “Recomendáveis” atribuiu-se peso 1) e realizou-se uma média ponderada; em seguida, realizou-se a análise da distribuição dos indicadores via teste de Shapiro-Wilk para verificar a suposição de normalidade para cada indicador. Constatou-se que nenhum dos indicadores possuía distribuição normal (valores-p < 0,001).

Para a comparação dos indicadores por variáveis (variável numérica X variável categórica), utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, que tem o objetivo de verificar se haviam diferenças dos indicadores construídos entre os hospitais de porte hospitalar diferente (pequeno, médio, grande e especial).

As comparações múltiplas foram realizadas mediante teste de Nemenyí, isto é, dado que houve diferenças significativas entre os hospitais de porte hospitalar diferente

(via teste de Kruskal-Wallis). O nível de significância estatística utilizado nestas análises foi de 5% ($p < 0,05$).

Para aprofundar o estudo realizou-se posteriormente a Análise de *Cluster* via o Método de Ward a partir da distância Euclidiana como medida de dissimilaridade, seguindo os indicadores.

Por fim, analisou-se a distribuição dos *Clusters* pelas variáveis (comparação dos *clusters* por variáveis e indicadores), por meio do Teste de Kruskal-Wallis, Teste Qui-Quadrado, Teste Exato de Fisher e Teste Qui-Quadrado Simulado.

Toda a análise estatística (tabulações, frequências e cruzamentos) foi executada por meio do software R (versão 3.6.2) e Microsoft excel versão 2010 para organização das tabelas e elaboração dos gráficos.

Resultados

O estudo incluiu 208 hospitais mineiros que participaram do PNASS 2015-2016 e a descrição da frequência relativa de distribuição das unidades hospitalares por macrorregião de saúde está apresentada na tabela 2, abaixo e no mapa por macrorregião (apêndice 2).

Na tabela 2 são apresentadas as análises descritivas das variáveis gestão, macrorregião, esfera administrativa e porte hospitalar para os hospitais de MG incluídos e separados nas macrorregiões do estado.

Tabela 2: Descritivo das variáveis analisadas para os hospitais mineiros participantes do PNASS, 2015-2016

Variáveis		Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Gestão	Estadual	25	12,02%
	Estadual/Municipal	60	28,85%
	Municipal	123	59,13%
Macrorregião	Centro	53	25,48%
	Centro Sul	15	7,21%
	Jequitinhonha	7	3,37%
	Leste	9	4,33%
	Leste do Sul	10	4,81%
	Nordeste	11	5,29%
	Noroeste	5	2,40%
	Norte	18	8,65%
	Oeste	15	7,21%
	Sudeste	23	11,06%
	Sul	31	14,90%
	Triângulo do Norte	4	1,92%
	Triângulo do Sul	7	3,37%
Esfera administrativa	Federal	4	1,92%
	Estadual	14	6,73%
	Municipal	27	12,98%
	Privada	163	78,37%
Porte Hospitalar	Pequeno	5	2,40%
	Médio	152	73,08%
	Grande	44	21,15%
	Especial	7	3,37%

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Importante destacar que 25,48% das unidades hospitalares (53) estão localizadas na macrorregião Centro, seguido de 14,90% na macrorregião Sul. A macrorregião que concentrou a menor frequência de unidades hospitalares participantes foi a Triângulo do Norte 1,92% (04), seguida da macrorregião Noroeste 2,40% (05).

Em Minas Gerais, a gestão municipal teve maior abrangência com 59,13%, a gestão dupla 28,85% e gestão estadual 12,02%.

Ao analisarmos a variável esfera administrativa, nos chama a atenção que 78,37% dos hospitais mineiros que participaram do estudo estão diretamente subordinados à esfera administrativa privada, 12,98% municipal, 6,73% estadual e apenas 1,92% esfera federal.

Em relação ao porte hospitalar, o estudo mostrou que a maioria das instituições hospitalares mineiras avaliadas neste estudo são de porte médio - 73,08% (152 dos 208 hospitais avaliados). Somente 2,40% (05) hospitais são de pequeno porte, 21,15% (44) de grande porte e apenas 3,37% (07) de porte especial.

A média do indicador por Bloco, encontra-se descrita na tabela abaixo.

Tabela 3: Indicadores por Blocos do PNASS 2015-2016 – Hospitais de MG

Indicadores (Blocos)	N	Média	D.P.	Mínimo	Máximo
Bloco I - Gestão Organizacional	204	0,66	0,21	0,08	1,00
Bloco II - Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado	204	0,77	0,18	0,10	1,00
Bloco III - Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado	204	0,68	0,21	0,08	1,00
Bloco IV - Serviços/Unidades Específicas	204	0,76	0,16	0,21	1,00
Bloco V - Assistência Oncológica	29	0,84	0,14	0,44	1,00

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Verificou-se que o Bloco V, que avalia Assistência Oncológica, apresentou o melhor resultado (0,84), mas cabe ressaltar que este Bloco foi respondido por apenas 29 das 208 instituições hospitalares que participaram do PNASS 2015-2016. Isto se deve ao fato de o estabelecimento responder apenas aos critérios aplicáveis à habilitação do serviço prestado.

O Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado e o Bloco IV – Serviços/Unidades Específicas obtiveram melhores resultados, nessa ordem 0,77 e 0,76. Já o Bloco I – Gestão Organizacional e o Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado alcançaram piores resultados (0,66 e 0,68, respectivamente). Deste modo podemos inferir que o Bloco que contribuiu para um melhor desempenho hospitalar foi o Bloco II, uma vez que o Bloco IV e Bloco V estão atrelados a habilitações específicas.

Os vários elementos da gestão hospitalar foram avaliados neste estudo e estão descritos, a seguir, na tabela 4, de acordo com Instrutivo do PNASS 2015-2016, por cinco blocos, que se subdividem em 30 critérios e que têm a finalidade de sinalizar risco ou qualidade.

Tabela 4: Indicadores por Blocos e Critérios do PNASS 2015-2016 – Hospitais de MG

Indicadores (Blocos e Critérios) do PNASS 2015-2016 – Hospitais de Minas						
Indicadores		N	Média	D.P.	Mínimo	Máximo
Indicador Geral		204	0,72	0,17	0,15	0,98
Gestão Organizacional	1 - Gestão de contratos	204	0,65	0,26	0,00	1,00
	2 - Planejamento e organização	204	0,51	0,38	0,00	1,00
	3 - Gestão da informação	204	0,80	0,21	0,17	1,00
	4 - Gestão de pessoas	204	0,66	0,24	0,00	1,00
	5 - Modelo Organizacional	204	0,63	0,29	0,00	1,00
Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado	6 - Gerenciamento de risco e segurança do paciente	204	0,79	0,24	0,00	1,00
	7 - Gestão da infraestrutura e ambiência	204	0,72	0,21	0,00	1,00
	8 - Gestão de equipamentos e materiais	204	0,84	0,18	0,00	1,00
	9 - Alimentação e nutrição – Serviço/Unidade	199	0,74	0,31	0,00	1,00
	10 - Assistência farmacêutica	204	0,92	0,14	0,08	1,00
	11 - Processamento de roupas e materiais	204	0,67	0,31	0,00	1,00
	12 - Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade	204	0,71	0,30	0,00	1,00
Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado	13 - Integração com a Rede de Atenção à Saúde	204	0,71	0,24	0,00	1,00
	14 - Protocolos administrativos e clínicos	204	0,70	0,33	0,00	1,00
	15 - Gestão do cuidado	204	0,60	0,29	0,00	1,00
	16 - Acesso à estrutura assistencial	183	0,72	0,23	0,08	1,00
Serviços/Unidades Específicas	17 - Atenção imediata – urgência e emergência	166	0,75	0,21	0,00	1,00
	18 - Atenção em regime ambulatorial especializado	145	0,74	0,26	0,00	1,00
	19 - Atenção em regime de internação	200	0,86	0,16	0,25	1,00
	20 - Atenção em regime de terapia intensiva	119	0,84	0,23	0,00	1,00
	21 - Atenção cirúrgica e anestésica	190	0,64	0,29	0,00	1,00
	22 - Atenção materna e infantil	146	0,73	0,21	0,08	1,00
	23 - Atenção em Terapia Renal Substitutiva – Serviço de	49	0,95	0,13	0,33	1,00
	24 - Atenção em hemoterapia (Agências Transfusionais)	180	0,76	0,22	0,08	1,00
	25 - Atenção em serviços de reabilitação – Somente	1	0,50	-	0,50	0,50
Assistência Oncológica	26 - Obrigações dos estabelecimentos oncológicos e	29	0,82	0,24	0,00	1,00
	27 - Atenção em radioterapia	18	0,82	0,16	0,50	1,00
	28 - Atenção em Oncologia Clínica	28	0,94	0,12	0,58	1,00
	29 - Atenção hematológica em Oncologia	22	0,81	0,19	0,33	1,00
	30 - Atenção em Oncologia Pediátrica	12	0,92	0,17	0,42	1,00

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

A média geral dos indicadores dos 30 critérios avaliados pelo PNASS 2015-2016, por Bloco, para Minas Gerais, foi de 0,72.

No Bloco I (Gestão Organizacional), composto por cinco (05) critérios, 204 hospitais responderam às questões e o critério que obteve a melhor média (0,80) foi o critério 3 (Gestão da Informação) e o pior foi o de planejamento e organização (0,51).

No Bloco II (Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado), o critério 10 (Assistência Farmacêutica) foi o que alcançou a melhor média (0,92) e o pior foi o de processamento de roupas e materiais (0,67), sendo que todos os outros estiveram acima de 0,70.

Em relação ao Bloco III (Gestão da Atenção à Saúde e Cuidado), nota-se que o critério 16 (Acesso à Estrutura Assistencial) foi o que atingiu a melhor média (0,72), e os outros variando de 0,60 a 0,71.

Quando se observa o Bloco IV (Serviços/Unidades Específicas) percebe-se que o critério 23 (Atenção em Terapia Renal Substitutiva – Serviço de Programa de Diálise Habilitado) alcançou a maior média (0,95), mas também foi um dos que teve o menor número de hospitais incluídos. Outro ponto que chamou atenção foi o fato do critério 25 (Atenção em Serviços de Reabilitação) ter sido respondido apenas por um (01) estabelecimento – Hospital Universitário Alzira Velano do município de Alfenas e macrorregião Sul e ter alcançado a média mais baixa deste Bloco (0,50). No banco de dados temos mais dez (10) serviços de reabilitação que participaram do PNASS 2015-2016, mas não entraram para este estudo, uma vez que são apenas serviços de reabilitação (APAE).

O Bloco V refere-se à Assistência Oncológica e o critério que obteve a maior média (0,94) foi o 28 (Atenção em Oncologia Clínica). De acordo com a coordenação de Alta Complexidade pertencente à Diretoria de Ações Especializadas da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde da SES/MG, Minas Gerais tem 38 hospitais habilitados em oncologia, conforme apêndice 3. Verificando junto ao banco de dados, constatou-se que apenas 03 estabelecimentos da referida tabela não participaram do estudo, a saber:

- Hospital Bom Samaritano do município de Teófilo Otoni, macrorregião Nordeste;
- Clínica Memorial Ltda (Radioterapia) do município de Poços de Caldas, macrorregião Sul; e
- Instituto Sul Mineiro de Oncologia do município de Pouso Alegre, macrorregião Sul.

Em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), verificou-se que o Hospital Bom Samaritano, do município de Teófilo Otoni, foi habilitado (Unacon) em 19/09/2016, por meio da Portaria SAS 1120, possivelmente este é o motivo pelo qual o hospital não entrou para a investigação em questão, uma vez que o banco de dados se refere ao período 2015-2016. O Instituto Sul Mineiro de Oncologia, do município de Pouso Alegre, foi habilitado (Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar) em 26/12/2017, conforme Portaria GM/MS 3753 e a Clínica Memorial Ltda, do município de Poços de Caldas, foi habilitada como “Serviço de Radioterapia de Complexo Hospitalar em 13/03/2009, conforme Portaria SAS 062, todavia estes dois estabelecimentos não entraram para o presente estudo por estarem cadastrado como “Unidade de apoio, diagnose e terapia (SADT isolado), enquanto tipo de estabelecimento.

O Hospital Maria José Baeta Reis ASCOMCER, apesar de ter participado do PNASS 2015-2016, foi retirado da análise porque respondeu NA (Não se Aplica) para todos os indicadores.

Houve diferença significativa para o indicador geral entre os portes hospitalares, valor-p = <0,001, conforme o apêndice 4 nos mostra o porte hospitalar médio teve média de 0,68, enquanto o porte hospitalar especial teve média de 0,92. No porte hospitalar grande a média foi de 0,84.

Para todos os Blocos foram feitos os testes de Kruskal-Wallis e de Nemenyí. O teste Kruskal-Wallis ao ser aplicado encontrou correlação entre a nota alcançada nos Blocos e o porte do hospital, com exceção da assistência oncológica, onde o resultado do teste apresentou um valor de p = 0,089.

O teste mostrou que quanto maior o porte, melhor é a média de desempenho. Em todos os Blocos o porte especial alcança melhor média, seguido do porte grande, conforme tabela 5, abaixo.

Tabela 5: Teste de Kruskal-Wallis – Blocos X Porte Hospitalar

Teste de Kruskal-Wallis - Blocos X Porte Hospitalar					
Blocos	Porte hospitalar	N válidos	Média	E.P.	Valor-p
Gestão Organizacional	Pequeno	5	0,56	0,15	<0,001
	Médio	148	0,60	0,02	
	Grande	44	0,81	0,02	
	Especial	7	0,92	0,03	
Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado	Pequeno	5	0,78	0,10	<0,001
	Médio	148	0,73	0,02	
	Grande	44	0,88	0,02	
	Especial	7	0,93	0,03	
Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado	Pequeno	5	0,70	0,12	<0,001
	Médio	148	0,63	0,02	
	Grande	44	0,80	0,03	
	Especial	7	0,92	0,02	
Serviços/Unidades Específicas	Pequeno	5	0,77	0,13	<0,001
	Médio	148	0,72	0,01	
	Grande	44	0,86	0,02	
	Especial	7	0,90	0,03	
Assistência Oncológica	Pequeno	0	-		0,089
	Médio	12	0,79	0,04	
	Grande	13	0,86	0,04	
	Especial	4	0,94	0,02	

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

O teste de Nemenyí mostrou como esta relação se estabelece. A tabela 6 apresenta as comparações múltiplas dos indicadores por blocos e portes hospitalares.

Tabela 6: Teste de Nemenyí – Blocos X Porte Hospitalar

Blocos	Porte Hospitalar	Pequeno	Médio	Grande
I - Gestão Organizacional	Médio	1,000		
	Grande	0,199	<0,001	
	Especial	0,060	0,001	0,571
II - Apoio Técnico e Logístico para a Produção do Cuidado	Médio	0,894		
	Grande	0,749	<0,001	
	Especial	0,515	0,016	0,848
III - Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado	Médio	0,893		
	Grande	0,756	<0,001	
	Especial	0,237	0,001	0,410
IV - Serviços/Unidades Específicas	Médio	0,750		
	Grande	0,857	<0,001	
	Especial	0,667	0,017	0,894
V - Assistência Oncológica	Médio	-		
	Grande	-	0,362	
	Especial	-	0,115	0,545

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Observa-se que, para o Bloco I (Gestão Organizacional), o teste apontou que não há diferença entre hospitais de pequeno porte comparado aos demais portes, uma vez que valor-p para cada comparação foi maior que 0,05. O teste indicou ainda que existe diferença no Indicador Gestão Organizacional de hospitais de médio e grande porte (valor-p <0,001) e também há diferença na Gestão Organizacional de hospitais de médio porte e porte especial (valor-p = 0,001). Não há diferença na Gestão Organizacional de hospitais de grande porte e porte especial, uma vez que o valor-p = 0,571.

Em relação ao Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção do Cuidado, o teste indicou que existe diferença neste indicador apenas entre:

- hospitais de médio porte e grande porte, valor-p < 0,001;
- hospitais de médio porte e porte especial, valor-p = 0,016.

Para o Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado, observou-se que existe diferença do indicador também entre hospitais de médio e grande porte (valor-p < 0,001) e hospitais de médio porte e porte especial (valor-p = 0,001).

No Bloco IV – Serviços/Unidades Específicas, o teste mostrou que assim como nos Blocos I, II e III, existe diferença do indicador entre:

- hospitais de médio porte e grande porte, valor-p < 0,001;

- hospitais de médio porte e porte especial, valor-p = 0,017.

Quanto ao Bloco V – Assistência Oncológica, o teste apontou que não existe diferença entre o indicador e os diferentes portes hospitalares, uma vez que todos os valores de p foram maiores que 0,05.

No que se refere à distribuição por Cluster pelas variáveis (Indicador Geral, macrorregião e porte), tivemos a distribuição dos hospitais mineiros em quatro (04) Clusters, conforme tabela do apêndice 5 .

Adotou-se a seguinte nomenclatura para cada Cluster:

Cluster 1- Ótimo; Cluster 2 – Bom; Cluster 3 – Regular; Cluster 4 – Pior, baseando-se na média do indicador geral dos hospitais que compõe cada Cluster, de acordo com a tabela do apêndice 6, significando que houve associação significativa. No Cluster 1 foram alocados 57 hospitais e a média da nota foi 91 pontos; o Cluster 2 foi composto por 67 hospitais e a média foi de 77; já no Cluster 3 foram agrupados 42 hospitais e a média foi de 64; e no Cluster 4 foram distribuídos 38 hospitais e a média foi de 46 pontos.

Observou-se que o Cluster 1 foi composto por todos os hospitais de porte especial que participaram do programa (07) e pela maioria dos hospitais de grande porte (30). No Cluster 2 tivemos nove (09) hospitais de grande porte, 56 de médio porte e dois (02) de pequeno porte; no Cluster 3 o agrupamento foi a partir de quatro (04) hospitais de grande porte, 37 de médio porte e 01 de pequeno porte; o Cluster 4 foi composto por um (01) hospital de grande porte (Hospital N. Sra. Auxiliadora do município de Caratinga), 36 hospitais de médio porte e 01 de pequeno porte.

Por meio do Teste Exato de Fisher e Qui-quadrado Simulado (tabela abaixo), podemos afirmar que houve associação significativa (valores-p < 0,05) entre os clusters e as variáveis gestão, macrorregião, esfera administrativa e porte:

- Gestão: valor-p = 0,045;
- Macrorregião: valor-p = 0,029;
- Esfera administrativa: valor-p < 0,001
- Porte hospitalar: valor-p < 0,001

Tabela 7: Teste Exato de Fisher e Qui-Quadrado Simulado – Hospitais de MG

Teste Exato de Fisher (Gestão) e Qui-Quadrado Simulado (Restante das variáveis) - Hospitais de MG										
Variáveis		Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		Cluster 4		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Gestão	Estadual	3	5,26%	9	13,43%	7	16,67%	6	15,79%	0,045
	Estadual/Municipal	11	19,30%	18	26,87%	15	35,71%	15	39,47%	
	Municipal	43	75,44%	40	59,70%	20	47,62%	17	44,74%	
Macrorregião	Centro	22	38,60%	11	16,42%	11	26,19%	6	15,79%	0,029
	Centro Sul	2	3,51%	6	8,96%	4	9,52%	3	7,89%	
	Jequitinhonha	4	7,02%	2	2,99%	1	2,38%	0	0,00%	
	Leste	3	5,26%	3	4,48%	2	4,76%	1	2,63%	
	Leste do Sul	1	1,75%	5	7,46%	0	0,00%	4	10,53%	
	Nordeste	3	5,26%	4	5,97%	3	7,14%	1	2,63%	
	Noroeste	0	0,00%	1	1,49%	2	4,76%	2	5,26%	
	Norte	4	7,02%	2	2,99%	5	11,90%	7	18,42%	
	Oeste	0	0,00%	6	8,96%	4	9,52%	5	13,16%	
	Sudeste	8	14,04%	7	10,45%	4	9,52%	3	7,89%	
	Sul	6	10,53%	18	26,87%	4	9,52%	3	7,89%	
	Triângulo do Norte	2	3,51%	1	1,49%	1	2,38%	0	0,00%	
Triângulo do Sul	2	3,51%	1	1,49%	1	2,38%	3	7,89%		
Esfera administrativa	Federal	4	7,02%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	<0,001
	Estadual	9	15,79%	5	7,46%	0	0,00%	0	0,00%	
	Municipal	3	5,26%	5	7,46%	10	23,81%	9	23,68%	
	Privada	41	71,93%	57	85,07%	32	76,19%	29	76,32%	
Porte Hospitalar	Pequeno	1	1,75%	2	2,99%	1	2,38%	1	2,63%	<0,001
	Médio	19	33,33%	56	83,58%	37	88,10%	36	94,74%	
	Grande	30	52,63%	9	13,43%	4	9,52%	1	2,63%	
	Especial	7	12,28%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	

Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Desse modo, constatamos que no Cluster 1, nomeado como ótimo desempenho, foram agrupados 57 hospitais (27,94% dos hospitais avaliados) que tiveram um melhor desempenho dentre os quatro (04) clusters. Importante ressaltar que dos 57 hospitais, 22 pertencem a macrorregião de saúde Centro.

O Cluster 2, nomeado como bom desempenho, foi formado pelo agrupamento de 67 hospitais (32,84%); no Cluster 3, nomeado como regular foram agrupados 42 hospitais (20,59%) e no Cluster 4, nomeado como pior desempenho, foram agrupados 38 hospitais (18,63%).

Segue a distribuição dos hospitais agrupados em cada cluster por porte:

Cluster 1 – sete (07) hospitais de porte especial, trinta (30) hospitais de porte grande, dezenove (19) hospitais de médio porte e um (01) hospital de pequeno porte.

Cluster 2 – nove (09) hospitais de porte grande, cinquenta e seis (56) hospitais de porte médio e dois (02) hospitais de pequeno porte.

Cluster 3 – quatro (04) hospitais de porte grande, trinta e sete (37) hospitais de porte médio e um (01) hospital de pequeno porte.

Cluster 4 – um (01) hospital de porte grande, trinta e seis (36) hospitais de médio porte e um (01) hospital de pequeno porte.

Importante ressaltar que todos os hospitais de porte especial de Minas Gerais que participaram do PNASS 2015-2016 ficaram agrupados no Cluster 1 e 88,63% dos hospitais de grande porte foram distribuídos no Cluster 1 e 2.

Colocamos abaixo, a distribuição dos hospitais agrupados em cada cluster por tipo de gestão:

Cluster 1 – três (03) do total de vinte e cinco (25) hospitais do estudo sob gestão estadual, onze (11) dentre cinquenta e nove (59) hospitais de gestão dupla e quarenta e três (43) do total de cento e vinte (120) sob gestão municipal;

Cluster 2 – nove (09) hospital de gestão estadual, dezoito (18) de gestão dupla e quarenta (40) sob gestão municipal;

Cluster 3 – sete (07) hospital de gestão estadual, quinze (15) de gestão dupla e vinte (20) sob gestão municipal;

Cluster 4 – seis (06) hospital de gestão estadual, quinze (15) de gestão dupla e dezessete (17) sob gestão municipal.

Deste modo, podemos afirmar que, dos 25 hospitais mineiros sob gestão estadual que participaram do estudo, 48% ficaram distribuídos nos Cluster 1 (Ótimo) e 2 (Bom) e 52% nos Cluster 3 (Regular) e 4 (Pior); em relação à gestão dupla temos que 49,15% foram agrupados nos Cluster 1 e 2 e que 50,84% (30 hospitais) foram distribuídos nos Clusters 3 e 4 ; e olhando para gestão municipal, a tabela mostra que, dos 120 hospitais sob gestão municipal avaliados, 69,16% (83) ficaram agrupados nos Cluster 1 e 2 (Ótimo e Bom) e 30,83% (37) nos Cluster 3 e 4 - Regular e Pior desempenho).

Analisando a distribuição dos hospitais agrupados em cada cluster pela variável esfera administrativa, temos:

Cluster 1 – quatro (04) hospitais da esfera federal, nove (09) da esfera estadual, três (03) da esfera municipal e quarenta e um (41) da esfera privada.

Cluster 2- cinco (05) da esfera estadual, cinco (05) da esfera municipal e cinquenta e sete (57) da esfera privada;

Cluster 3 – dez (10) da esfera municipal e trinta e dois (32) da esfera privada;

Cluster 4 – nove (09) da esfera municipal e vinte e nove (29) da esfera privada.

Cabe ressaltar que todos os hospitais da esfera federal que participaram do PNASS 2015-2016 foram agrupados no Cluster 1 (04); que todos os hospitais da esfera estadual (14) participantes foram distribuídos nos Cluster 1 e 2; que 70,37% dos hospitais

da esfera municipal foram agrupados nos Clusters 3 e 4; que 61,63% dos hospitais privados ficaram no Cluster 1 e 2 e que 20,12% no Cluster 3 e 18,23% no Cluster 4. Podemos afirmar assim, que os hospitais públicos da esfera federal e estadual têm um desempenho melhor, comparado aos hospitais municipais e privados, de acordo com este estudo.

Fazendo uma relação com o desempenho do Indicador Geral por macrorregião, temos que a macrorregião que alcançou o melhor desempenho, Triângulo do Norte, teve 50% (02) de seus hospitais que participaram do estudo agrupados no Cluster 1, 25% (01) no Cluster 2 e 25% (01) no Cluster 3. A macrorregião Noroeste, que obteve o menor desempenho do Indicador Geral, teve cinco (05) hospitais que participaram do PNASS 2015-2016, destes dois (02) ficaram distribuídos no Cluster 4, dois (02) distribuídos no Cluster 3 e um (01) no Cluster 2.

As quatro macrorregiões de saúde que alcançaram o melhor desempenho do indicador geral, respectivamente Triângulo do Norte (83,46), Jequitinhonha (82,83), Sudeste (76,84) e Centro (75,59) tiveram a seguinte distribuição dos hospitais avaliados por Cluster:

- Quatro (04) hospitais da macrorregião Triângulo do Norte: dois (02) hospitais no Cluster 1, um (01) hospital no Cluster 2 e um (01) hospital no Cluster 3;
- Sete (07) hospitais da macrorregião Jequitinhonha: quatro (04) hospitais no Cluster 1, dois (02) hospitais no Cluster 2 e um (01) hospital no Cluster 3;
- Vinte e dois (22) hospitais da macrorregião Sudeste: oito (08) hospitais no Cluster 1, sete (07) hospitais no Cluster 2, quatro (04) hospitais no Cluster 3 e três (03) hospitais no Cluster 4;
- Cinquenta (50) hospitais da macrorregião Centro: vinte e dois (22) hospitais no Cluster 1, onze (11) hospitais no Cluster 2, onze (11) hospitais no Cluster 3 e seis (06) hospitais no Cluster 4.

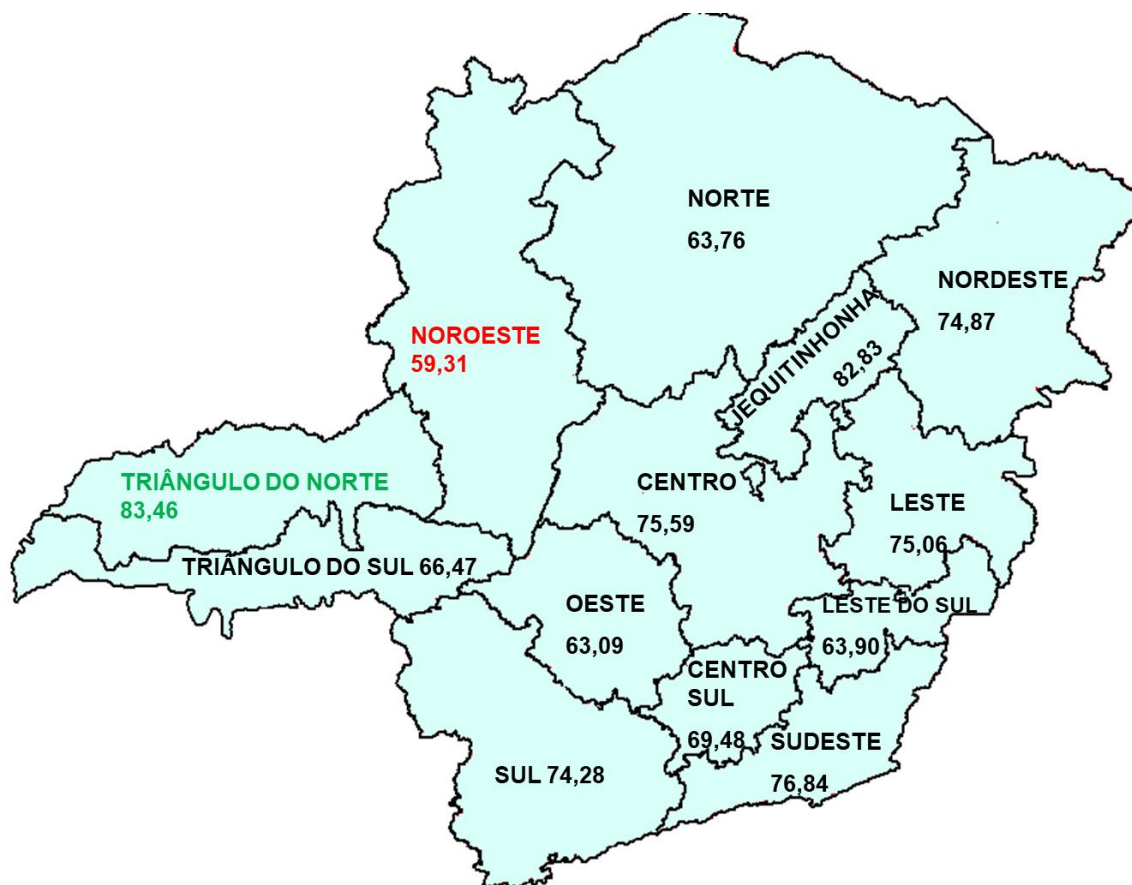
Em relação às duas macrorregiões que obtiveram o pior desempenho do indicador geral e a distribuição dos hospitais nos Clusters temos:

- Macrorregião Noroeste: indicador geral 59,31 e cinco (05) hospitais avaliados: nenhum no Cluster 1, um (01) no Cluster 2, dois (02) no Cluster 3 e dois (02) no Cluster 4.
- Macrorregião Oeste: indicador geral 63,09 e quinze (15) hospitais avaliados: nenhum no Cluster 1, seis (06) no Cluster 2, quatro (04) no Cluster 3 e cinco (05) no Cluster 4.

O resultado do indicador geral por macrorregião de saúde variou de 83,46, alcançado pela macrorregião Triângulo do Norte à 59,31 obtido pela macrorregião

Noroeste, conforme apresentado na Figura 1. Construindo um ranking de desempenho dentre as treze (13) macrorregiões de saúde avaliadas por meio do indicador geral, teríamos: 1º lugar: Triângulo do Norte (83,46), 2º: Jequitinhonha (82,83), 3º Sudeste (76,84), 4º: Centro (75,59), 5º: Leste (75,06), 6º: Nordeste (74,87), 7º: Sul (74,28), 8º: Centro Sul (69,48), 9º: Triângulo do Sul (66,47), 10º: Leste do Sul (63,90), 11º: Norte (63,76), 12º: Oeste (63,09) e 13º: Noroeste (59,31).

Figura 4: Análise dos resultados dos indicadores gerais por macrorregião de saúde de Minas Gerais, PNASS, 2015-2016



Fonte: Banco dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Encontra-se no apêndice 6 deste trabalho, a descrição dos hospitais mineiros avaliados no PNASS 2015-2016 por macrorregião de saúde e inseridos em mapas separadamente.

Realizou-se também o cálculo do indicador geral do PNASS 2015-2016 para todos os estados brasileiros, com o objetivo de comparar o desempenho de Minas Gerais, conforme tabela 7 (apêndice). Constatou-se que São Paulo alcançou o melhor desempenho (80 pontos) e Amapá obteve o pior desempenho (39 pontos), Minas Gerais alcançou 72, sendo a quinta maior média nacional.

Discussão dos resultados

O programa contou com a participação de 208 hospitais de Minas Gerais, desses 25,48% estão localizados na macrorregião Centro, onde o pólo macrorregional de saúde é Belo Horizonte, que é referência em várias áreas para internação de municípios de todas

as demais regiões sanitárias do estado. Magalhães Júnior (2010) pontua que “Belo Horizonte continua sendo a capital que mais recebe usuários de outros municípios para internações (cerca de 42%), comprometendo mais da metade dos recursos da área hospitalar” (p.47).

Das 208 instituições mineiras avaliadas neste estudo, 123 (59,13%) estão sob gestão municipal, resultado do processo de descentralização e regionalização do SUS na década de 90, marcado por forte indução à municipalização por meio das Normas Operacionais Básicas - NOB 91 e 93. Importante ressaltar que foi o tipo de gestão municipal que alcançou o melhor desempenho, a maioria dos hospitais de gestão dupla ficaram agrupados nos Clusters Bom, Regular e Pior. Na gestão dupla (estadual/municipal) tem-se o inconveniente que a instituição é regulada por dois atores (duplo comando), o que torna o processo mais falho e muitas vezes sem a responsabilização gestora necessária. Entende-se que é importante ter um só um gestor para que o hospital seja regulado por apenas um ente. Em relação ao tipo de gestão estadual, dos 25 hospitais participantes, apenas três (03) ficaram no Cluster 1 e os demais foram distribuídos de maneira uniforme entre os outros Clusters.

No que se refere à esfera administrativa, do total de hospitais avaliados em Minas Gerais, 78,37% são privados/conveniados e apenas 21,63% públicos (federal, estadual e municipal), resultado que guarda relação com o processo histórico de construção do SUS no Brasil, fortemente dependente do setor privado, cabendo lembrar que:

Somente com o incremento e aceleração da municipalização esse tema aparece na agenda dos municípios, especialmente após a constatação de que nos municípios de médio e grande porte havia forte presença do setor privado contratado na assistência à saúde que consumia a quase totalidade dos recursos financeiros. (MENDES, 1998, p.198).

Nesta lógica, Viacava *et al* (2018) recapitulam que:

A complexa e perene relação público-privada na prestação de serviços de saúde no país é um desafio fundamental ao longo da trajetória do SUS. Essa associação se fundamenta no histórico apoio público à expansão dos serviços privados, se reafirma na própria estruturação do SUS e se caracteriza pela interdependência. Se a garantia de acesso aos serviços de saúde para a população pelo SUS passa pela necessidade de contratar serviços privados, muitos destes dependem de maneira significativa dos recursos públicos para sua manutenção e inclusive expansão. (p. 1760)

Ainda com relação à esfera administrativa, La Forgia e Couttolenc (2009) ressaltam que apenas o caráter privado tem efeito positivo significativo sobre a eficiência total, apontando assim maior eficiência de hospitais privados em relação aos públicos em geral. Os achados deste estudo, no entanto, apontaram melhor desempenho de hospitais públicos da esfera federal, seguidos da esfera estadual, corroborando os resultados que Chaves *et al* (2021) encontraram ao analisarem os hospitais brasileiros: “A análise indicou melhor desempenho dos hospitais de esfera administrativa federal, com gestão municipal” (p.10).

Ao analisarmos o porte hospitalar, 73,08% são de porte médio, geralmente localizados em municípios menores que não têm uma regulação forte porque sofrem pressão e influência de interesses locais. Em contrapartida, temos relatos de municípios maiores, como por exemplo, Belo Horizonte, que tem uma regulação robusta, não ficando refém de seus prestadores. Neste sentido, La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que todas as modalidades de financiamento devem estar atreladas a contratos de gestão, com bônus e sanções financeiras determinadas e que bons contratos exigem sistemas padronizados de custos.

Ficou evidente que quanto maior é o porte do hospital, melhor foi o desempenho alcançado. Isto pode ser justificado pelo fato desses estabelecimentos possuírem mais recursos financeiros, melhor infraestrutura e gestão mais profissionalizada, o que resulta em mais capacidade de atender a todos os critérios do programa. Salienta-se que, segundo a pesquisa de Lima *et al.* (2004), quando se relaciona o nível de complexidade assistencial com o número de leitos e o porte financeiro, quase a totalidade dos hospitais de baixa e média complexidade apresenta uma gestão ineficiente. Podemos inferir desta forma uma correlação existente entre escala e eficiência.

De acordo com o ranking de desempenho construído para as instituições hospitalares mineiras avaliadas por macrorregião de saúde, a que atingiu um melhor desempenho foi a Triângulo do Norte e a que teve pior desempenho foi a Noroeste. Hartz (2010) coloca que o processo de avaliação e seu resultado dependem do contexto no qual a avaliação está sendo realizada e de quem está avaliando, dos valores e critérios utilizados no processo, deste modo faz-se importante confrontar estes resultados com o indicador de resolubilidade total dos serviços hospitalares da SES/MG (2021) no mesmo período avaliado, onde a macrorregião Triângulo do Norte apresentava uma resolubilidade ideal (acima de 90%), legitimando os achados do presente estudo; já a macrorregião Noroeste apresentava uma boa resolubilidade (entre 61% e 89,9%), todavia

no período de 2018-2020 já apresentava uma resolubilidade regular (entre 51% e 60%). Os estudos de Lélis (2012) apontaram que, em 2008, dentre as treze macrorregiões de saúde do estado, quatro (Jequitinhonha, Leste do Sul, Nordeste e Noroeste) tinham resolubilidade crítica, ou seja, mais de 60% dos residentes destas regiões tiveram que se deslocar à outras macrorregiões para receberem atendimento, visto que o local em que residiam não ofertava os serviços demandados. Em nosso estudo, a macrorregião Jequitinhonha alcançou um resultado de 82,8 pontos no indicador geral, ficando em 2º lugar no ranking construído, contradizendo os estudos de resolubilidade da SES/MG (2020) acima citados. Uma justificativa seria o método de cálculo do indicador geral, que utiliza a média das respostas que o hospital respondeu. Será que os responsáveis pelo preenchimento do questionário (itens de verificação) nos sete hospitais da macrorregião de Jequitinhonha deixaram de responder questões importantes, que impactariam negativamente na média final e responderam apenas questões que contribuíram para um aumento desta média? Ou ainda, como são apenas 7 hospitais do Jequitinhonha, o fato da metade ter ficado no cluster 1 também não pesou para cima a nota desta macrorregião? Esta questão do macro Triângulo Norte, da mesma forma, com o menor número de hospitais, e o fato da metade, ou seja, 2 hospitais estarem no cluster 1 não pode ter influenciado o resultado final? Estas questões merecem ser mais bem avaliadas e aprofundadas numa investigação futura.

Dentre o Roteiro de Itens de Verificação, o Bloco que mais contribuiu para um melhor desempenho dos hospitais de Minas Gerais foi o II (Apoio Técnico e Logístico para a Produção de Cuidado) e o que teve pior desempenho foi o Bloco I (Gestão Organizacional), apontando a necessidade de melhoria na gestão organizacional dos hospitais. La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que a evidência encontrada em seus estudos mostrou que arranjos organizacionais influenciam o desempenho hospitalar. Esses autores ressaltam que os hospitais variam segundo sua independência, autoridade para tomada de decisão e mecanismos de responsabilização e exposição ao mercado, que por consequência, influenciam práticas e comportamentos gerenciais e desta maneira, o desempenho da instituição.

Gomes (2018) em um estudo com objetivo de verificar a existência de associação entre as novas formas de gestão privada no SUS e a qualidade do cuidado ofertado, identificou que os serviços gerenciados diretamente pelo poder público são capazes de obter melhores resultados no que se refere à valorização do trabalhador e alcançar resultados melhores no cuidado ofertado. Afirma que aspectos positivos relacionados à

gestão privada estão relacionados a questões gerenciais, a agendamento, marcação de consultas, tempo de espera, opção de escolher o médico, maior número de procedimentos e menores taxas de mortalidade. Todavia, inúmeros problemas foram pontuados, principalmente em relação à falta de regulação, na qual o descumprimento de metas foi recorrente. Fatores esses, que prejudicam o SUS, a implementação das RAS e estão diretamente ligados à gestão organizacional da instituição.

Comparando o desempenho do indicador geral alcançado por Minas Gerais em relação aos outros estados, obteve-se um desempenho melhor do que a média Brasil (64), alcançando 72 pontos. Tal achado dialoga com os resultados encontrados por Chaves *et al.* (2021) sobre os hospitais brasileiros avaliados pelo PNASS 2015-2016, em que a maioria dos hospitais com alto desempenho é da região Sudeste e Sul (38%).

Os achados acima são relevantes para avaliação da qualidade da rede hospitalar mineira, ao avaliar estrutura e processos, que se tiverem frutos satisfatórios vão contribuir para o alcance de resultados esperados, conforme proposto por Donabedian (1980).

Todavia, os estudos apontam certas limitações em relação à metodologia e execução do PNASS:

- Instrumento único para avaliar diferentes estabelecimentos e complexidades;
- O instrumento de avaliação foi respondido pela própria gestão hospitalar, podendo levar a um viés de informação, uma vez que resultados de avaliação externa baseados em desempenho, podem gerar um interesse do gestor hospitalar em fornecer respostas para o alcance de melhores resultados;
- O MS não disponibilizou o resultado do segundo e terceiro instrumento avaliativo do PNASS (questionário de satisfação do usuário e conjunto de indicadores), inviabilizando desta forma, a avaliação dos resultados, que é um dos enfoques da tríade de Donabedian (1980) para avaliação da qualidade nos serviços de saúde;
- Questionário com dados exclusivamente quantitativos, em face da complexidade das instituições hospitalares;
- Ainda que a UFMG tenha realizado capacitação para os avaliadores externos selecionados, não houve padronização sistemática de treinamento ou controle do trabalho de campo para ter certeza de que todos verificaram equipamentos, área física, documentos e prontuários apresentados com o mesmo olhar e rigor;
- Ausência da divulgação dos resultados da avaliação para as instituições participantes, como estratégia de intervenção com vistas a melhorias na gestão organizacional.

Conclusão

Neste estudo, analisar os resultados do PNASS 2015-2016 para as instituições hospitalares de Minas Gerais a partir das respostas ao Roteiro de Itens de Verificação foi uma tentativa de colaborar para a qualificação da assistência hospitalar no estado, sinalizando risco ou qualidade para os indicadores alcançados pelas instituições e com enfoque voltado para as macrorregiões de saúde, pensando na importância de uma rede regionalizada de atenção à saúde para o acesso e cuidado integral dos usuários do SUS. De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009, p. 75), “são poucos os estudos empíricos sobre eficiência hospitalar no Brasil”.

Os resultados retratam o perfil dos hospitais de Minas Gerais e indicam que cerca de 60% dos hospitais avaliados ficaram agrupados nos Clusters 1 e 2 (Ótimo e Bom), apresentando assim evidências de que uma boa parte deles mantém processos adequados para o alcance da qualidade, com importante relação entre escala e eficiência. Entretanto, faz-se necessário aceitar o desafio proposto por Beltrammi e Camargo (2017) de experimentar novos dispositivos de gestão do cuidado e segurança nos hospitais: novos arranjos tecnológicos de cuidado, coletivos, modos de conversa e diálogos com todos os profissionais de saúde, dando centralidade aos usuários-cidadãos e “que pensem o hospital em rede, a partir do itinerário construído para e/ou produzido pelo usuário”.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo é relevante por ser o primeiro a descrever os hospitais mineiros que participaram do PNASS 2015-2016, mostrando o desempenho por macrorregião de saúde. Destaca-se o PNASS como importante instrumento de avaliação dos serviços de saúde, todavia, faz-se necessário uma análise mais aprofundada e a divulgação dos seus resultados para os estabelecimentos participantes, para que estes resultados possam subsidiar a tomada de decisão, servindo como ferramenta para melhoria da gestão. La Forgia e Couttolenc (2009) pontuaram que o PNASS representaria um movimento importante na implantação de avaliações sistemáticas nas unidades de saúde, caso fosse realizado duas vezes por ano, como era a intenção. Infelizmente isto não aconteceu.

Uma falha do PNASS apontada pelos mesmos autores é que o programa não previu incentivos (financeiros, regulatórios ou outros) para que os gestores hospitalares elevassem o padrão dos estabelecimentos e melhorassem os indicadores, bem como não tinha previsão legal de punição para as instituições que não cumprissem as normas de licenciamento sanitário, ao contrário do que aconteceu com PNASH, em que o MS usou seus resultados para fechar estabelecimentos.

O hospital, enquanto organização complexa, é crucial na rede assistencial, evidenciando a importância do estudo realizado.

Hospitais de esfera administrativa pública federal, com gestão municipal, alcançaram um melhor desempenho, mostrando o avanço da municipalização no estado, entretanto, identificou-se importantes desigualdades entre as macrorregiões de saúde de Minas Gerais em relação ao maior número e complexidade dos hospitais, o que reflete diretamente na resolubilidade da atenção terciária, apontando a necessidade de se aprofundar no processo de regionalização, com uma gestão compartilhada e solidária, regulação eficiente na pactuação de contratos, que considere a articulação interfederativa para a implementação das RAS.

Neste sentido, Cecílio e Merhy (2003) ponderam que:

A gestão do hospital centrada no cuidado deverá aprender a trabalhar, de forma radical, o hospital como apenas uma das “estações” da rede de cuidado. Nesta medida, reiteramos, que o papel do hospital no “sistema de saúde” não pode se restringir a fazer contrarreferência de pacientes encaminhados. Dos coordenadores das linhas de produção de cuidado, espera-se uma postura mais ativa na construção destes fluxos institucionais, estabilizados e regulares de pacientes entre as “estações” produtoras de cuidados. Para isso são necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, em particular

com as secretarias municipais de saúde ou outros gestores, com as coordenações de distritos (ou regiões) de saúde (onde existirem) e com as unidades básicas. (p.18)

Costa *et al* (2010) compartilharam a experiência exitosa de hospital de capital da região sudeste, na perspectiva de se apresentar como uma estação do cuidado, inserida na rede e atuando na lógica do usuário. Dessa maneira, a clínica foi incorporada como eixo orientador do cálculo estratégico dos gestores para a tomada de decisão nos vários níveis assistenciais, estruturando um novo modelo denominado:

“Modelo de Gestão do Cuidado. Nesse modelo, compreende-se a clínica como a decodificação de questões humanas através da escuta num processo de produção de relações e de intervenções de forma partilhada, em ato, entre sujeitos portadores de saberes, práticas, desejos, interesses e expectativas, combinando necessidades e modos tecnológicos de agir e promovendo vínculo e, evitando a fragmentação do cuidado por um agir interdisciplinar e multiprofissional em rede.” (Costa et al, 2010. p.556).

Os mesmos autores acima citados afirmam que o hospital desde então se consolidou como uma estação cuidadora, importante unidade de referência para Região Metropolitana, diariamente invadida pelas dificuldades e potencialidades do SUS, enquanto ponto de uma rede constituída por distintos atores, serviços de saúde e complexidades.

Merhy e Cecílio (2003) chamam a atenção para a necessidade de refletirmos sobre a micropolítica hospitalar, onde existem complexas relações de poder, para darmos conta da singularidade dos desafios presentes na gestão das instituições hospitalares, superando as insuficiências e lacunas herdadas do paradigma estrutural-funcionalista.

Beltrammi e Camargo (2017) versam sobre os requisitos necessários para produção do “hospital contemporâneo – do SUS e para o SUS, comprometido e centrado no usuário”, eles afirmam que é inevitável avançar em projetos mais científicos, objetivantes e reguladores, visto que produzem um bem que as pessoas querem e necessitam, fazendo sentido para usuários, trabalhadores e gestores. Este modelo pode aumentar a previsibilidade, sustentabilidade, eficiência, capacidade técnica, científica e econômica dos hospitais.

Entre as reflexões produzidas a partir deste estudo fica evidente a necessidade de se institucionalizar uma cultura de avaliação dos hospitais que compõem o SUS, enquanto dispositivos das RAS, com objetivo de melhorar a qualidade dos serviços ofertados, de modo que os usuários tenham acesso a esses serviços de acordo com suas necessidades e o mais próximo possível de onde habitam.

Concluimos com as contribuições de Merhy e Cecílio (2003), onde pontuam que os hospitais contemporâneos precisam superar as insuficiências do modelo funcionalista/sistêmico, abordando de maneira eficaz as questões da micropolítica do hospital, em particular de seus mecanismos de coordenação. Para tanto, precisam adotar estratégias que não se findam nos estabelecimentos hospitalares, mas que precisam ser tecidas com uma ampla rede de outros serviços de saúde e várias políticas governamentais de defesa da vida dos usuários. “Trata-se, então, de um novo lugar do hospital no sistema de saúde e não no mercado” (p.112).

8. REFERÊNCIAS

AGRESTI, A.; KATERI, M. **Categorical Data Analysis**. Gainesville, Florida: John Wiley, 2013.

BELTRAMMI, D. G. M; CAMARGO, V. M. **Práticas e saberes no hospital contemporâneo: o novo normal**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2017.

BINSFELD, L., RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2017, 22(1):209-220. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.12822015>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Seção X, p.18.055. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral dos Sistemas de Informação. **Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2003** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>. Acesso em: 10 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 3.390, 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: Editora MS, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1518.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**, 2005. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 29 de jun. de 2011. Seção 1, n. 123, p. 1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf. Acesso em: 13 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O papel do Hospital na rede de atenção à saúde. **Rev. Consensus**, 1v.1, n.1, p.13-22, 2014. http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf. Acesso em: 05 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Cadernos de Atenção Especializada: Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília: MS; 2004. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reforma_sistema_atencao_hospitalar_brasileiro.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 6 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015**. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html. Acesso em: 19 de set. de 2019.

BRASIL/MS. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Abr. 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>. Acesso em: 15 de out. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 15 dez. 2020.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES Notas Técnicas. 2020. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm. Acesso em 27 dez. 2019.

CAMPOS, R. O; FURTADO, J. P. **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. 3 ed. Porto: Afrontamento, 1998. 295 p.

CECÍLIO, L. C. O; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar** / The completeness of the care as axle of hospital management. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araújo de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.197-210, ilus.

CHAVES, L. A. al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 24, 06 jan. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2021000100406&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 16 fev. 2021.

CHAMPANGNE et al., 2011. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle, A. et al. (Orgs.) **Avaliação: conceitos e métodos**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

COSTA, M. A.; et al. Hospital Risoleta Tolentino Neves: o desafio de produzir assistência e ensino baseados no modelo de linhas de cuidado. In: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. (Org.) **Desafios e inovação na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

COUTINHO, A. A. P., **Classificação de risco no serviço de emergência: uma análise para além da sua dimensão técnico-assistencial**. 2006 - 2010. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 204. 2010.

CONTANDIOUPOULOS, A.P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

DE SETA, M. H.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, G. O. de. (Orgs.). **Gestão e Vigilância Sanitária: Modos Atuais do Pensar e Fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Jama**, v. 260, n.12, p. 1743-1748, 1980 Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>. Acesso em: 03 jun. 2020.

FAUSTO, M.C. R; MATTA G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo AD (org). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro, ESPJV/FIOCRUZ, v.4, 2007. p.43-67.

GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

- GOMES, T. S. **Uma análise dos diferentes tipos de agentes contratantes das Equipes de Atenção Básica no Brasil e certificação de qualidade.** 2018. 149 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.
- HAIR, J. F.; et al. **Análise Multivariada de Dados.** Porto Alegre: Bookman. 2009.
- HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, p. 331-336, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026. Acesso em: 05 jun. 2020.
- HARTZ, Z.M.A; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- HOLLANDER, M.; WOLFE, D. A. **Nonparametric Statistical Methods.** New York: John Wiley & Sons, 1999.
- JARDIM, S. **A história da saúde pública no Brasil – 500 anos na busca de soluções.** Direção: JARDIM, Sylvia. Editor: Selo Fiocruz Vídeo. Dvd (17min.): Palm, Son., color, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16186>. Acesso em: 01 mai. 2020.
- JORGE, A. de O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 1998 - 2002. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p. 254. 2002.
- LA FORGIA, G.M.; COUTOLLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** São Paulo: Singular, 2009.
- LÉLIS, L. J. B. **Indicador de Resolubilidade como Instrumento de Avaliação da Regionalização da Assistência à Saúde no SUS/MG.** Brasília: CONSAD, 2012.
- LIMA, S. M. L.; BARBOSA, P. R.; PORTELA, M. C.; UGÁ, M. A. D.; VASCONCELLOS, M. M.; GERCHIMAN, S. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.20, n.5, pp.1249-1261, set-out 2004.
- LIMA, J. G. **Atributos da Atenção Primária nas regiões de saúde: uma análise dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** 2016.244 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MALACHIAS, I. et al. **A resolubilidade e os vazios da assistência hospitalar micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução - 2003/2010**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MALACHIAS, I.; AMORIM, A.L.G.; LÉLIS, L.J.B.; PINTO, M.A.S.; SIQUEIRA, M. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2011.

MALTA, D.C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Rev Bras Epidemiol**, Lugar, v. 22, n. 1, p. inicial – final, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>. Acesso em: 19 dez. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Acesso em: 19 dez. 2019.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p. Acesso em: 19 dez. 2019.

MENDES, E. V. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Acesso em: 19 dez. 2019.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**. 2003; 22(64): 110-122.

MERHY, E; E. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. **Saúde em Redes**. Lugar, v.1, n.1, p. 07-14, 2015. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309>. Acesso em: 06 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 13 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate**. Brasília, OPAS/OMS, 2011. Acesso em: 19 dez. 2019.

ROSA, T. O papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde. **Consensus**, Brasília, edição 11, abril, maio e junho de 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SANTOS, A. M; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, 622-631. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG). 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 18 abr. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Portal da Vigilância em Saúde, 2020. Vigilância Sanitária: Serviços de Saúde. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/diretoria-de-servicos-de-saude/>. Acesso em 14 nov. 2019.

SHAPIRO, S. S.; WILK, M. B. An analysis of variance test for normality (complete sample). **Biometrika**, Great Britain, v. 52, n. 3, p. 591-611, 1965.

SILVA, S. F. (org.). **Redes de Atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2011. 202p.

VIACAVA, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6. jun. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751. Acesso em: 07 abr. 2021.

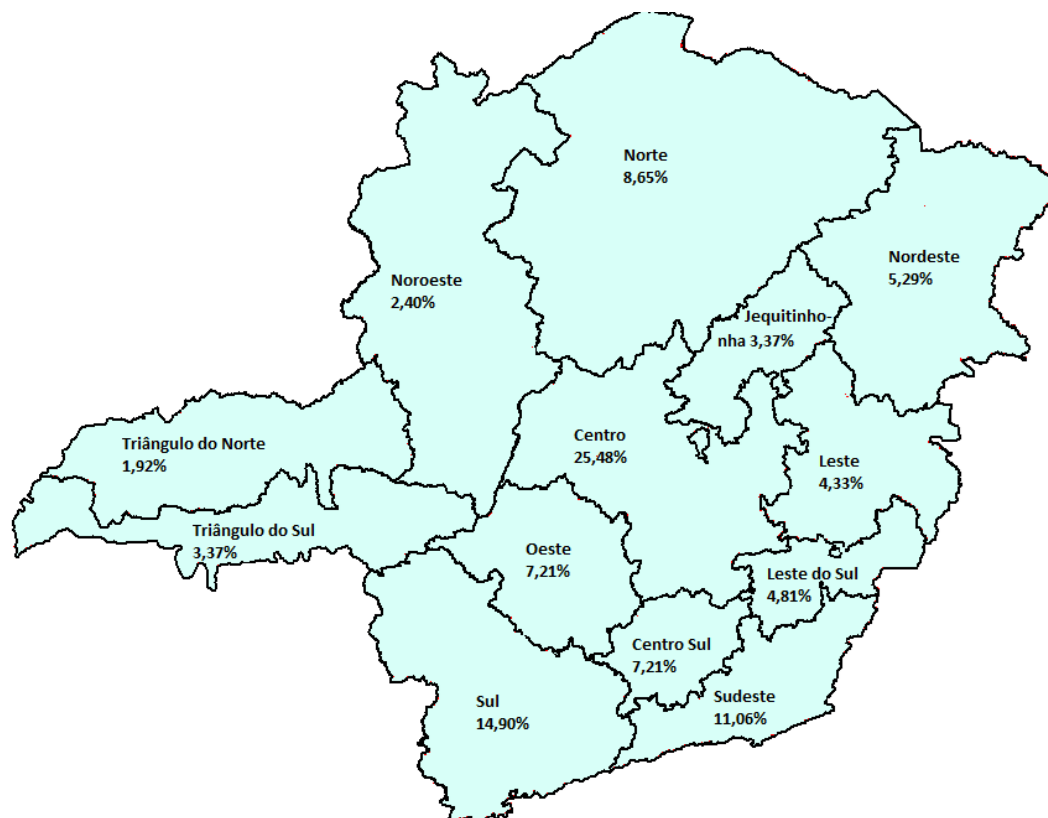
VIANA, et al. **Relatório Teórico Metodológico: Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBS): as CIBS e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS**. São Paulo, 2010.

VIANA, et al. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 1791-1798. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1791.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2019.

YAZLLE ROCHA, J. S.; SIMÕES, B. J. G. Estudo da assistência hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 1, fev. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n1/0022.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2020.

9. APÊNDICES

Apêndice 1. Distribuição percentual das unidades hospitalares por macrorregião de saúde de Minas Gerais



Fonte: Banco dados do PNASS, MG – NESCON/UFMG

Apêndice 2. Hospitais habilitados em oncologia de Minas Gerais

MACRO	MUNICÍPIO	UNIDADE	RESpondeu BLOCO V
Centro	Belo Horizonte	Associação dos Amigos do Hospital Mário Penna	Sim
		Fundação Benjamin Guimarães (Hospital da Baleia)	Sim
		Fundação Felice Rosso Hospital Felício Rocho	Sim
		Hospital das Clínicas da UFMG	Sim
		Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte	Sim
		Hospital São Francisco de Assis	Sim
		Hospital Alberto Cavalcanti / FHEMIG	Sim
	Itabira	Hospital Nossa Senhora das Dores	Não
	Sete Lagoas	Hospital Nossa Senhora das Graças	Não
	Curvelo	Hospital Imaculada Conceição	Não
Betim	Hospital Regional de Betim	Sim	
Centro Sul	Barbacena	Hospital Ibiapaba	Sim
	São João Del Rei	Santa Casa de Misericórdia	
Oeste	Divinópolis	Fundação Geraldo Corrêa H.S. João de Deus	Sim
	Itaúna	Hospital Manoel Gonçalves	
Leste	Gov.Valadares	Hospital Samaritano/ Beneficência Social Bom Samaritano	Sim
	Ipatinga	Fundação São Francisco Xavier/Hosp Márcio Cunha	Sim
Leste do Sul	Ponte Nova	Hospital Nossa Senhora das Dores	Sim
Sudeste	Cataguases	Hospital de Cataguases	Sim
	Muriaé	Hospital Cristiano Varella	Sim
	Juiz de Fora	ASCOMCER Hospital Maria José Baeta Reis	Não
		Hospital Dr. João Felício S/A	Sim
Instituto Oncológico	Sim		
Norte	Montes Claros	Irmandade N. Sra. Mercês Sta. Casa Caridade	Sim
		Fundação Dilson de Quadros Godinho	Sim
Noroeste	Patos de Minas	Hospital São Lucas	Sim
Nordeste	Teófilo Otoni	Hospital Bom Samaritano	Não
Triângulo do Sul	Uberaba	Ass.Combate Câncer Brasil Centr.Hosp.Dr.Hélio Angotti	Sim
		Hospital Esc. Fac.Med. Triângulo - Fund. Ensino Pesq.	Sim
Triângulo do Norte	Uberlândia	Fundação de Assistência Estudo e Pesq. Uberlândia	Sim
		Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro	Não
Sul	Alfenas	Casa de Caridade de Alfenas/Santa Casa Misericórdia	Sim
	Passos	Santa Casa de Misericórdia de Passos	Sim
	Poços de Caldas	Santa Casa de Misericórdia de Poços de Caldas	Sim

		Clínica Memorial Ltda (Radioterapia)	Não
	Varginha	FHOMUV - Hospital Bom Pastor	Sim
	Pouso Alegre	Hospital das Clínicas Samuel Libânio	Sim
		Instituto Sul Mineiro de Oncologia	Não

Fonte: Banco dados do PNASS, MG – NESCON/UFMG

Apêndice 3. Teste de Kruskal-Wallis – Indicador geral X Porte hospitalar

Critérios	Porte hospitalar	N válidos	Média	E.P.	Q1	Q2	Q3	Valor-p
Geral	Pequeno	5	0,69	0,11	0,62	0,73	0,79	<0,001
	Médio	148	0,68	0,01	0,59	0,70	0,79	
	Grande	44	0,84	0,02	0,77	0,87	0,93	
	Especial	7	0,92	0,02	0,90	0,94	0,95	
Teste de Kruskal-Wallis								
H0: Não há diferença entre o indicador geral por porte hospitalar								
H1: Pelo menos o indicador geral de um porte se difere dos demais								

Fonte: Banco dados do PNASS, MG – NESCON/UFMG

Apêndice 4 . Indicador geral dos hospitais de Minas Gerais por Clusters – Macrorregião - Porte

Ótimo Cluster 1	Bom Cluster 2
Freq. Absoluta (57) - Freq. Relativa (27,84%)	Freq. Absoluta (67) - Freq. Relativa (32,84%)
HOSPITAL WAGNELO DE BELO HORIZONTE - Centro - Grande	HOSPITAL SOFIA FELDMAN - Centro - Grande
COMPLEXO HOSPITALAR SAO FRANCISCO - Centro - Grande	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI - Centro - Médio
HOSPITAL FELICIO ROCHÓ - Centro - Grande	HOSPITAL MATERNIDADE SAO JOSE - Centro Sul - Médio
HOSPITAL JOAO XXIII - Centro - Especial	HOSP. POLICLINICA E MATERIDADE DE BARBACENA - Centro Sul - Médio
HOSPITAL INFANTIL JOAO PAULO II - Centro - Grande	IRM. DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES - Sudeste - Médio
MATERIDADE ODETE VALADARES - Centro - Grande	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA - Leste do Sul - Médio
SANTA CASA DE BELO HORIZONTE - Centro - Especial	HOSPITAL SAO SEBASTIAO - Leste do Sul - Médio
HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE K - Centro - Grande	CASA DE SAUDE SAO FRANCISCO DE ASSIS DE BAMBUI - Oeste - Médio
HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG - Centro - Especial	HOSPITAL DERA LDO GUIMARAES - Nordeste - Médio
HOSPITAL RISO LETA TOLENTINO NEVES - Centro - Grande	HOSPITAL MUNICIPAL MONGE ENHOR FLAVIO DAMATO - Centro - Médio
HOSPITAL IRIA PABO CEBAIMS - Centro Sul - Médio	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES - Leste do Sul - Médio
HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO - Sudeste - Grande	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS - Sul - Médio
NOVA LIMA HOS P. NOSSA SENHORA DE LOURDES - Centro - Médio	HOSPITAL VAZ MONTIRO - Sul - Médio
HOSPITAL BOMSA MARITANO - Leste - Médio	CASA DE SAUDE SANTA IZABELCESSI - Centro - Médio
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA - Sul - Médio	CATE SANTA CASA DE CATE - Centro - Médio
HOSP. DAS CLINICAS MULLER BANJO POLIO ALEGRE - Sul - Grande	HOSPITAL CASIANO CAMPOLINA - Centro Sul - Médio
HOSPITAL SAO VICENTE TURMALINA - Jequitinhonha - Médio	HOSPITAL DR. MOISÉS MAGALHÃES FREIRE - Norte - Grande
SANTA CASA DE CARIDADE - Jequitinhonha - Médio	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSIS - Sudeste - Médio
HOSPITAL VALE DO JEQUITINHONHA - Nordeste - Médio	CASA DE CARIDADE DE OURO FINO - Sul - Médio
HOS P. DE CLINICAS DE UBERLÂNDIA - Triângulo do Norte - Especial	SANTA CASA DE POÇOS DE CALDAS - Sul - Grande
SANTA CASA DE PARAGUAI - Sul - Grande	FUND. MINAS NOVAS HOSP. DR. BARBARO JUNIOR - Jequitinhonha - Médio
HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO - Centro - Médio	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO ARAUCÁRI - Nordeste - Médio
HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS - Norte - Grande	FUNDAÇÃO HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO - Jequitinhonha - Médio
HOS P. E MATER. N. THEZINHA DE JESUS - Sudeste - Grande	SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA - Centro Sul - Grande
ONCOLOGICO - Sudeste - Médio	HE PA - Nordeste - Médio
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA - Sudeste - Especial	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS - Sul - Médio
SANTA CASA DE ALFENAS - Sul - Médio	HOSPITAL MATERNIDADE VITAL BRAZILI - Leste - Médio
HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES - Centro - Médio	HOSPITALS AO LUIZ DE FOLGOSA - Oeste - Médio
HOSPITAL MUNICIPAL DOLIBHÉREMS - Centro - Especial	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU DE OLIVEIRA - Oeste - Médio
CASA DE SAUDE PADRE DAMIAO - Sudeste - Grande	SANTA CASA NOSSA SENHORA DAS MERCES - Centro - Médio
HOSPITAL DO CANCER DE MURIAE - Sudeste - Grande	HOSPITAL DR JOAO FELICIO - Sudeste - Médio
CLINICAS INTEGRADAS HOS P. UNIV. MARIO PALMERIO - Triângulo do Sul - Grande	HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS - Oeste - Grande
HOSPITAL MADRE TERESA - Centro - Grande	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOAO DEL REI - Centro Sul - Grande
ASSOCIAÇÃO MARIO PENNA - Centro - Grande	SANTA CASA DE OURO PRETO - Centro - Médio
CASA CARIDADE SANTA TEREZA - Jequitinhonha - Médio	HOSPITAL DOUTOR HELIO AMGOTTI - Triângulo do Sul - Médio
HOSPITAL MARCIO CUNHA - Leste - Especial	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO DO CARMO - Leste - Médio
HOSPITAL RINALDO GAZZAZA FILHO - Leste do Sul - Médio	HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO - Sul - Médio
HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACIAS - Centro - Grande	HOSPITAL CÉSAR LEITE - Leste do Sul - Grande
HOSPITAL DE CLINICAS DA UFTM - Triângulo do Sul - Grande	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES - Centro Sul - Médio
HOSPITAL SANTA ROSALIA - Nordeste - Grande	HOSPITAL SANTO ANTONIO - Centro - Médio
HOSPITAL ESCOLA ABELITAUBA - Sul - Médio	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS ANJOS - Nordeste - Médio
HOSPITAL PILADELFA - Nordeste - Pequeno	SANTA CASA DE CAMPO BELLO - Leste - Médio
HOSPITAL UNIV. DA UNIVERSIDA DE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - Sudeste - Grande	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPATINGA - Leste - Médio
HOSPITAL ROLDO TOURINHO - Norte - Grande	HOSPITAL SANTA ISABEL - Sudeste - Grande
HOSPITAL DILSON GODINHO - Norte - Médio	HOSPITAL MUNICIPAL DE COITÁ GEM - Centro - Grande
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA - Norte - Grande	HOSPITAL SAO JOSE - Triângulo do Norte - Médio
HOSPITAL MUNICIPAL - Leste - Grande	MARIANA HOSPITAL MONGE ENHOR HORTA - Centro - Médio
HOSPITAL DA BALEIA - Centro - Grande	HOSPITAL N. SRA. DA CONCEICAO DE PARA DE MINAS - Oeste - Médio
HOSPITAL PAULO DE TARSO GERIATRIA E REABILITACAO - Centro - Médio	HOSPITAL ANTONIO MOREIRA DA COSTA STARITA SA PUCARI - Sul - Médio
BHOCOR INS TITUTO - Centro - Grande	HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS - Nordeste - Médio
HOSPITAL MARGARIDA - Centro - Médio	HOSPITAL SAO SEBASTIAO - Sul - Médio
HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE - Jequitinhonha - Médio	HOSPITALS AO VICENTE DE PAULO DE UBA - Sudeste - Médio
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS - Sul - Grande	HOSPITALS AO JOAO BATISTA - Sudeste - Médio
HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSÉ AMÉRICO - Centro Sul - Médio	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO - Leste do Sul - Médio
HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS - Centro - Grande	HOSPITAL REGIONAL DOS ULDES MINAS - Sul - Médio
CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITALS AO PAULO - Sudeste - Grande	HOSPITAL BOM PASTOR - Sul - Médio
HOSP. E MAT. MUNICIPAL DR ODELMO LEAO CARNEIRO - Triângulo do Norte - Grande	HOSPITAL COONEGO MONTES RASO - Sul - Médio
	HOSPITAL DR CANDIDO JUMQUEIRA - Sul - Médio
	CASA DE CARIDADE DE SAO LOURENÇO - Sul - Médio
	CASA DE SAUDE SANTA FE - Sul - Médio
	SANTA CASA DE ANDRA DÁS - Sul - Médio
	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI - Sul - Médio
	HOSPITAL SAO FRANCISCO - Centro - Pequeno
	IRMANDADE DAS SANTA CASAS DE CARIDADE DE MACHADO - Sul - Pequeno
	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAJUPE - Sul - Médio
	HOSPITAL DE SANTOS DUMONT - Sudeste - Médio
	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA - Norte - Médio

Para facilitar a leitura, colocamos abaixo o conteúdo dentro de cada Cluster:

Cluster 1: Ótimo

Frequência Absoluta = 57; Frequência Relativa = 27,64%

Hospital Evangélico de Belo Horizonte - Centro - Grande

Complexo Hospitalar São Francisco - Centro - Grande

Hospital Felício Rocho - Centro - Grande

Hospital João XXIII - Centro - Especial

Hospital Infantil João Paulo II - Centro - Grande

Maternidade Odete Valadares - Centro - Grande

Santa Casa de Belo Horizonte - Centro - Especial

Hospital Júlia Kubitschek - Centro - Grande

Hospital das Clínicas da UFMG - Centro - Especial

Hospital Risoleta Tolentino Neves - Centro - Grande

Hospital Ibiapaba Cebams - Centro Sul - Médio

Hospital Regional João Penido - Sudeste - Grande

Nova Lima Hosp. Nossa Senhora de Lourdes - Centro - Médio

Hospital Bom Samaritano - Leste - Médio

Santa Casa de Misericórdia de Itajubá - Sul - Médio

Hosp. das Clínicas Samuel Libanio Pouso Alegre - Sul - Grande

Hospital São Vicente Turmalina - Jequitinhonha - Médio

Santa Casa de Caridade - Jequitinhonha - Médio

Hospital Vale do Jequitinhonha - Nordeste - Médio

Hosp. de Clínicas de Uberlândia - Triângulo do Norte - Especial

Santa Casa de Paraíso - Sul - Grande

Hospital Imaculada Conceição - Centro - Médio

Hospital Santa Casa de Montes Claros - Norte - Grande

Hosp. e Matern. Therezinha de Jesus - Sudeste - Grande

Oncológico - Sudeste - Médio

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - Sudeste - Especial

Santa Casa de Alfenas - Sul - Médio

Hospital Eduardo de Menezes - Centro - Médio

Hospital Municipal Odilon Bherens - Centro - Especial

Casa de Saúde Padre Damião - Sudeste - Grande

Hospital do Câncer de Muriaé - Sudeste - Grande
 Clínicas Integradas Hosp. Univ. Mário Palmério - Triângulo do Sul - Grande
 Hospital Madre Teresa - Centro - Grande
 Associação Mario Penna - Centro - Grande
 Casa Caridade Santa Tereza - Jequitinhonha - Médio
 Hospital Márcio Cunha - Leste - Especial
 Hospital Arnaldo Gavazza Filho - Leste do Sul - Médio
 Hospital Nossa Senhora das Graças - Centro - Grande
 Hospital de Clínicas da UFTM - Triângulo do Sul - Grande
 Hospital Santa Rosália - Nordeste - Grande
 Hospital Escola Aisi Itajubá - Sul - Médio
 Hospital Philadelphia - Nordeste - Pequeno
 Hospital Univ. da Universidade Federal de Juiz de Fora - Sudeste - Grande
 Hospital Aroldo Tourinho - Norte - Grande
 Hospital Dilson Godinho - Norte - Médio
 Hospital Universitário Clemente de Faria - Norte - Grande
 Hospital Municipal - Leste - Grande
 Hospital da Baleia - Centro - Grande
 Hospital Paulo de Tarso Geriatria E Reabilitação - Centro - Médio
 Biocor Instituto - Centro - Grande
 Hospital Margarida - Centro - Médio
 Hospital de Nossa Senhora da Saúde - Jequitinhonha - Médio
 Santa Casa de Misericórdia de Passos - Sul - Grande
 Hospital Regional De Barbacena Dr. Jose Américo - Centro Sul - Médio
 Hospital Universitário Ciências Médicas - Centro - Grande
 Casa De Caridade De Muriaé Hospital São Paulo - Sudeste - Grande
 Hosp. e Mat. Municipal Dr. Odelmo Leão Carneiro - Triângulo do Norte - Grande

Cluster 2: Bom

Frequência Absoluta = 67; Frequência Relativa = 32,84%

Hospital Sofia Feldman - Centro - Grande
 Hospital Alberto Cavalcanti - Centro - Médio
 Hospital e Maternidade São Jose - Centro Sul - Médio

Hosp. Policlínica e Maternidade de Barbacena - Centro Sul - Médio
Irm. da Santa Casa de Misericórdia de Cataguases - Sudeste - Médio
Hospital São Joao Batista - Leste do Sul - Médio
Hospital São Sebastiao - Leste do Sul - Médio
Casa de Saúde São Francisco de Assis de Bambuí - Oeste - Médio
Hospital Deraldo Guimaraes - Nordeste - Médio
Hospital Municipal Monsenhor Flávio Damato - Centro - Médio
Hospital Nossa Senhora das Dores - Leste do Sul - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Lavras - Sul - Médio
Hospital Vaz Monteiro - Sul - Médio
Casa de Saúde Santa Izabel Cssi - Centro - Médio
Caete Santa Casa de Caeté - Centro - Médio
Hospital Cassiano Campolina - Centro Sul - Médio
Hospital Dr. Moises Magalhães Freire - Norte - Grande
Casa de Caridade Leopoldinense - Sudeste - Médio
Casa de Caridade de Ouro Fino - Sul - Médio
Santa Casa de Poços de Caldas - Sul - Grande
Fund. Minas Novas Hosp. Dr. Badaró Junior - Jequitinhonha - Médio
Hospital São Vicente de Paulo Araçuaí - Nordeste - Médio
Fundação Hospitalar São Vicente de Paulo - Jequitinhonha - Médio
Santa Casa Misericórdia Barbacena - Centro Sul - Grande
HEFA - Nordeste - Médio
Santa Casa de Misericórdia do Hosp. São Francisco de Assis - Sul - Médio
Hospital e Maternidade Vital Brazil - Leste - Médio
Hospital São Luiz de Formiga - Oeste - Médio
Hospital São Judas Tadeu de Oliveira - Oeste - Médio
Santa Casa Nossa Senhora das Mercês - Centro - Médio
Hospital Dr. João Felício - Sudeste - Médio
Hospital São João de Deus - Oeste - Grande
Santa Casa da Misericórdia de São João del Rei - Centro Sul - Grande
Santa Casa de Ouro Preto - Centro - Médio
Hospital Doutor Hélio Angotti - Triângulo do Sul - Médio
Hospital Nossa Senhora do Carmo - Leste - Médio
Hospital Universitário Alzira Velano - Sul - Médio

Hospital Cesar Leite - Leste do Sul - Grande
Hospital Nossa Senhora das Mercês - Centro Sul - Médio
Hospital Santo Antônio - Centro - Médio
Hospital Nossa Senhora dos Anjos - Nordeste - Médio
Santa Casa de Campo Belo - Oeste - Médio
Hospital Municipal de Ipatinga - Leste - Médio
Hospital Santa Isabel - Sudeste - Grande
Hospital Municipal de Contagem - Centro - Grande
Hospital São José - Triângulo do Norte - Médio
Mariana Hospital Monsenhor Horta - Centro - Médio
Hospital N. Sra. Da Conceição de Para de Minas - Oeste - Médio
Hospital Antônio Moreira da Costa Santa Rita Sapucaí - Sul - Médio
Hospital Regional Antônio Dias - Noroeste - Médio
Hospital São Sebastião - Sul - Médio
Hospital São Vicente de Paulo de Ubá - Sudeste - Médio
Hospital São João Batista - Sudeste - Médio
Hospital Nossa Senhora da Conceição - Leste do Sul - Médio
Hospital Regional do Sul de Minas - Sul - Médio
Hospital Bom Pastor - Sul - Médio
Hospital Conego Monte Raso - Sul - Médio
Hospital Dr. Candido Junqueira - Sul - Médio
Casa de Caridade de São Lourenço - Sul - Médio
Casa de Saúde Santa Fé - Sul - Médio
Santa Casa de Andradas - Sul - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Piumhi - Sul - Médio
Hospital São Francisco - Centro - Pequeno
Irmandade da Santa Casa de Caridade de Machado - Sul - Pequeno
Santa Casa de Misericórdia de Guaxupé - Sul - Médio
Hospital de Santos Dumont - Sudeste - Médio
Hospital Regional de Janaúba - Norte – Médio

Cluster 3: Regular

Frequência Absoluta = 42; Frequência Relativa = 20,59%

Hospital Santo Antônio - Norte - Médio
Hospital Municipal de Paracatu - Noroeste - Médio
Hospital São José São Camilo - Leste - Médio
Hospital Manoel Gonçalves - Oeste - Médio
Sabará Hospital Cristiano Machado - Centro - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Sabará - Centro - Médio
Casa de Saúde Maternidade N. Sra. Das Graças - Leste - Pequeno
Hospital Municipal de Bocaiúva - Norte - Médio
Hospital São Salvador - Sudeste - Médio
Instituto Nossa Senhora do Carmo - Centro Sul - Médio
Hosp. Pub. Regional Pref. Osvaldo Rezende Franco - Centro - Grande
Hospital e Maternidade São Lucas de Extrema - Sul - Médio
Hospital Ana Moreira Salles Cambuí - Sul - Médio
Hospital São Carlos de Lagoa da Prata - Oeste - Médio
Hosp. Mun. Geraldo Ferreira Gandra - Jequitinhonha - Médio
Hospital Queluz - Centro Sul - Médio
Hospital Santa Rita - Nordeste - Médio
Unid. Mista Municipal Dr. Bricio de Castro Dourado - Norte - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Pitangui - Oeste - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Santo Antônio do Monte - Oeste - Médio
Hospital Regional Imaculada Conceição - Centro - Médio
Hospital Nossa Senhora das Dores - Centro - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Monte Santo - Sul - Médio
Hospital São Vicente de Paulo Rio Pomba - Sudeste - Médio
Hospital Wanda Andrade Drummond - Centro - Médio
Casa de Caridade São Vicente de Paulo - Sudeste - Médio
Casa de Saúde São José - Triângulo do Sul - Médio
Hospital Bom Jesus - Centro Sul - Médio
Asilo de Caridade Santa Casa de Bom Sucesso - Centro Sul - Médio
Hosp. São Vicente de Paulo de Águas Formosas - Nordeste - Médio
Maternidade Municipal de Contagem - Centro - Médio
Fundajan - Norte - Médio
Santa Casa e Hospital São Vicente - Norte - Médio

Santa Casa de Misericórdia. N. Sra. do Patrocínio - Triângulo do Norte - Grande
 Hospital Municipal Dr. Raimundo Gobira - Nordeste - Médio
 Itabirito Hospital São Vicente de Paulo - Centro - Médio
 Hospital Nossa Senhora das Dores - Centro - Grande
 Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado - Noroeste - Médio
 Casa de Caridade de Carangola - Sudeste - Grande
 Santa Casa de Misericórdia São Gonçalo do Sapucaí - Sul - Médio
 Vespasiano Fundação Vespasianense de Saúde - Centro - Médio
 Hospital e Maternidade Regional de Ibitaré - Centro – Médio

Cluster 4: Pior

Frequência Absoluta = 38; Frequência Relativa = 18,63%

Irmandade da Santa Casa de Muzambinho - Sul - Médio
 Hosp. N. Sra. de Lourdes de Alvinópolis - Leste do Sul - Médio
 Hosp. Municipal Antônio Carneiro Valadares - Noroeste - Médio
 Hospital Evangélico de Carangola - Sudeste - Médio
 Hospital Padre Júlio Maria - Leste do Sul - Médio
 Mateus Leme Hospital Santa Terezinha - Centro - Médio
 Hospital Nossa Senhora Auxiliadora - Leste - Grande
 Hospital Municipal Senhora Santana - Norte - Médio
 Hospital São Miguel - Nordeste - Médio
 Maternidade P Municipal Hayde Espejo Conroy - Centro - Médio
 Hosp. São Vicente de Paulo - Centro Sul - Médio
 Hospital N. Sra. do Rosário - Centro Sul - Médio
 Hospital N. Sra. do Brasil de Bambuí - Oeste - Médio
 Santa Casa de Itapeçerica - Oeste - Médio
 Hospital Senhora Aparecida de Luz - Oeste - Médio
 Hospital São José Virginópolis - Centro - Médio
 Santa Casa de Araxá - Triângulo do Sul - Médio
 Hospital Beneficência Portuguesa - Triângulo do Sul - Médio
 Hospital São Sebastião de Raul Soares - Leste do Sul - Médio
 Santa Casa de Arcos - Oeste - Médio
 Hospital Santa Casa de Bom Despacho - Oeste - Médio

Hospital Casa do Caminho - Triângulo do Sul - Médio
Hospital São Lucas - Noroeste - Médio
Hospital Municipal de Januária - Norte - Médio
P.S. Mun. Dr. Oswaldo Prediliano Santana - Norte - Médio
Hospital Afrânio Augusto Figueiredo - Norte - Médio
HPS Dr. Mozart Geraldo Teixeira - Sudeste - Médio
Hospital Prontosocor - Norte - Médio
Hospital da Criança - Centro - Médio
Hospital São Camilo - Centro Sul - Médio
Hospital Municipal São Judas Tadeu - Centro - Médio
Hosp. São Vicente de Paulo Mutum - Leste do Sul - Médio
Hospital Municipal de Francisco Sá - Norte - Médio
Hospital Antônio Alves da Costa - Sudeste - Médio
Casa de Caridade de Itanhandu - Sul - Médio
Santa Casa de Misericórdia de Boa Esperança - Sul - Médio
Hospital São João do Paraíso - Norte - Médio
Esmeraldas Hospital Municipal 25 de Maio - Centro - Pequeno

Apêndice 5. Média do indicador geral de cada Cluster

Indicadores	Cluster	N válidos	Média	E.P.	Q1	Q2	Q3	Valor-p
Geral	Cluster 1	57	0,91	0,01	0,87	0,90	0,95	<0,001
	Cluster 2	67	0,77	0,00	0,74	0,76	0,80	
	Cluster 3	42	0,64	0,01	0,61	0,64	0,66	
	Cluster 4	38	0,46	0,02	0,41	0,49	0,52	

Fonte: Banco dados do PNASS, MG – NESCON/UFMG

Apêndice 6. Descrição dos hospitais mineiros avaliados no PNASS 2015-2016 por macrorregião de saúde

Macrorregião de Saúde Centro



Macrorregião Centro

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Belo Horizonte	HOSPITAL SOFIA FELDMAN	Grande	275	Municipal	Privada	0,7899
Belo Horizonte	HOSPITAL EVANGÉLICO DE BELO HORIZONTE	Grande	162	Municipal	Privada	0,9493
Belo Horizonte	COMPLEXO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO	Grande	326	Municipal	Privada	0,9653
Belo Horizonte	HOSPITAL FELÍCIO ROCHO	Grande	299	Municipal	Privada	0,8750
Belo Horizonte	HOSPITAL JOÃO XXIII	Especial	577	Municipal	Estadual	0,9008
Belo Horizonte	HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II	Grande	157	Municipal	Estadual	0,8532
Belo Horizonte	HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI	Médio	106	Municipal	Estadual	0,7431
Belo Horizonte	MATERNIDADE ODETE VALADARES	Grande	171	Municipal	Estadual	0,8636
Belo Horizonte	SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	Especial	1086	Municipal	Privada	0,9375
Belo Horizonte	HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	Grande	369	Municipal	Estadual	0,9015
Belo Horizonte	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	Especial	504	Municipal	Federal	0,8519
Belo Horizonte	HOSPITAL RISOLETA TOLENTINO NEVES	Grande	368	Municipal	Privada	0,8478
Belo Horizonte	HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES	Médio	102	Municipal	Estadual	0,8947
Belo Horizonte	HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BEHRENS	Especial	505	Municipal	Municipal	0,8913
Belo Horizonte	HOSPITAL MADRE TERESA	Grande	332	Municipal	Privada	0,9325
Belo Horizonte	ASSOCIACAO MARIO PENNA	Grande	305	Municipal	Privada	0,9267
Belo Horizonte	HOSPITAL DA BALEIA	Grande	204	Municipal	Privada	0,8457

Belo Horizonte	HOSPITAL DA CRIANÇA	Médio	110	Municipal	Privada	0,4693
Belo Horizonte	HOSPITAL PAULO DE TARSO GERIATRIA E REABILITACAO	Médio	133	Municipal	Privada	0,8565
Belo Horizonte	BIOCOR INSTITUTO	Grande	311	Municipal	Privada	0,9710
Belo Horizonte	HOSPITAL UNIVERSITARIO CIENCIAS MEDICAS	Grande	202	Municipal	Privada	0,8690
Betim	CASA DE SAUDE SANTA IZABEL CSSI	Médio	132	Municipal	Estadual	0,7778
Betim	HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL PREFEITO OSVALDO REZENDE FRANCO	Grande	368	Municipal	Municipal	0,5833
Betim	MATERNIDADE P MUNICIPAL HAYDE ESPEJO CONROY	Médio	57	Municipal	Municipal	0,5119
Caeté	CAETE SANTA CASA DE CAETÉ	Médio	67	Estadual/Municipa l	Privada	0,7008
Contagem	MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	Médio	77	Municipal	Municipal	0,6579
Contagem	HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM	Grande	179	Municipal	Municipal	0,7579
Curvelo	HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	Médio	88	Municipal	Privada	0,9457
Curvelo	HOSPITAL SANTO ANTÔNIO	Médio	95	Municipal	Privada	0,7138
Esmeraldas	ESMERALDAS HOSPITAL MUNICIPAL 25 DE MAIO	Pequen o	40	Estadual/Municipa l	Municipal	0,3106
Guanhães	HOSPITAL REGIONAL IMACULADA CONCEICAO	Médio	80	Municipal	Privada	0,5985
Ibirité	HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL DE IBIRITÉ	Médio	93	Municipal	Municipal	0,6019
Itabira	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Grande	158	Municipal	Privada	0,6884

Itabirito	ITABIRITO HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Médio	60	Estadual	Privada	0,6625
João Monlevade	HOSPITAL MARGARIDA	Médio	120	Municipal	Privada	0,9132
Lagoa Santa	LAGOA SANTA HOSPITAL LINDOURO AVELAR	Médio	74	Municipal	Privada	-
Mariana	MARIANA HOSPITAL MONSENHOR HORTA	Médio	71	Estadual/Municipal	Privada	0,7235
Mateus Leme	MATEUS LEME HOSPITAL SANTA TEREZINHA	Médio	65	Estadual/Municipal	Privada	0,5644
Matozinhos	HOSPITAL WANDA ANDRADE DRUMMOND	Médio	55	Municipal	Privada	0,6468
Nova Era	HOSPITAL SÃO JOSÉ E MAT SRA DAS GRAÇAS	Médio	67	Estadual/Municipal	Privada	-
Nova Lima	NOVA LIMA HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES	Médio	101	Estadual/Municipal	Privada	0,8514
Ouro Preto	OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO	Médio	103	Municipal	Privada	0,7645
Ribeirão das Neves	HOSPITAL MUNICIPAL SÃO JUDAS TADEU	Médio	102	Municipal	Municipal	0,4430
Sabará	SABARA HOSPITAL CRISTIANO MACHADO	Médio	63	Municipal	Municipal	0,6250
Sabará	SABARA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SABARA	Médio	50	Municipal	Privada	0,5990
Santa Bárbara	SANTA CASA NOSSA SENHORA DAS MERCÊS	Médio	53	Municipal	Privada	0,7765
Santa Luzia	HOSPITAL DE SÃO JOÃO DE DEUS	Médio	82	Municipal	Privada	-
São Domingos do Prata	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Médio	50	Estadual/Municipal	Privada	0,6750

Sete Lagoas	HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR FLAVIO DAMATO	Médio	127	Municipal	Municipal	0,8083
Sete Lagoas	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	Grande	221	Municipal	Privada	0,8877
Três Marias	HOSPITAL SAO FRANCISCO VESPASIANO FUNDACAO	Pequeno	33	Municipal	Privada	0,7857
Vespasiano	VESPASIANENSE DE SAUDE	Médio	72	Municipal	Privada	0,6629
Virginópolis	HOSPITAL SÃO JOSÉ VIRGINÓPOLIS	Médio	51	Estadual/Municipal	Privada	0,4206
Indicador geral da macrorregião						0,7559

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Centro Sul



Macrorregião Centro-Sul

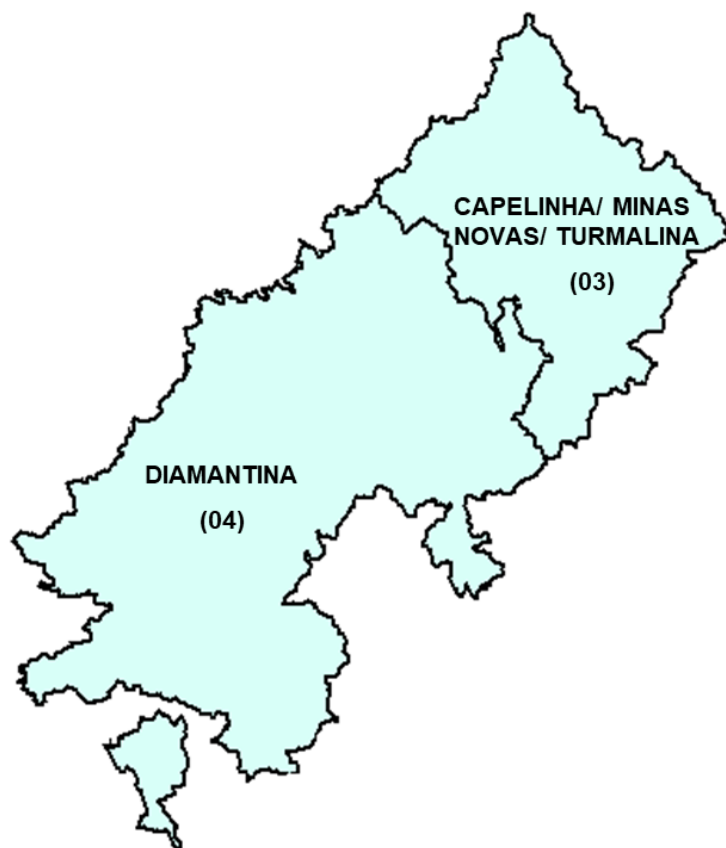
104

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Conselheiro Lafaiete	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	Médio	91	Municipal	Privada	0,7500
Barbacena	HOSPITAL POLICLINICA E MATERNIDADE DE BARBACENA	Médio	54	Municipal	Privada	0,7738
Barbacena	HOSPITAL IBIAPABA CEBAMS	Médio	116	Municipal	Privada	0,8542
Entre Rios de Minas	HOSPITAL CASSIANO CAMPOLINA	Médio	55	Estadual/Municipal	Privada	0,8070
Barroso	INSTITUTO NOSSA SENHORA DO CARMO	Médio	53	Estadual/Municipal	Privada	0,6667
Conselheiro Lafaiete	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	Médio	64	Municipal	Privada	0,4074
Conselheiro Lafaiete	HOSPITAL QUELUZ	Médio	61	Municipal	Privada	0,6326
Barbacena	SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	Grand e	160	Municipal	Privada	0,7174
Resende Costa	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO	Médio	72	Estadual/Municipal	Privada	0,4470
São João del Rei	SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SAO JOAO DEL REI	Grand e	155	Municipal	Privada	0,8167
Congonhas	HOSPITAL BOM JESUS	Médio	72	Municipal	Privada	0,6627
São João del Rei	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES	Médio	109	Municipal	Privada	0,8030
Bom Sucesso	ASILO DE CARIDADE SANTA CASA DE BOM SUCESSO	Médio	66	Estadual/Municipal	Privada	0,5952
Conselheiro Lafaiete	HOSPITAL SAO CAMILO	Médio	53	Municipal	Privada	0,5370

Barbacena	HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO	Médio	75	Municipal	Estadual	0,9508
Indicador geral da macrorregião						0,6948

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Jequitinhonha



Macrorregião Jequitinhonha

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Minas Novas	FUNDACAO MINAS NOVAS HOSPITAL DOUTOR BADARO JUNIOR	Méio	59	Estadual/Municipal	Privada	0,7121
Turmalina	HOSPITAL SAO VICENTE TURMALINA	Méio	59	Estadual/Municipal	Privada	0,8902
Capelinha	FUNDACAO HOSPITALAR SAO VICENTE DE PAULO	Méio	66	Estadual/Municipal	Privada	0,7917
Diamantina	SANTA CASA DE CARIDADE	Méio	100	Estadual/Municipal	Privada	0,9565
Itamarandiba	HOSPITAL MUNICIPAL GERALDO FERREIRA GANDRA	Méio	62	Estadual/Municipal	Municipal	0,6818
Serro	CASA CARIDADE SANTA TEREZA	Méio	56	Estadual/Municipal	Privada	0,8712
Diamantina	HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	Méio	97	Estadual/Municipal	Privada	0,8949
Indicador geral da macrorregião						0,8283

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Leste



Macrorregião Leste

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Aimorés	HOSPITAL SAO JOSE SAO CAMILO	Médio	52	Estadual	Privada	0,6349
Caratinga	HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA	Grande	157	Municipal	Privada	0,5227
Governador Valadares	HOSPITAL BOM SAMARITANO	Médio	124	Municipal	Privada	0,8833
Governador Valadares	CASA DE SAUDE MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS	Pequeno	48	Municipal	Privada	0,6198
Timóteo	HOSPITAL E MATERNIDADE VITAL BRAZIL	Médio	81	Estadual	Privada	0,7935
Resplendor	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO CARMO	Médio	65	Estadual	Privada	0,7579
Ipatinga	HOSPITAL MUNICIPAL DE IPATINGA	Médio	125	Municipal	Municipal	0,7458
Ipatinga	HOSPITAL MARCIO CUNHA	Especial	529	Municipal	Privada	0,9524
Governador Valadares	HOSPITAL MUNICIPAL	Grande	296	Municipal	Municipal	0,8447
Indicador geral da macrorregião						0,7506

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Leste do Sul

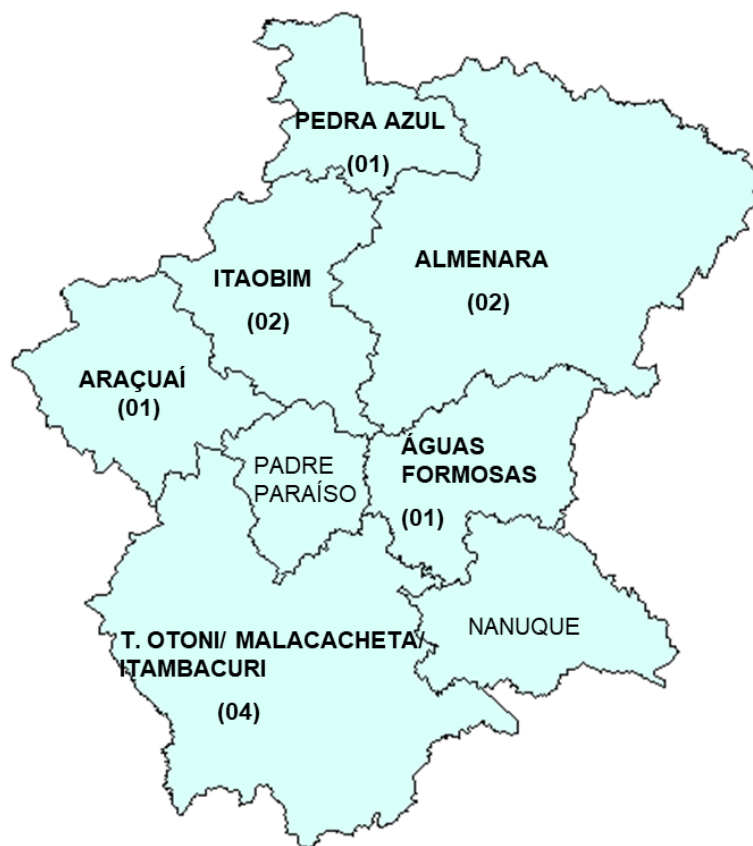


Macrorregião Leste do Sul

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Viçosa	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA	Médio	106	Municipal	Privada	0,7899
Viçosa	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	Médio	105	Municipal	Privada	0,7645
Alvinópolis	HOSPITAL NOSSA SENHORA DE LOURDES DE ALVINÓPOLIS	Médio	55	Estadual/Municipal	Privada	0,5083
Ponte Nova	HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS DORES	Médio	122	Municipal	Privada	0,8077
Manhumirim	HOSPITAL PADRE JÚLIO MARIA	Médio	113	Estadual/Municipal	Privada	0,2803
Raul Soares	HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO DE RAUL SOARES	Médio	50	Municipal	Privada	0,5217
Manhuaçu	HOSPITAL CESAR LEITE	Grande	209	Municipal	Privada	0,7063
Ponte Nova	HOSPITAL ARNALDO GAVAZZA FILHO	Médio	129	Municipal	Privada	0,9746
Mutum	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO MUTUM	Médio	51	Estadual/Municipal	Privada	0,2262
Abre Campo	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	Médio	69	Estadual	Privada	0,8106
Indicador geral da macrorregião						0,6390

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFM

Macrorregião de Saúde Nordeste

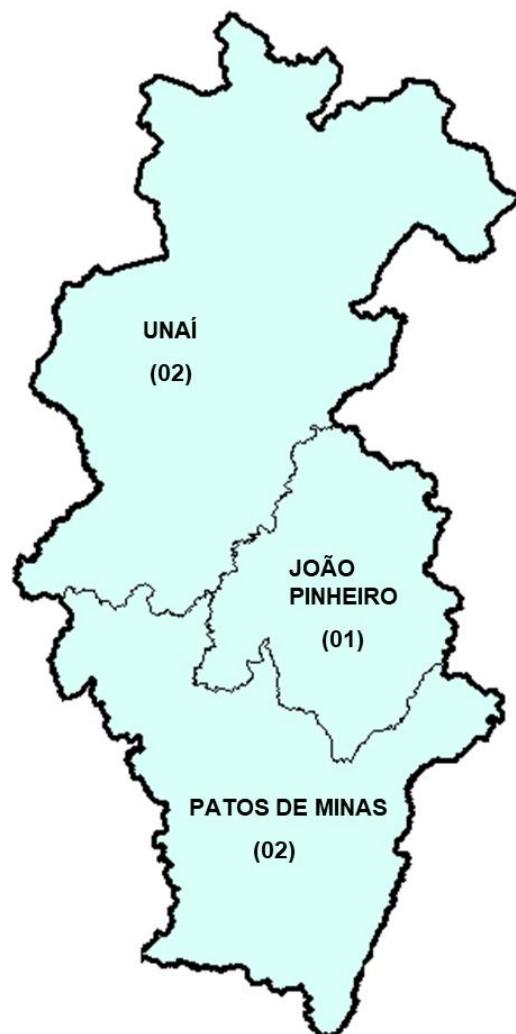


Macrorregião Nordeste

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Almenara	HOSPITAL DERALDO GUIMARAES	Médio	83	Estadual/Municipal	Privada	0,7955
Jequitinhonha	HOSPITAL SAO MIGUEL	Médio	83	Estadual/Municipal	Privada	0,4394
Araçuaí	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO ARACUAI	Médio	98	Municipal	Privada	0,8106
Medina	HOSPITAL SANTA RITA	Médio	56	Estadual/Municipal	Privada	0,6326
Pedra Azul	HEFA	Médio	70	Estadual/Municipal	Privada	0,7008
Itaobim	HOSPITAL VALE DO JEQUITINHONHA	Médio	73	Estadual/Municipal	Privada	0,8696
Águas Formosas	HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE AGUAS FORMOSAS	Médio	55	Municipal	Privada	0,6780
Itambacuri	HOSPITAL NOSSA SENHORA DOS ANJOS	Médio	61	Municipal	Privada	0,7727
Teófilo Otoni	HOSPITAL SANTA ROSALIA	Grande	183	Municipal	Privada	0,9549
Teófilo Otoni	HOSPITAL PHILADELFIA	Pequeno	37	Municipal	Privada	0,9778
Teófilo Otoni	HOSPITAL MUNICIPAL DR RAIMUNDO GOBIRA	Médio	67	Municipal	Municipal	0,6042
Indicador geral da macrorregião						0,7487

Fonte: Banco de dados do PNAAS 2015-2016, MG – NESCON/UFGM

Macrorregião de Saúde Noroeste



Macrorregião Noroeste

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Paracatu	HOSPITAL MUNICIPAL DE PARACATU	Médio	129	Municipal	Municipal	0,6468
	HOSPITAL MUNICIPAL ANTONIO					
João Pinheiro	CARNEIRO VALADARES	Médio	50	Municipal	Municipal	0,5125
Patos de Minas	HOSPITAL SAO LUCAS	Médio	136	Municipal	Privada	0,4071
Patos de Minas	HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	Médio	118	Municipal	Estadual	0,8116
	HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAQUIM					
Unaí	BROCHADO	Médio	66	Estadual/Municipal	Municipal	0,5873
Indicador geral da macrorregião						0,5931

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFGM

Macrorregião de Saúde Norte



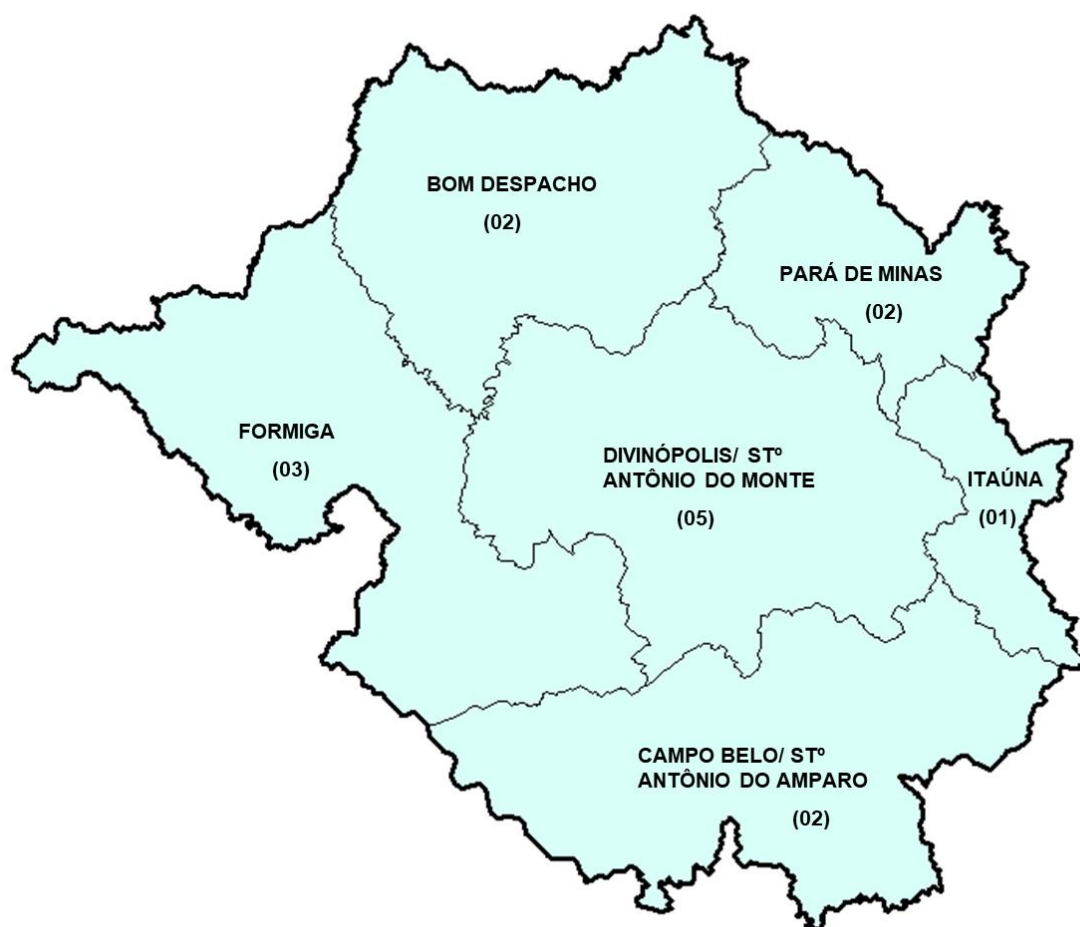
Macrorregião Norte

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Taiobeiras	HOSPITAL SANTO ANTONIO	Médio	81	Estadual/Municipal	Privada	0,6304
Brasília de Minas	HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	Médio	110	Estadual/Municipal	Municipal	0,4881
Bocaiúva	HOSPITAL MUNICIPAL DE BOCAIUVA	Médio	64	Estadual/Municipal	Municipal	0,6583
Pirapora	HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	Grand e	157	Municipal	Privada	0,7538
São Francisco	UNIDADE MISTA MUNICIPAL DR BRICIO DE CASTRO DOURADO	Médio	66	Estadual/Municipal	Municipal	0,6705
Montes Claros	HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	Grand e	392	Estadual/Municipal	Privada	0,8879
Januária	HOSPITAL MUNICIPAL DE JANUARIA	Médio	63	Municipal	Municipal	0,1468
Salinas	PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DR OSWALDO PREDILIANO SANTANA	Médio	52	Municipal	Municipal	0,5038
Grão Mogol	HOSPITAL AFRANIO AUGUSTO FIGUEIREDO	Médio	51	Estadual/Municipal	Privada	0,5516
Janaúba	FUNDAJAN	Médio	68	Municipal	Privada	0,6377
Porteirinha	SANTA CASA E HOSPITAL SAO VICENTE	Médio	50	Municipal	Privada	0,6548
Montes Claros	HOSPITAL AROLDO TOURINHO	Grand e	214	Estadual	Privada	0,9280
Montes Claros	HOSPITAL DILSON GODINHO	Médio	116	Estadual	Privada	0,8526

Montes Claros	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	Grand e	178	Estadual	Estadual	0,9205
Montes Claros	HOSPITAL PRONTOSOCOR	Médio	70	Estadual	Privada	0,5556
Francisco Sá	HOSPITAL MUNICIPAL DE FRANCISCO SA	Médio	50	Municipal	Municipal	0,5076
São João do Paraíso	HOSPITAL SAO JOAO DO PARAISO	Médio	51	Estadual/Municipal	Privada	0,4008
Janaúba	HOSPITAL REGIONAL DE JANAUBA	Médio	95	Municipal	Municipal	0,7273
Indicador geral da macrorregião						0,6376

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Oeste



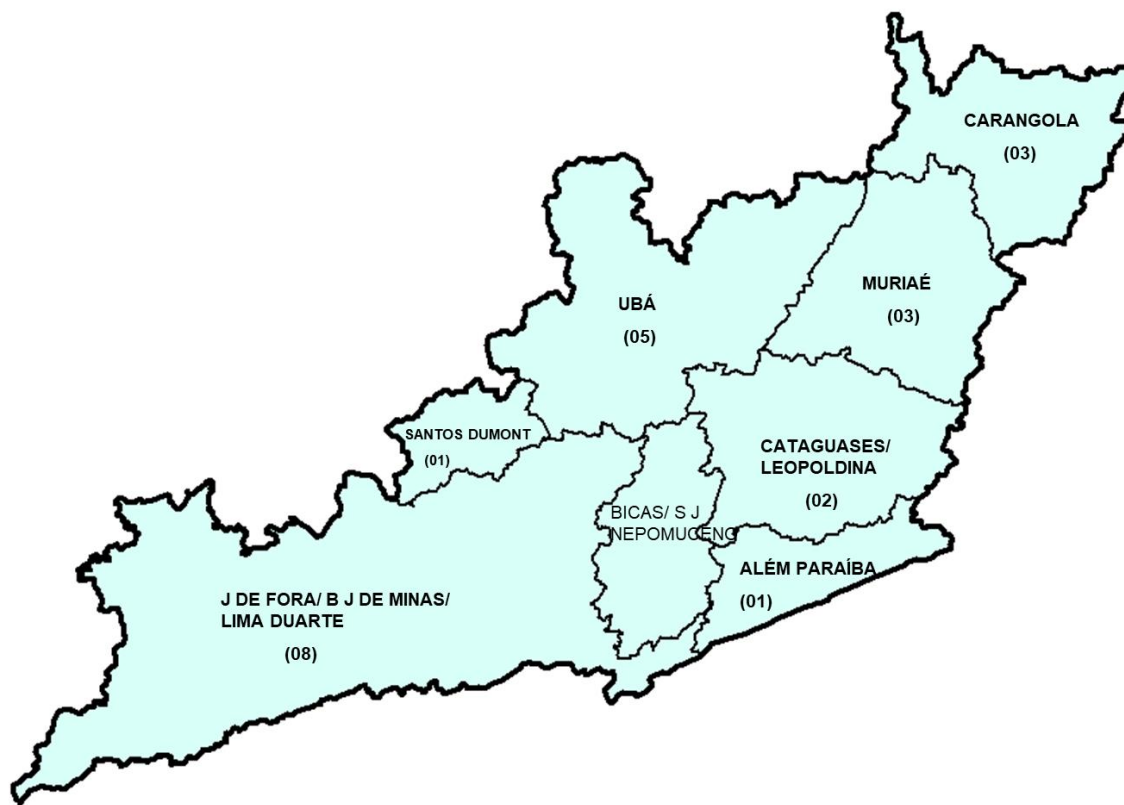
Macrorregião Oeste

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Itaúna	HOSPITAL MANOEL GONCALVES	Médio	109	Municipal	Privada	0,6123
BambuÍ	CASA DE SAUDE SAO FRANCISCO DE ASSIS DE BAMBUI	Médio	136	Estadual	Estadual	0,7544
Lagoa da Prata	HOSPITAL SAO CARLOS DE LAGOA DA PRATA	Médio	59	Estadual	Privada	0,6374
Formiga	HOSPITAL SAO LUIZ DE FORMIGA	Médio	116	Estadual	Privada	0,8264
Pitangui	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PITANGUI	Médio	56	Estadual	Privada	0,6174
BambuÍ	HOSPITAL NOSSA SENHORA DO BRASIL DE BAMBUI	Médio	60	Estadual	Privada	0,5357
Itapecerica	SANTA CASA DE ITAPECERICA	Médio	60	Estadual	Privada	0,4848
Santo Antônio do Monte	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTO ANTONIO DO MONTE	Médio	54	Estadual	Privada	0,5947
Luz	HOSPITAL SENHORA APARECIDA DE LUZ	Médio	55	Estadual	Privada	0,5379
Oliveira	HOSPITAL SAO JUDAS TADEU DE OLIVEIRA	Médio	86	Estadual	Privada	0,7197
Divinópolis	HOSPITAL SAO JOAO DE DEUS	Grand	419	Municipal	Privada	0,7143
Arcos	SANTA CASA DE ARCOS	Médio	56	Estadual	Privada	0,3625
Bom Despacho	HOSPITAL SANTA CASA DE BOM DESPACHO	Médio	63	Municipal	Privada	0,5341
Campo Belo	SANTA CASA DE CAMPO BELO	Médio	86	Municipal	Privada	0,7462

Pará de Minas	HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO DE PARA DE MINAS	Médio	109	Municipal	Privada	0,7862
Indicador geral da macrorregião						0,6309

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Sudeste



Macrorregião Sudeste

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Cataguases	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES	Médio	133	Municipal	Privada	0,8086
Juiz de Fora	HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO	Grande	202	Municipal	Estadual	0,8986
Carangola	HOSPITAL EVANGELICO DE CARANGOLA	Médio	64	Estadual/Municipal	Privada	0,4042
Leopoldina	CASA DE CARIDADE LEOPOLDINENSE	Médio	92	Estadual	Privada	0,7639
Além Paraíba	HOSPITAL SAO SALVADOR	Médio	91	Estadual	Privada	0,6377
Rio Pomba	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO RIO POMBA	Médio	59	Estadual/Municipal	Privada	0,6553
Juiz de Fora	HOSPITAL MARIA JOSE BAETA REIS ASCOMCER	Médio	71	Municipal	Privada	-
Juiz de Fora	HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	Grande	250	Municipal	Privada	0,9683
Juiz de Fora	HOSPITAL ONCOLÓGICO	Médio	104	Municipal	Privada	0,8397
Juiz de Fora	HOSPITAL DR JOAO FELICIO	Médio	78	Municipal	Privada	0,8269
Juiz de Fora	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUIZ DE FORA	Especial	514	Municipal	Privada	0,9348
Miraf	CASA DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO	Médio	51	Estadual	Privada	0,6856

Ubá	CASA DE SAUDE PADRE DAMIAO	Grande	195	Estadual/Municipa 	Estadual	0,9259
Ubá	HOSPITAL SANTA ISABEL	Grande	156	Estadual/Municipa 	Privada	0,8152
Muriaé	HOSPITAL DO CANCER DE MURIAE HPS DR MOZART GERALDO TEIXEIRA	Grande	161	Estadual/Municipa 	Privada	0,9722
Juiz de Fora	HOSPITAL UNIV DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	Médio	135	Municipal	Municipal	0,5595
Juiz de Fora	HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO DE UBA	Grande	159	Municipal	Federal	0,8636
Ubá	HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA HOSPITAL ANTONIO ALVES DA COSTA	Médio	91	Estadual/Municipa 	Privada	0,8080
Visconde do Rio Branco	CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	Médio	53	Estadual/Municipa 	Privada	0,5114
Espera Feliz	HOSPITAL DE SANTOS DUMONT CASA DE CARIDADE DE MURIAE	Grande	163	Estadual/Municipa 	Privada	0,5764
Carangola	HOSPITAL SAO PAULO	Médio	80	Municipal	Privada	0,7421
Santos Dumont		Grande	190	Estadual/Municipa 	Privada	0,8854
Muriaé					Indicador geral da macrorregião	0,7684

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFGM

Macrorregião de Saúde Sul



Macrorregião Sul

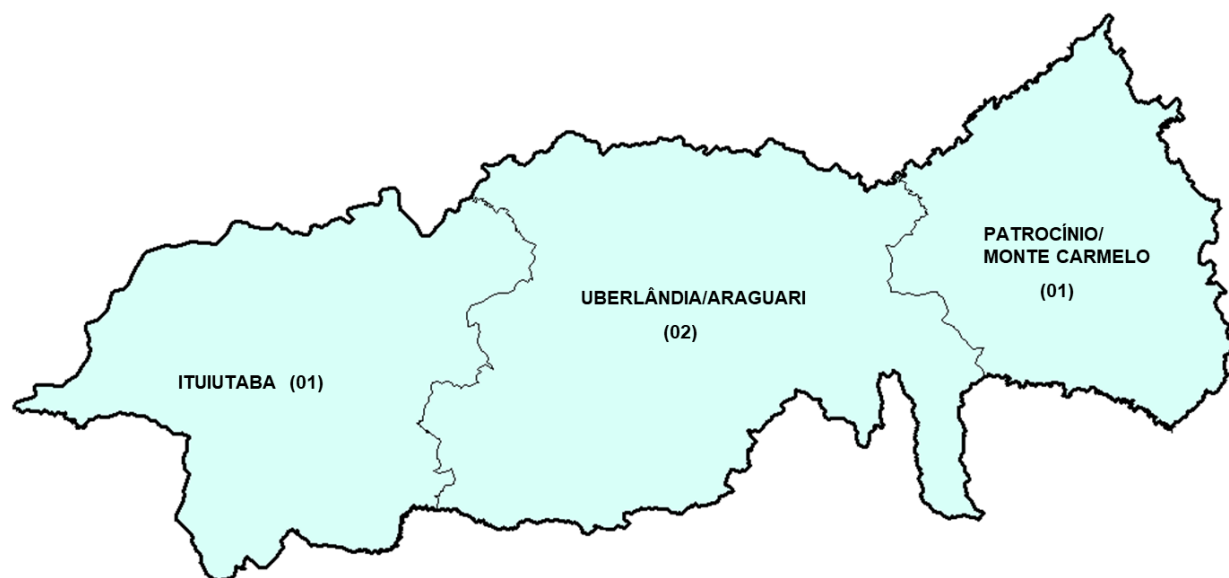
Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Muzambinho	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MUZAMBINHO	Médio	50	Estadual	Privada	0,5516
Lavras	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS	Médio	118	Municipal	Privada	0,7727
Lavras	HOSPITAL VAZ MONTEIRO	Médio	107	Municipal	Privada	0,7841
Itajubá	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA	Médio	71	Municipal	Privada	0,9514
Extrema	HOSPITAL E MATERN SAO LUCAS DE EXTREMA	Médio	52	Estadual/Municipal	Privada	0,6510
Ouro Fino	CASA DE CARIDADE DE OURO FINO	Médio	52	Estadual/Municipal	Privada	0,7348
Pouso Alegre	HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	Grande	262	Municipal	Privada	0,9167
Cambuí	HOSPITAL ANA MOREIRA SALLES CAMBUI	Médio	65	Estadual/Municipal	Privada	0,6812
Poços de Caldas	SANTA CASA DE POCOS DE CALDAS	Grande	166	Municipal	Privada	0,7262
Três Pontas	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS	Médio	121	Municipal	Privada	0,7008
Monte Santo de Minas	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE SANTO	Médio	52	Estadual/Municipal	Privada	0,6623
São Sebastião do Paraíso	SANTA CASA DE PARAISO	Grande	151	Municipal	Privada	0,8542

Alfenas	SANTA CASA DE ALFENAS HOSPITAL UNIVERSITARIO	Médio	128	Municipal	Privada	0,8426
Alfenas	ALZIRA VELANO HOSPITAL ANTONIO MOREIRA	Médio	128	Municipal	Privada	0,7467
Santa Rita do Sapucaí	DA COSTA STA RITA SAPUCAI	Médio	59	Estadual/Municipal	Privada	0,7386
Itajubá	HOSPITAL ESCOLA AISI ITAJUBA	Médio	146	Municipal	Privada	0,8889
Três Corações	HOSPITAL SAO SEBASTIAO	Médio	124	Estadual/Municipal	Privada	0,7899
Varginha	HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS	Médio	149	Estadual/Municipal	Privada	0,8261
Varginha	HOSPITAL BOM PASTOR	Médio	122	Estadual/Municipal	Municipal	0,7685
Baependi	HOSPITAL CONEGO MONTE RASO	Médio	81	Estadual/Municipal	Privada	0,7428
Cruzília	HOSPITAL DR CANDIDO JUNQUEIRA	Médio	66	Municipal	Privada	0,7879
Itanhandu	CASA DE CARIDADE DE ITANHANDU	Médio	62	Municipal	Privada	0,4848
São Lourenço	CASA DE CARIDADE DE SÃO LOURENÇO	Médio	101	Municipal	Privada	0,7971
Três Corações	CASA DE SAUDE SANTA FE	Médio	120	Estadual/Municipal	Estadual	0,7083
São Gonçalo do Sapucaí	SANTA CASA DE MIS SAO GONCALO DO SAPUCAI	Médio	66	Estadual/Municipal	Privada	0,6190
Andradas	SANTA CASA DE ANDRADAS	Médio	65	Estadual	Privada	0,7386
Boa Esperança	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE BOA ESPERANCA	Médio	71	Municipal	Privada	0,3770

Passos	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	Grande	278	Estadual/Municipal	Privada	0,8994
Piumhi	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIUMHI	Médio	106	Estadual/Municipal	Privada	0,7464
Machado	IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE MACHADO	Pequeno	43	Municipal	Privada	0,7341
Guaxupé	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAXUPE	Médio	102	Estadual	Privada	0,8043
Indicador geral da macrorregião						0,7428

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Triângulo do Norte

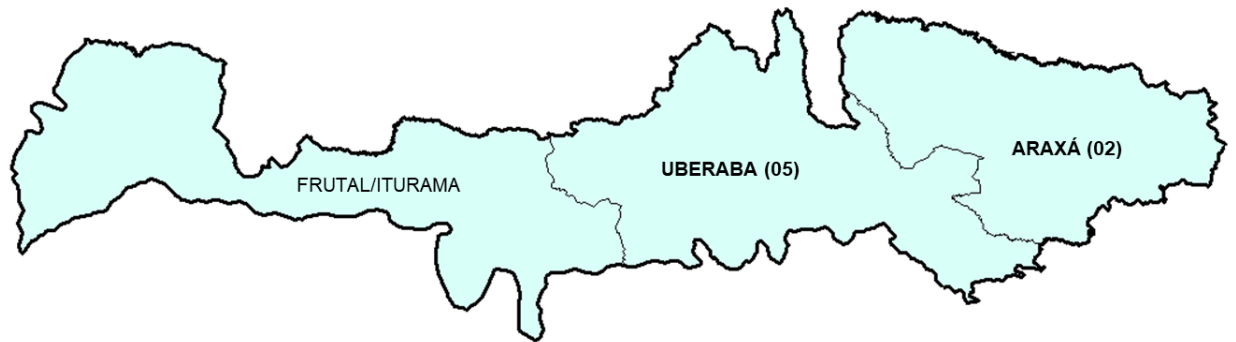


Macrorregião Triângulo do Norte

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Uberlândia	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	Especial	536	Municipal	Federal	0,9583
Ituiutaba	HOSPITAL SÃO JOSÉ	Médio	89	Municipal	Privada	0,7428
Patrocínio	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA NOSSA SENHORA DO PATROCÍNIO	Grande	163	Municipal	Privada	0,6591
Uberlândia	HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR ODELMO LEÃO CARNEIRO	Grande	253	Municipal	Municipal	0,9783
Indicador geral da macrorregião						0,8346

Fonte: Banco de dados do PNAAS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

Macrorregião de Saúde Triângulo do Sul



Macrorregião Triângulo do Sul

Município	Nome do Estabelecimento	Porte	Quantidade de leitos	Gestão	Esfera administrativa	Indicador Geral
Araxá	SANTA SANTA CASA	Médio	82	Estadual/Municipal	Privada	0,4841
Uberaba	HOSPITAL BENEFICENCIA PORTUGUESA	Médio	51	Municipal	Privada	0,5152
Uberaba	HOSPITAL DOUTOR HELIO ANGOTTI	Médio	102	Municipal	Privada	0,7593
Uberaba	CASA DE SAUDE SAO JOSE	Médio	52	Municipal	Privada	0,5990
Araxá	HOSPITAL CASA DO CAMINHO	Médio	150	Estadual/Municipal	Privada	0,4649
Uberaba	CLINICAS INTEGRADAS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MÁRIO PALMÉRIO	Grand e	191	Municipal	Privada	0,9493
Uberaba	HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFTM	Grand e	301	Municipal	Federal	0,8810
Indicador geral da macrorregião						0,6647

Fonte: Banco de dados do PNASS 2015-2016, MG – NESCON/UFGM

Apêndice 7. Resultado Brasil Indicador Geral PNAS 2015-2016

Teste de Kruskal - Wallis - Indicador Geral - Brasil								
Critérios	Estado	N válidos	Média	E.P.	Q1	Q2	Q3	Valor-p
Geral	Acre	8	0,71	0,07	0,68	0,77	0,82	<0,001
	Alagoas	21	0,67	0,04	0,54	0,69	0,79	
	Amapá	6	0,39	0,10	0,28	0,33	0,38	
	Amazonas	30	0,59	0,04	0,45	0,59	0,76	
	Bahia	112	0,62	0,02	0,48	0,65	0,80	
	Ceará	78	0,67	0,02	0,50	0,70	0,85	
	Distrito Federal	16	0,66	0,04	0,54	0,67	0,76	
	Espírito Santo	47	0,57	0,03	0,43	0,58	0,72	
	Goiás	52	0,62	0,03	0,46	0,63	0,81	
	Maranhão	65	0,49	0,03	0,32	0,48	0,64	
	Mato Grosso	22	0,55	0,05	0,33	0,60	0,76	
	Mato Grosso do Sul	21	0,77	0,02	0,71	0,78	0,83	
	Minas Gerais	204	0,72	0,01	0,62	0,75	0,85	
	Pará	58	0,57	0,03	0,37	0,57	0,77	
	Paraíba	41	0,57	0,04	0,38	0,61	0,78	
	Paraná	98	0,77	0,02	0,68	0,81	0,92	
	Pernambuco	72	0,64	0,03	0,46	0,68	0,85	
	Piauí	23	0,61	0,04	0,51	0,64	0,73	
	Rio de Janeiro	150	0,68	0,02	0,53	0,70	0,83	
	Rio Grande do Norte	27	0,59	0,04	0,39	0,56	0,76	
	Rio Grande do Sul	139	0,70	0,02	0,58	0,73	0,86	
	Rondônia	16	0,73	0,06	0,51	0,87	0,92	
	Roraima	3	0,70	0,07	0,65	0,74	0,77	
	Santa Catarina	68	0,75	0,02	0,67	0,77	0,85	
	São Paulo	327	0,80	0,01	0,73	0,85	0,92	
	Sergipe	11	0,71	0,04	0,64	0,76	0,82	
	Tocantins	12	0,51	0,05	0,37	0,48	0,68	

Fonte: Banco de dados do PNAS 2015-2016, MG – NESCON/UFMG

10. ANEXOS

1. Roteiro de Itens de Verificação Detalhado

Bloco I – Gestão Organizacional

1. Gestão de contratos:

- 1.1. Possui instrumento de contratualização formal com o SUS.
- 1.2. O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços.
- 1.3. O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos.
- 1.4. Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.
- 1.5. O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.
- 1.6. O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS.

2. Planejamento e Organização

- 2.1. Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.
- 2.2. Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual.
- 2.3. Possui estudos de custos implantados.
- 2.4. Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados.
- 2.5. Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.
- 2.6. Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/ usuários.

3. Gestão da Informação

- 3.1. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado.
- 3.2. Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes.
- 3.3. O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente.
- 3.4. Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.
- 3.5. O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais.
- 3.6. Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente.

4. Gestão de pessoas

- 4.1. A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente.
- 4.2. Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegura seus direitos trabalhistas.
- 4.3. Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador.
- 4.4. O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolve trabalhadores e gestores.
- 4.5. O estabelecimento conta com plano de cargos ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimula a fixação dos trabalhadores.
- 4.6. Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.

5. Modelo organizacional

- 5.1. O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.
- 5.2. Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular.
- 5.3. Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/ qualificação na gestão de serviço de saúde.
- 5.4. O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.
- 5.5. Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde.
- 5.6. Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta voltados para usuários.

Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a Produção de Cuidado

6. Gerenciamento de risco e segurança do paciente

- 6.1. Há programa de controle de infecção que realiza análise sistemática do seu perfil epidemiológico e disponibiliza os indicadores de infecção relacionados à assistência para o corpo clínico e a direção.
- 6.2. Conta com Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de maneira geral, e por serviços específicos.
- 6.3. Trabalha com mecanismos de notificação e apuração de eventos adversos (hemovigilância, farmacovigilância, tecnovigilância e os relacionados à assistência).
- 6.4. Possui núcleo de segurança do paciente constituído.

6.5. Desenvolve ações do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

6.6. Faz acompanhamento sistemático de medicamentos utilizados no estabelecimento considerados potencialmente perigosos de acordo com a lista do Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP).

7. Gestão da Infraestrutura e ambiência

7.1. Possui condições físicas, de fluxo e de limpeza adequadas.

7.2. Garante a continuidade da assistência em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.

7.3. Realiza manutenção predial corretiva e preventiva.

7.4. Garante ambiente acolhedor, incluindo sinalização, climatização e iluminação, entre outros.

7.5. Garante acessibilidade a usuários e trabalhadores.

7.6. Existe programa de segurança que atenda as normas de prevenção, combate e segurança contra incêndios.

8. Gestão de equipamentos e materiais

8.1. Os equipamentos necessários estão em condições de uso para o exercício de suas atividades.

8.2. Disponibiliza materiais e insumos adequados e em quantidade suficiente para o exercício de suas atividades.

8.3. Realiza manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos com garantia de reposição de peças.

8.4. Possui sistema/mecanismos de controle de estoque, reposição, padronização e qualidade dos materiais e insumos disponibilizados.

8.5. Materiais, insumos e equipamentos são armazenados/ acondicionados de forma adequada.

8.6. Tem Comissão de Padronização de Materiais que avalia sistematicamente a inclusão/exclusão de itens, na instituição.

9. Alimentação e Nutrição (Serviço/Unidade)

9.1. A instituição possui um sistema de avaliação de fornecedores.

9.2. Realiza avaliação de qualidade dos alimentos disponibilizados a pacientes, acompanhantes e funcionários.

9.3. Possui mecanismos de avaliação da manipulação do alimento em todas as etapas de produção e distribuição das refeições.

9.4. Quando necessário, os pacientes admitidos são avaliados por nutricionistas para receber a dieta prescrita.

9.5. Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional são avaliados.

9.6. Os pacientes desnutridos ou em risco nutricional recebem orientação nutricional de alta.

10. Assistência farmacêutica

10.1. O estabelecimento dispõe de uma relação de medicamentos padronizados.

10.2. O estabelecimento realiza controle de estoque.

10.3. Há procedimentos gerenciais para definição de necessidades e aquisições, incluindo metodologia de aquisição de medicamentos não padronizados.

10.4. Os medicamentos sujeitos a controle especial possuem controle de dispensação.

10.5. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/ individual.

10.6. A equipe de saúde do estabelecimento tem acesso a alguma fonte de informação sobre os medicamentos.

11. Processamento de roupas e matérias

11.1. O estabelecimento possui um sistema de avaliação de fornecedores de produtos para higiene de roupas, no caso de serviços próprios, ou fornecedores de roupas e materiais, no caso de terceirizados.

11.2. Os fluxos de processamento de roupas e materiais da instituição são aprovados pela CCIH ou setor da qualidade/ avaliação de protocolos.

11.3. Os materiais possuem mecanismo de rastreabilidade e controle definidos.

11.4. A instituição realiza monitoramento e controle de estoque de roupas e materiais.

11.5. Os profissionais recebem orientação sobre o fluxo de processamento de roupas e materiais.

11.6. Possui metodologia definida para utilização racional de roupas e materiais cirúrgicos.

12. Serviços de apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento

12.1. Garante acesso com fluxos estabelecidos de atendimento a serviços de apoio diagnóstico.

12.2. Garante os serviços de apoio ao processo assistencial como higienização, segurança patrimonial e recepção de forma regular e sistemática.

12.3. Possui acompanhamento de indicadores de qualidade dos serviços de apoio disponibilizados.

12.4. Há protocolos e normativas acerca da utilização dos serviços de apoio, bem como rotinas atualizadas dos serviços disponibilizados.

12.5. Possui documentação que comprove a necessidade dos serviços de apoio.

12.6. Há integração dos serviços de apoio com os serviços/ unidades, em relação às atividades finalísticas.

Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado

13. Integração nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

13.1. O estabelecimento atua sob regulação do gestor do SUS no limite do complexo regulador.

13.2. Há observância pelo estabelecimento do que está pactuado no contrato com o gestor do SUS para a área de abrangência.

13.3. Há sistema/mecanismo de contrarreferência efetivo garantido mediante alta responsável e articulação com a equipe que dará continuidade ao cuidado.

13.4. O estabelecimento possui mecanismo definido ou estrutura interna de regulação de acesso aos seus serviços.

13.5. Desenvolve alguma atividade de educação permanente para os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

13.6. Organiza o seu processo de trabalho visando a sua inserção como componente/ponto de atenção na RAS conforme a pactuação.

14. Protocolos administrativos e clínicos

14.1. O estabelecimento possui protocolos e rotinas administrativas formalmente instituídas e acessíveis.

14.2. O estabelecimento possui protocolos/diretrizes clínicas formalmente instituídos e acessíveis.

14.3. Possui estratégia de educação permanente e/ou relacionada com a implantação dos protocolos administrativos e clínicos.

14.4. Os protocolos, as rotinas e os procedimentos operacionais usados são validados e atualizados sistematicamente.

14.5. Instituiu protocolos clínicos compatibilizados com a RAS de acordo com o modelo de atenção preconizado nela.

14.6. Os protocolos e as rotinas são definidos com a participação dos trabalhadores obedecendo a especificidades técnicas e administrativas deles.

15. Gestão do Cuidado

15.1. Possui mecanismos de gestão da clínica instituídos.

15.2. Há acolhimento e estratégias de atendimento às necessidades dos usuários, seguindo critérios de avaliação de risco/vulnerabilidade.

15.3 Conta com equipes estruturadas na lógica de equipes multiprofissionais de referência atuando conforme as diretrizes da clínica ampliada.

15.4. Possui plano terapêutico individualizado ou singular para o paciente de acordo com a condição patológica.

15.5. Possui dimensionamento de trabalho dos profissionais com garantia de horizontalidade em escala.

15.6. Possui mecanismos de vínculo e responsabilização com o cuidado aos usuários por meio de metodologias específicas.

16. Acesso à estrutura assistencial

16.1. A recepção e o setor de internação são os mesmos para pacientes do SUS e convênios/particulares.

16.2. O horário de visita é similar em todas as unidades assistenciais, diferenciando apenas as unidades fechadas.

16.3. A relação funcionário/leito obedece a critérios técnicos respeitando o perfil da unidade assistencial.

16.4. O estabelecimento possui protocolo/normativa técnica para priorização/definição na ocupação dos leitos.

16.5. As acomodações obedecem a critérios mínimos contidos na legislação vigente, sem diferenciar a estrutura, conforme o tipo de convênio.

16.6. O estabelecimento possui kit de roupas padronizado em todas as unidades assistenciais.

Bloco IV – Serviços/unidades específicas

17. Atenção imediata – urgência e emergência

17.1. A unidade possui infraestrutura, equipamentos em condições de uso, insumos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.

17.2. A unidade conta com acesso a serviços de apoio diagnóstico, minimamente análises clínicas, radiologia simples e eletrocardiograma.

17.3. A equipe utiliza protocolos de urgência e emergência na sua prática diária.

17.4. Existe equipe técnica de atuação exclusiva na unidade e em tempo integral, minimamente médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem.

17.5. Existe articulação com a Atenção Básica de Saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde no seu território de atuação.

17.6. Existe iniciativa de gestão clínica na unidade de emergência.

18. Atenção em regime ambulatorial especializado

18.1. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.

18.2. A atenção ambulatorial é complementar e integrada à atenção básica.

18.3. A unidade gerencia a lista de espera ambulatorial e de cirurgias em conjunto com o gestor público responsável pelo agendamento.

18.4. Os pacientes têm assegurado o acesso aos serviços de diagnóstico e terapia para elucidação do diagnóstico e intervenção necessária.

18.5. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado atendimento de retorno, caso seja necessário.

18.6. O estabelecimento contrarreferência os pacientes às unidades que solicitaram o atendimento após definirem a conduta terapêutica deles.

19. Atenção em regime de internação

19.1. A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para atendimento imediato.

19.2. A unidade de internação possui equipamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.

19.3. O dimensionamento da equipe e o planejamento das ações de assistência são baseados nas necessidades individuais do paciente.

19.4. A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, como prontuário único e alta responsável, entre outros.

19.5. Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis e são de conhecimento dos trabalhadores.

19.6. A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.

20. Atenção em regime de terapia intensiva

20.1. A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e técnicos de Enfermagem exclusivos em período integral.

20.2. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de reanimação cardiorrespiratória (CRCR) ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além da monitorização cardiovascular e suporte ventilatório em todos os leitos.

20.3. A unidade possui manuais e/ou protocolos clínicos atualizados e disponíveis, com equipe capacitada para o uso deles e sistema de documentação e registros correspondentes aos procedimentos da assistência realizada na UTI.

20.4. A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito, garantindo privacidade ao paciente e ambiente adequado para o desenvolvimento das ações dos profissionais.

20.5. A unidade conta com apoio de equipe multiprofissional.

20.6. A unidade realiza avaliações periódicas da sua efetividade, dispondo de sistema de informação e indicadores que permitem a avaliação do setor e comparações com referenciais adequados para realizar o gerenciamento da qualidade de suas ações.

21. Atenção cirúrgica e anestésica

21.1. A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque para casos de urgência.

21.2. A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.

21.3. A unidade realiza gerenciamento das salas cirúrgicas, monitorando indicadores específicos como percentual de atraso e/ou suspensão de cirurgias, tempo de desinfecção das salas, entre outros.

21.4. A unidade possui protocolos atualizados e disponíveis, inclusive de segurança do paciente (Cirurgia Segura).

21.5. A unidade garante a atenção por anestesista habilitado, incluindo o atendimento pré-anestésico e na recuperação pós-anestésica (RPA), controle da dor e complicações.

21.6. A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.

22. Atenção materna e infantil

22.1. O serviço garante acesso a hemocomponentes nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana.

22.2. O serviço garante os insumos essenciais para a atenção obstétrica: (i) ocitocina; (ii) misoprostol; (iii) sulfato de magnésio; (iv) hidrazina ou nifedipina.

22.3. O serviço garante acesso ao exame de ultrassonografia de urgência 24 horas/dia.

22.4. O serviço assegura mecanismos de gestão interna dos leitos obstétricos e neonatais de forma a otimizar a rotatividade dos leitos.

22.5. A maternidade tem contrato de gestão atualizado estabelecendo metas para os indicadores da Rede Cegonha.

22.6. O serviço garante equipe horizontal de cuidado (mínimo médico e enfermeiro) com carga horária mínima de 4 horas/dia.

23. Atenção em terapia renal substitutiva

23.1. O serviço dispõe de 1 médico e 1 enfermeiro para cada grupo de 35 pacientes em hemodiálise, e 1 técnico de Enfermagem para 4 pacientes por sessão de hemodiálise, presentes durante todo o período do funcionamento do serviço.

23.2. O serviço controla periodicamente a qualidade da água utilizada na diálise com análise microbiológica de físico-química.

23.3. O serviço garante a confecção da fístula arteriovenosa para o acesso à hemodiálise.

23.4. O serviço garante a realização periódica, em seus pacientes, dos exames de diagnose.

23.5. O estabelecimento realiza acompanhamento multiprofissional do paciente renal crônico em estágios 4 e 5 dialíticos.

23.6. Os pacientes são orientados por equipe multiprofissional quanto à sua doença, aos autocuidados, ao tratamento e ao prognóstico, bem como a poderem optar pela modalidade de diálise que desejem realizar.

24. Atenção em hemoterapia

24.1. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta e hematologista.

24.2. Os hemoderivados e hemocomponentes são estocados à temperatura recomendada.

24.3. Existem ações de educação continuada para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.

24.4. O serviço realiza ações de hemovigilância.

24.5. Existe um comitê transfusional.

24.6. O estabelecimento utiliza a Garantia da Qualidade como ferramenta de gerenciamento.

25. Atenção em serviços de reabilitação

25.1. Os profissionais fazem uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para avaliação das perdas funcionais, formas de tratamento e prognósticos, na construção do projeto terapêutico, autocuidados e centrado na produção de autonomia.

25.2. Os usuários atendidos nestes serviços têm atenção integral às suas necessidades de saúde, por meio da articulação de outros pontos de atenção da Rede SUS (Atenção Básica; Especializada; Hospitalar e de Urgência e Emergência), assegurado o agendamento de retornos/ acompanhamentos e terapias especializadas.

25.3. O serviço possui transporte sanitário, com veículos adaptados para garantir o acesso das pessoas com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

25.4. O serviço oferece atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas com deficiência e seus familiares e/ou cuidadores.

25.5. O serviço promove ações de educação em saúde para usuários, familiares e cuidadores.

25.6. O serviço possui serviço de apoio ou referência regulada para concessão de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção e outras tecnologias assistivas, necessárias ao processo de reabilitação/habilitação.

Bloco V – Assistência Oncológica

26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades

26.1. O serviço habilitado oferta serviço de Pronto Atendimento que funcione nas 24 horas para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.

26.2. O serviço habilitado realiza o planejamento global do tratamento oncológico, bem como os atendimentos, as evoluções e as intercorrências do paciente, e registra em um único prontuário todas as informações sobre os procedimentos de tratamento em Oncologia.

26.3. O serviço habilitado disponibiliza o exame de biópsia por congelação durante o ato cirúrgico.

26.4. O serviço habilitado presta cuidados paliativos aos usuários e disponibiliza medicamentos para o controle da dor.

26.5. O serviço habilitado mantém atualizado regularmente o sistema de informação vigente, Registro Hospital de Câncer (RHC).

26.6. O serviço habilitado mantém atualizado regularmente os sistemas de informação vigente, Sistema de Informação do Câncer (Siscan).

27. Atenção radioterápica

27.1. Todos os procedimentos de radioterapia registrados no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) são realizados nos equipamentos instalados no próprio estabelecimento.

27.2. O médico e o físico permanecem no serviço durante todo o período de utilização dos equipamentos e fontes radioativas.

27.3. O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.

27.4. Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.

27.5. O serviço atende aos requisitos necessários para a segurança e a proteção radiológica.

27.6. Os pacientes são orientados quanto aos riscos do tratamento e de sua descontinuidade.

28. Atenção em Oncologia Clínica

28.1. O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia na estrutura organizacional do hospital.

28.2. O serviço habilitado garante a permanência de, pelo menos, um médico clínico durante todo o período de aplicação da quimioterapia.

28.3. O serviço habilitado comprova que os profissionais médicos possuem qualificação e titulação devida para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.

28.4. Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome do paciente, composição qualitativa e quantitativa dos componentes, volume total, data e hora da preparação, prazo de validade, identificação do responsável pela preparação, com o devido registro no conselho profissional.

28.5. Os protocolos apresentam orientação de que a terapia deve ser prescrita por médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).

28.6. O serviço possui protocolos para minimizar eventos adversos e erros em todas as etapas do processo relacionado à quimioterapia.

29. Atenção hematológica

29.1. O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.

29.2. O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para adultos.

29.3. O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para atender crianças e adolescentes, se habilitado em Pediatria.

29.4. O serviço habilitado possui sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico, de medula óssea e/ou amostras, como imprints e líquidos orgânicos.

29.5. O serviço habilitado disponibiliza atendimento em serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas.

29.6. O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em hematologia para a função e o cargo pelos quais são responsáveis.

30. Atenção oncológica pediátrica

30.1. O serviço habilitado conta com uma central de quimioterapia em sua estrutura física.

30.2. O serviço habilitado possui sala de aplicação de quimioterapia exclusiva para crianças e adolescentes.

30.3. O serviço habilitado possui quarto(s) com leito de isolamento para crianças e adolescentes.

30.4. O serviço habilitado comprova que os profissionais e responsáveis técnicos possuem qualificação e titulação em Cancerologia Pediátrica, para o atendimento de crianças e adolescentes.

30.5. O serviço habilitado possui quarto(s) de enfermarias para crianças e adolescentes.

30.6. Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.