

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

MARIA DO CARMO

HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004/2014

BELO HORIZONTE
2016

MARIA DO CARMO

HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:
um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004/2014

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Administração do Centro de Pós-Graduação e
Pesquisas em Administração - CEPEAD da
Universidade Federal de Minas Gerais como
requisito final para a obtenção do título de
Doutor em Administração

Área de Concentração: Gestão de Pessoas e
Comportamento Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz
Barbosa

BELO HORIZONTE
2016

Ficha Catalográfica

C287h
2016 Carmo, Maria do.
Hospitais de pequeno porte e rede de atenção à saúde
[manuscrito]: um estudo de sua inserção e avaliação em Minas
Gerais no período 2004/2014 / Maria do Carmo. – 2016.
206 f. : il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 142-152) e apêndices.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 2. Hospitais –
Minas Gerais – Teses. 3. Hospitais – Administração – Teses.
4. Política de saúde – Minas Gerais – Teses. I. Barbosa, Allan
Claudius Queiroz. II. Universidade Federal de Minas Gerais.
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
III. Título.

CDD: 658.9136211

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM/0100/2016



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **MARIA DO CARMO**, REGISTRO Nº 164/2016. No dia 09 de maio de 2016, às 14:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 30 de março de 2016, para julgar o trabalho final intitulado "**Hospitais de Pequeno Porte e Rede de Atenção à Saúde - Um estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004/2014**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de maio de 2016.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Alzira de Oliveira Jorge
(Departamento de Medicina Preventiva e Social/UFMG)

Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres
(Faculdade de Medicina/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Júnia Marçal Rodrigues
(UNIMED/BH)

Prof^a. Dr^a. Márcia Aparecida do Amaral
(UNICAMP/SP)

*A todos de minha trajetória pessoal,
acadêmica e profissional que se veem como
parte desta construção. São muitos.*

Ao Rosário de Maria

*Mas já que se há de escrever que ao menos
não se esmaguem com palavras as
entrelinhas....*

Clarice Lispector

RESUMO

Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) representam mais da metade dos hospitais do Sistema Único de Saúde distribuídos pelo país, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Embora representativos e ocupando a agenda de gestores em busca de estratégias para a sua viabilidade assistencial e financeira, enfrentam resistências considerando os requisitos de escopo e escala apontados pela literatura. Fatores como a baixa resolubilidade e qualidade cuidados prestados e sua ineficiência têm como contraponto o direito ao acesso à saúde e a representação sociológica desses hospitais para usuários, gestores e outros atores. Esses temas compõem a discussão sobre o caráter de problema ou solução atribuído a este segmento de hospitais. Com base em um estudo de amplitude nacional, o objetivo desta tese foi analisar todos os HPP localizados em Minas Gerais, considerando o período de uma década. Em um estudo quantitativo baseado nas dimensões, atribuições e desempenho dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na Rede de Atenção à Saúde (RAS), as conclusões apontam para a necessidade de buscar alternativas à sua sustentabilidade como hospitais ou redefinição de missão, indicando estratégias que definam seu lugar nas Políticas Estaduais e Nacional de Atenção Hospitalar do Sistema Único de Saúde.

Palavras-Chave: atenção hospitalar, hospitais de pequeno porte, rede de atenção à saúde.

ABSTRACT

Small-sized hospitals (HPP) represent more than half of the hospitals of the Unified Health System distributed throughout the country, according to data from the National Registry of Health Establishments (CNES). Although representative and occupying the agenda of managers in search of strategies for their financial and assistance viability, they face resistance considering the requirements of scope and scale pointed out in the literature. Factors such as the low resolubility and quality of care provided and their inefficiency have as counterpoint the right to access to health and the sociological representation of these hospitals for users, managers and other actors. These themes compose the discussion about the character of problem or solution attributed to this segment of hospitals. Based on a national amplitude study, the aim of this thesis was to analyze the cut-off for all Small-sized Hospitals (HPP) located in Minas Gerais during a decade. In a quantitative study based on the dimensions, attributions and performance of the Small-sized Hospitals (HPP) in the Health Care Network (RAS), the conclusions point to the need to seek alternatives to its sustainability, such as hospitals or redefinition of mission. Indicating strategies that define their place in the State and National Policies of Hospital Attention of the Unified Health System.

Keywords: Attention hospital, Small-sized hospitals, Network Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 01 -	Hospitais habilitados em alta complexidade segundo especialidade. Brasil, 2012.	23
Mapa 02 -	IDH- Brasil 2010	24
Quadro 01 -	Abordagens teóricas sobre acesso aos serviços de saúde	26-28
Quadro 02 -	Características gerais do PRO-HOSP em 2003 e em 2015	49
Quadro 03 -	Programas com Incentivos Estaduais para a atenção hospitalar e respectivos valores financeiros anuais. SES-MG, 2015.	52
Figura 02 -	Acesso, equidade, eficiência e atuação em rede dos HPP	67
Figura 01 -	Desempenho dos hospitais no Brasil e em Minas Gerais, segundo porte. Brasil 2015	79
Mapa 03 -	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, 2013.	88
Quadro 04 -	Perfil assistencial e papel do HPP na RAS	93
Quadro 05 -	Atuação do HPP em Rede	100-101
Quadro 06 -	Síntese metodológica	102
Figura 03 -	Fraquezas, fortalezas e condição de equilíbrio dos HPP	139-141

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMB	Associação Médica Brasileira
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino - Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HPP	Hospitais de Pequeno Porte
IAC	Incentivo à Contratualização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGH	Incentivo à Gestão e Qualidade Hospitalar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
JCI	Joint Commission International
Lt	Leito
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Atenção à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PDAH	Plano Diretor da Atenção Hospitalar
PDR	Plano Diretor de Regionalização

PDRAE	Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPP	Parceria Público Privado
PRO-HOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos hospitais do SUS em Minas Gerais
PROURGE	Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REHUF	Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RES.	Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
TMP	Tempo Médio de Permanência
TO	Taxa de Ocupação
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
VISA	Vigilância Sanitária

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Número de hospitais que aderiram à Política de Hospitais de Pequeno Porte nos termos da PT GM/MS Nº 1044 por Estado e por ano. Brasil, 2005 a 2012	57
Tabela 02 -	Número de hospitais por natureza jurídica e por número de leitos Brasil e Minas Gerais, 2015.	72
Tabela 03 -	Número de leitos SUS e não SUS no Brasil e em Minas Gerais, segundo natureza jurídica e porte. Brasil, 2015	74
Tabela 04 -	Indicadores de desempenho de hospitais no Brasil e em Minas Gerais. Brasil, 2015	76
Tabela 05 -	Valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), segundo natureza jurídica e porte. Brasil, 2015	77
Tabela 06 -	Distribuição dos HPP por Estado. Brasil, 2014	82
Tabela 07 -	Total de HPP entrevistados que prestam serviços aos SUS por faixa de número de leitos. Minas Gerais, 2014.	90
Tabela 08 -	Número de especialidades das clínicas básicas atendidas pelos HPP. Minas Gerais, 2014.	104
Tabela 09 -	Perfil assistencial dos HPP. Minas Gerais, 2014.	107
Tabela 10 -	Percentual de HPP que possuem parâmetros mínimos para estabilizar paciente em situação de urgência e emergência. Minas Gerais, 2014.	108
Tabela 11 -	Número de Autorizações de Internações Hospitalares/AIH obstétricas nos HPP. Minas Gerais, 2014	111
Tabela 12 -	Taxa de ocupação dos HPP, número de internações de residentes do município de localização do HPP por ICSAP e número de internações de residentes do município de localização do HPP por ICSAP em outros hospitais. Região ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais, 2014	113
Tabela 13 -	Oferta de vagas para residência médica, estágios de nível superior, estágio de nível médio e compartilhamento de ações de educação permanente com os HPP de Minas Gerais - 2013	115
Tabela 14 -	Participação dos HPP na Rede de Urgência e Emergência e na Rede Cegonha - programas estaduais- Minas Gerais - 2015	116

Tabela 15 -	Percentual de Internações dos HPP que são Reguladas. Minas Gerais, 2014.	118
Tabela 16 -	Percentual de portas de entrada dos HPP sob regulação do SAMU 192. Minas Gerais, 2014.	120
Tabela 17 -	Percentual de compartilhamento de profissionais médicos, enfermeiros e de nível médio do HPP com a atenção básica ou outros pontos da rede. Minas Gerais, 2014.	122
Tabela 18 -	Percentual de HPP que possuem simultaneamente radiologia simples, ECG e patologia clínica. Minas Gerais, 2014.	123
Tabela 19 -	Percentual de HPP que possuem leitos de UTI. Minas Gerais, 2014.	125
Tabela 20 -	Percentual de HPP que contam com profissionais médicos e enfermeiro nas 24 horas do dia e 07 dias da semana. Minas Gerais, 2014.	126
Tabela 21 -	Percentual de motivos de altas nos HPP e nos demais hospitais. Minas Gerais, 2014.	128
Tabela 22 -	Percentual de utilização dos protocolos de higienização das mãos, prevenção de quedas e prevenção de escaras pelos HPP. Minas Gerais, 2014.	129
Tabela 23 -	Tempo médio de deslocamento entre o HPP e um hospital com UTI tipo II ou III adulto. Minas Gerais, 2014.	130
Tabela 24 -	Tempo médio de deslocamento entre o HPP e uma maternidade que realiza mais de 1000 partos. Minas Gerais, 2014.	131

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
	2.1 Acesso à Saúde	21
	2.2 Atenção hospitalar no Brasil	31
	2.2.1 Principais políticas de âmbito federal para atenção hospitalar	43
	2.3 Os programas do Estado de Minas Gerais para hospitais	48
	2.4 Os hospitais de pequeno porte (HPP) - eficiência e viabilidade	53
	2.5 Rede de atenção à saúde e o hospital em rede	59
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	68
	3.1 Desenho preliminar de pesquisa	68
	3.2 O lócus da pesquisa - Minas Gerais	71
	3.3 A base empírica do Estudo	80
	3.4 Coleta de dados secundários	85
	3.5 Amostra do estudo: hospitais de pequeno porte de Minas Gerais	86
	3.6 Categorias de análise	90
	3.7 Síntese metodológica	102
4	RESULTADOS E ANÁLISE	103
	4.1 Perfil assistencial e papel do HPP na RAS	103
	4.2 Atuação do HPP em Rede	116
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	142
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados Utilizado no Estudo	152

1 APRESENTAÇÃO

A inserção dos hospitais na Rede de Atenção à Saúde (RAS) possui uma centralidade e relevância que merecem estudos e reflexões capazes de proporcionar ações e medidas no âmbito das políticas públicas e, por conseguinte, na forma de pensar as redes em sua lógica orgânica e conceitual e são objeto desta tese.

Partindo da premissa de que o debate sobre a saúde no Brasil possui diferentes abordagens e perspectivas em um ambiente historicamente marcado por transformações significativas observa-se que o recorte do final dos anos 1970 e início dos anos 1980 foi marcado pela defesa e luta pela redemocratização do país, com o movimento da anistia, pelas eleições diretas e pelo movimento de criação de partidos políticos que surgiram da organização de trabalhadores e outros segmentos que defendiam um novo projeto de sociedade. O movimento da reforma sanitária brasileira e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciam uma ampla articulação de intelectuais, trabalhadores da saúde e outras representações da sociedade em busca de um sistema de saúde universal, equânime, resolutivo e com controle social. (CARMO, 2010)

O Sistema Único de Saúde (SUS) avançou nos seus vinte e oito de existência. Os milhões de procedimentos realizados desde a atenção básica até a alta complexidade, as ações de promoção, prevenção e vigilância da saúde e projetos vitoriosos que se tornaram referência mundial são prova disso. Dentre eles estão a elevação da expectativa de vida, a queda na mortalidade infantil, o aumento das coberturas vacinais, a redução da mortalidade por doenças infecciosas, as ações de controle da AIDS, a grande extensão de cobertura na atenção básica e a constituição de pensamento crítico e prática sanitária que reconstruíram paradigmas na saúde pública e em outras políticas sociais.

De acordo com Granolati, Lindelow e Couttolenc (2013), o SUS trouxe a expansão de serviços, expansão do financiamento do setor saúde, redução de desigualdades regionais no acesso às ações e serviços de saúde e aperfeiçoou os mecanismos de governança do sistema de saúde. Os mesmos autores consideram que a construção do SUS é um tema inacabado,

com desafios a superar. Dentre eles podem ser citados o financiamento insuficiente; a necessidade de interação e relação mais equânime entre o público e o privado; a formação, o provimento e fixação de profissionais de saúde nos serviços; a rediscussão da relação interfederativa na gestão do sistema; e a qualificação da gestão.

Nesta construção histórica, o hospital ocupa a agenda de gestores dos sistemas de saúde, diretores de estabelecimentos hospitalares, pesquisadores, e especialistas no tema, em busca da compreensão dos fenômenos que envolvem sua gestão, e de soluções para os problemas que a eles são atribuídos. Trata-se de organizações que ao longo dos séculos tiveram papéis distintos em sua relação com os usuários, desde locais para a reclusão, a meditação e práticas religiosas, passando pela higienização da sociedade em relação a alienados, pobres e desvalidos (BRASIL, 1965). Nos dias de hoje ainda se constituem como centros de busca da cura para doenças agudas e crônicas, e também locais para o encontro do valor estético no culto ao corpo. Qualquer papel desempenhado pelo hospital envolve estruturas e processos cujo resultado principal almejado é a cura ou condições de saída do usuário melhores do que as condições de entrada. No entanto, a passagem do usuário pelo hospital pode significar piora de seu quadro de saúde, e até o óbito, dependendo da qualidade da atenção que a ele é prestada.

No hospital, o saber e a prática dos profissionais de saúde são os principais determinantes do cumprimento de sua missão de preservar a vida e/ou melhorar sua qualidade, revestindo o trabalho em saúde de complexidade e responsabilidade ímpares. Trata-se de trabalho com baixa submissão a controles, pois se fundamenta em ato constituído pela relação profissional de saúde-usuário na qual a técnica tem importância, mas a escuta, a observação, o encontro, as intersubjetividades e o processamento do que é gerado nesse encontro, que não se restringe ao campo técnico é o principal determinante do ato de cuidar. (MERHY, 2002).

No aspecto quantitativo, há grandes dificuldades no provimento e fixação de profissionais, especialmente profissionais médicos, em hospitais. A ampliação de postos de trabalho médico no SUS e na Saúde Suplementar não foi acompanhada da ampliação de vagas para a graduação e pós graduação em medicina, além disso, existe alta rotatividade de profissionais

gerando ociosidade ou desativação por falta de profissionais, com a remuneração de profissionais médicos em valores além da capacidade de financiamento de gestores do SUS, e a falta de corpo técnico gerencial provido de competências para sua administração e gestão do cuidado. Some-se a isso a multiplicidade e precarização de vínculos empregatícios, com a falta de responsabilização do profissional de saúde junto ao usuário, o que afeta a qualidade da atenção, tornando-se o primeiro desafio para se atingir a qualidade da atenção hospitalar – a suficiência quantitativa e a qualificação técnica e ética dos que nela atuam.

Um segundo desafio está na gestão da força de trabalho, da estrutura e na sustentabilidade financeira do hospital. A primeira, como a maior despesa de qualquer organização hospitalar, e a segunda com custos cada vez maiores e exigindo rápida renovação e inovação. Gerenciar o hospital vai para além do conhecimento específico da clínica e da administração. Exige a mediação dos saberes e poderes das duas disciplinas (CARAPINHEIRO, 1998), e de outras disciplinas para dar conta da multiplicidade de processos e produção que ocorrem em seu interior. O hospital produz cuidado, realiza exames, gerencia pessoas, processa roupas e materiais, planeja, compra e faz logística de materiais ensina pesquisa, incorpora tecnologias.

A gestão hospitalar tem ilhas de excelência em alguns hospitais universitários, alguns hospitais privados não vinculados ao SUS, e em alguns filantrópicos com forte componente de prestação de serviços para a saúde suplementar e particulares. De um modo geral, os hospitais de pequeno porte carecem de profissionalização e qualificação na rede pública da administração direta ou indireta (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O terceiro desafio diz respeito à definição do papel do hospital na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Existe a percepção de que ainda existem hospitais que produzem procedimentos da atenção básica até a alta complexidade, sendo o centro do sistema regional ou local de saúde, perpetuando a vinculação do usuário ao seu ambulatório. Isso ocorre em função de deficiência da gestão no desenho da rede local ou regional com indefinição do papel e responsabilidades de cada estabelecimento de saúde, em função de déficit de oferta em unidades não hospitalares tanto na atenção básica quanto na média complexidade, ou ainda por falta de regulação assistencial e do acesso. Com isso, o gestor passa ao largo da

conformação de perfil assistencial daquele hospital, que atua com a lógica autocentrada e não com a lógica sistêmica. O usuário passa a ter na rede somente o caminho para o hospital. Não tem caminho de volta para a atenção básica, ou outra forma de vínculo com unidade de saúde mais próxima de onde vive. (AZEVEDO; COSTA, 2010. ALFRADIQUE et al, 2009).

De acordo com os sistemas oficiais de cadastro de estabelecimentos de saúde do SUS (Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/SCNES) em outubro de 2015 havia 4786 hospitais que apresentaram produção de serviços ao SUS e desses 2501, contavam com menos de 49 leitos cadastrados. Esses hospitais denominados de Pequeno Porte/HPP (BRASIL, 1965) significavam então 52,26% do número total destes, e apenas 18,95% do número de leitos no SUS.

Este conjunto de hospitais tem sido objeto de diferentes discussões sobre a necessidade de sua existência e sobre sua viabilidade. Trata-se de conjunto de hospitais cuja crise financeira permanente resulta em fraudes no faturamento ou em internações desnecessárias. (BRASIL, 2004).

O problema da gestão desses hospitais não se restringe ao Brasil. No ano de 2008, cerca de 20% da população dos EUA viviam em região rural. Desses, cerca de 50% procuravam um hospital local para receber cuidados. Estudos censitários dos EUA denominam área rural aquela que possui menos de 10.000 habitantes, e área micropolitana aquela com população de 10.000 a 50.000 habitantes. São denominados Hospitais Rurais aqueles localizados em áreas rurais ou em áreas micropolitanas. (GOLDMAN; DUDLEY, 2008). Já em 1990 havia discussão nos EUA que avaliava que os Hospitais Rurais eram espécie em extinção. Dentre os motivos alegados estava a migração da população jovem para as regiões urbanas ficando na região rural população idosa e de baixo poder aquisitivo, usuários do Medicare. Ademais, havia alegação de que as políticas públicas não faziam investimentos nestes hospitais levando à desativação de muitas unidades.

Também nos EUA esses hospitais eram pauta do Congresso Nacional, que discutia modalidades alternativas para seu financiamento. Soluções como a filiação a um grupo mais

potente de hospitais, e a formação de consórcios eram praticadas. (CHRISTIANSON et al, 1990). Um dos aspectos que tem atraído pesquisadores é a avaliação da qualidade da assistência prestada nos Hospitais Rurais. Há evidências de que a qualidade da assistência prestada nos hospitais rurais ser menor que do que a assistência prestada em hospitais de áreas urbanas. Estudos comparativos de mortalidade ficam prejudicados pelas condições de vida e com morbidades existentes na população do meio rural, que habitualmente tem menor poder econômico e menor grau de instrução. (GOLDMAN; DUDLEY, 2008).

La Forgia e Couttolenc (2009) defendem, em estudo realizado sobre o desempenho de hospitais brasileiros, a desativação ou a conversão dos HPP em modalidade ambulatorial de atenção, gerando economia no sistema de saúde.

No campo político, os gestores municipais e a maioria dos gestores estaduais da saúde defendem sua existência, com o argumento da relevância assistencial. Segmentos do executivo municipal, estadual e parlamentares argumentam que para além da relevância assistencial a desativação de um HPP pode significar “suicídio” político, pois estes estão no imaginário da população como a solução para os problemas de saúde mais perto de casa. Para os usuários, ter um hospital na cidade significa proteção e segurança, mesmo que este não tenha resolubilidade. No campo técnico, pode-se reconhecer que existem os HPP com real relevância, significando a única alternativa assistencial, em regiões remotas e de difícil acesso.

Para Teixeira e Solla (2006) um movimento de desativação dos HPP no Brasil enfrentará a cultura organizacional de resistência à desativação de qualquer tipologia de serviços de saúde e sofrerá as pressões do setor privado e filantrópico, que atuam na perspectiva do modelo de atenção hospitalocêntrico. Para esses autores a reforma da atenção hospitalar brasileira está no centro do debate em torno da mudança do modelo de atenção e demanda o conhecimento da realidade da rede hospitalar do SUS, suas características e problemas.

Assim, o problema HPP tem potência para se tornar solução, desde que sejam aprofundados estudos sobre suas características assistenciais, de gestão e de financiamento, qual a sua real

inserção na RAS, e o que seriam alternativas, se não para todos, para aqueles que de fato tiverem papel como ponto de atenção qualificado e eficiente.

As considerações de Minayo (2004) sobre o conhecimento reforçam o caráter desta tese de aproximação do problema e de contribuir para a busca de alternativas para sua solução do problema: (i) o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. (ii) as ideias que fazemos sobre os fatos são mais imperfeitas, imprecisas e imparciais que o próprio fato, o que torna o objeto intangível (iii) nada pode ser intelectualmente um problema se não o tiver sido primariamente no campo prático. (iv) o olhar sobre o objeto está condicionado à posição social do cientista e das correntes de pensamento em conflito na sociedade.

Nesta perspectiva, a escolha do tema atenção hospitalar para este estudo, especificamente relacionado aos Hospitais de Pequeno Porte (HPP), cumpre a função de trazer insumos para análise e avaliação da política traçada para este segmento de hospitais, ao mesmo tempo em que o produto das análises realizadas pode subsidiar seu aperfeiçoamento futuro.

A temática HPP ocupou parte importante da agenda dos gestores do SUS nos últimos anos, como também foi destaque no exercício da função gestora da autora¹. Assim, a escolha dos HPP como objeto desta tese tem implicações em um forte vínculo à gestão². No entanto, os aspectos éticos foram considerados e garantidos, tendo em vista que a escolha do objeto da tese ocorreu após conclusão do estudo elaborado por Facchini e Barbosa (2014), que serviu de insumo central para o desenvolvimento da tese.

¹ Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde no período de 2013 a 2015.

²Um período da trajetória profissional da doutoranda proporcionou o acúmulo de conhecimento e expertise acerca deste hospitais que foram fundamentais na formulação deste problema de pesquisa. Como tão bem situaram Selltíz et al (p. 34, 1974) interesses práticos podem sugerir problemas de pesquisa, seja para saber de determinada situação, seja para formular “prováveis consequências de vários caminhos de ação “. Em grande medida corroborado por Eco (1977) que afirma ser científico um estudo que se debruça sobre objeto reconhecível e igualmente pelos outros; que diz algo que ainda não foi dito; é útil aos demais; e fornece elementos para verificação.

Em contexto que traz os problemas colocados pelos gestores, e ainda a perspectiva de escassez de recursos para o financiamento do SUS, sendo essencial a busca de eficiência, associada a uma ausência de profissionais com formação e qualificação para ocupar os postos de trabalho na assistência e na gestão, e com a crescente necessidade expressa em uma atuação em rede, as principais **perguntas** que nortearam o presente estudo foram: *Qual o perfil assistencial e qual o papel hoje desempenhado pelos Hospitais de Pequeno Porte em Minas Gerais? Os Hospitais de Pequeno Porte estão atuando em rede? Quais seriam as principais estratégias para definição e indução do cumprimento de um papel desses hospitais na RAS de Minas Gerais?*

O **objetivo principal** foi descrever a inserção dos hospitais de Minas Gerais com menos de 50 leitos, classificados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP) na Rede de Atenção à Saúde/RAS. Essa discussão ganha relevância considerando o caráter histórico e sociológico de sua inserção nas políticas sociais, havendo hoje grande debate em relação ao papel assistencial que desempenham e seu custo-efetividade.

Esta tese está estruturada inicialmente nesta apresentação, e em seguida são abordados aspectos conceituais sobre acesso e equidade em saúde. Posteriormente é discutida a atenção hospitalar no Brasil e em Minas Gerais considerando o hospital como um dos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Aspectos da gestão de hospitais no Brasil são apresentados bem como a descrição da reforma da atenção hospitalar no Brasil e os programas para a atenção hospitalar em Minas Gerais. Os hospitais de pequeno porte são tratados em suas especificidades e o referencial é concluído com a discussão da rede de atenção e a inserção dos hospitais.

Posteriormente é apresentado um capítulo com os procedimentos metodológicos abordados bem como o desenho geral do estudo empírico, considerando as diferentes dimensões que servem para caracterizar a inserção dos HPP nas RAS no Estado de Minas Gerais. Aqui se procurou responder à primeira e segunda perguntas-guia do desenvolvimento desta tese. Os resultados encontrados bem como sua análise sugerem considerações reflexivas e propositivas

acerca destes hospitais nas redes e sua relevância no contexto do SUS, permitindo indicar pistas para possíveis ajustes em ações de natureza pública - respostas à terceira pergunta-guia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O debate sobre inserção dos hospitais em redes de atenção à saúde leva à discussão inicial sobre o acesso a ela, pavimentando o percurso para entendimento de uma lógica que insira a discussão e o papel dos hospitais de pequeno porte, considerando suas peculiaridades e características.

2.1 Acesso e equidade em Saúde

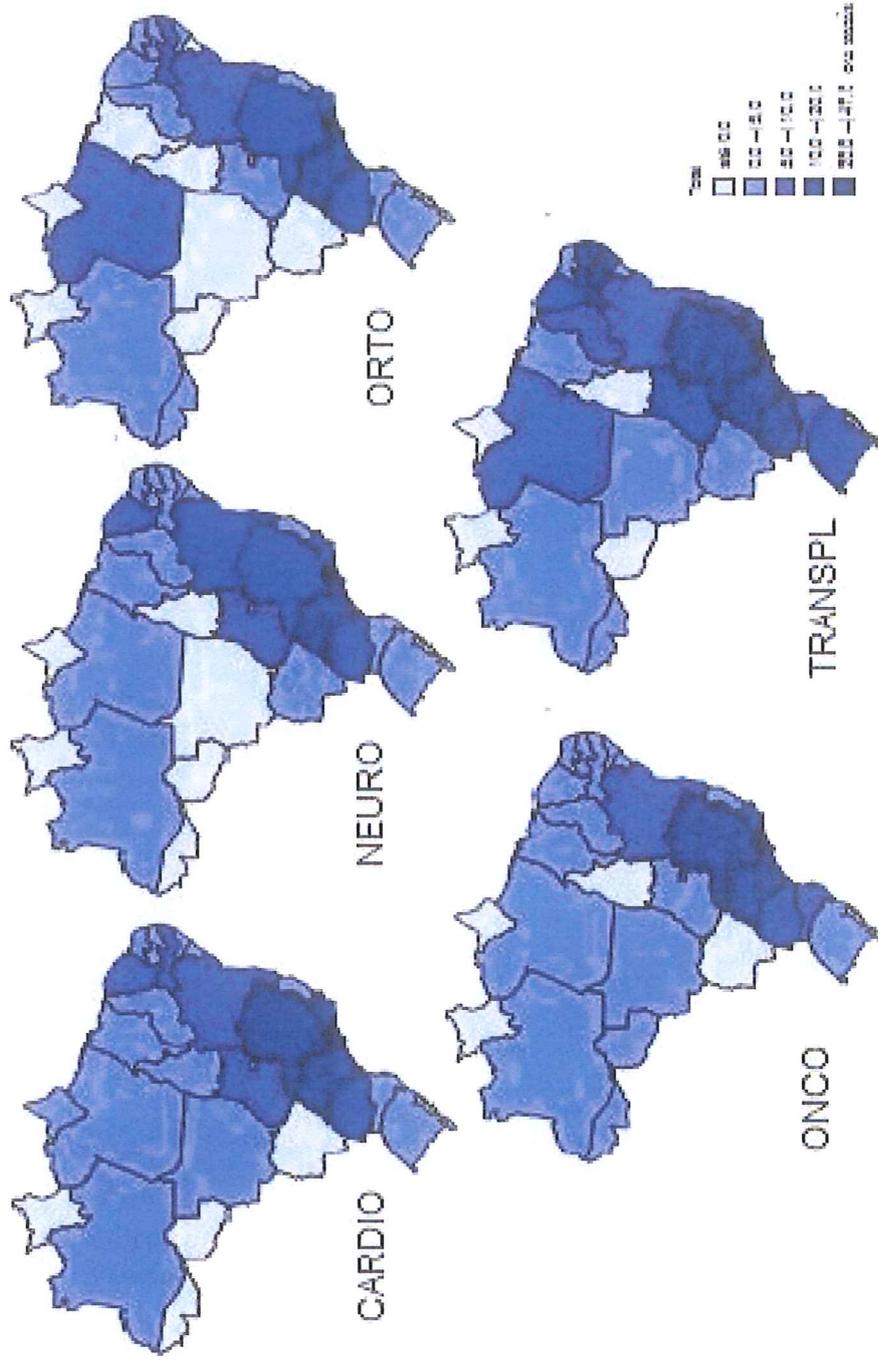
As bases da constituição e organização dos sistemas de atenção à saúde em diversos países estão fundamentadas em seus modelos de proteção social. Quanto maior a visão de cidadania como direito amplo por parte do Estado e de seus povos, maior a chance de se ter sistemas universais, equânimes e de qualidade. O acesso às ações e serviços de serviços de saúde remete à discussão da saúde como direito. A maioria dos países industrializados tem seus sistemas de saúde fundamentados no modelo de proteção do tipo Seguridade Social, que garante a universalização, um sistema distributivo dos recursos arrecadados pelo Estado (modelo Beveridgiano), com forte participação do Estado na prestação dos serviços. O que não é prestado pelo Estado, é fortemente regulado por este. A exceção dentre os países industrializados está nos Estados Unidos da América, sistema fundamentado no modelo de Assistência Social naquilo que é assumido pelo Estado, e que vem passando por reforma, rumo à extensão do acesso para a forma universal. Alguns países da Europa e Américas têm sistemas fundamentados no Seguro Social, no qual empregados e empregadores contribuem, o Estado co-financia, mas apenas quem contribui tem o benefício – sistema contributivo (modelo bismarckiano). (GIOVANELLA; LOBATO, 2008).

As desigualdades existentes no país, em relação ao acesso a bens e serviços, de acordo com estrutura, forma de organização, disponibilidade de equipes, e também de acordo com a raça/cor, renda, grau de escolaridade, gênero e outros, refletem-se também no acesso às ações de saúde, principal obstáculo à garantia da equidade. Cerca de 43,9% dos municípios

brasileiros tinha até 10.000 habitantes no ano de 2014. (IBGE, 2014). Há barreiras geográficas, econômicas e culturais que impedem a estruturação de serviços de forma equânime. Há uma distribuição mais equitativa na atenção básica. Já a alta complexidade concentra-se nas regiões sudeste e sul, havendo vazios assistenciais importantes nas demais regiões. Soma-se se a isso a insuficiência dos mecanismos de regulação da maioria dos municípios, deixando a lógica do acesso ocorrer de acordo com o tempo na fila de espera, ou atendendo a interesses diversos das necessidades dos usuários.

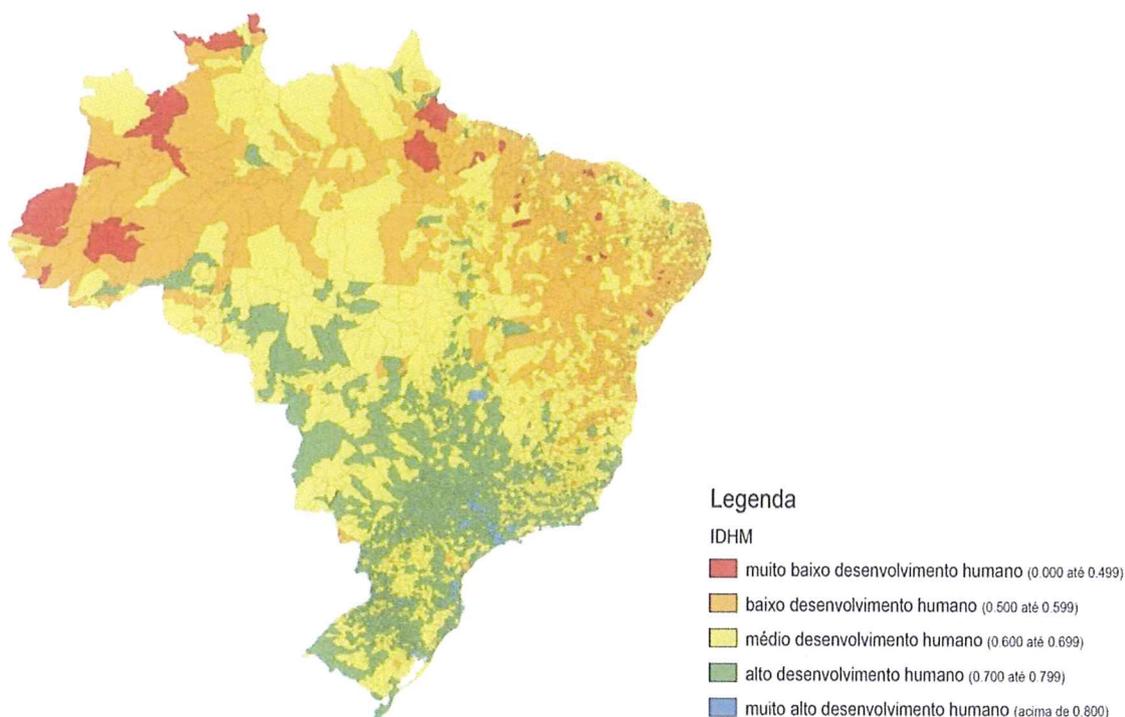
No Mapa 01, apresentado a seguir, identifica-se a distribuição dos serviços que realizam procedimentos de alta complexidade em cardiologia, neurologia, ortopedia, oncologia e transplantes no país. Ao comparar estes mapas com o mapa do Índice de Desenvolvimento Humano de 2010 observa-se que a iniquidade social demonstrada pelo IDH se repete na distribuição e no acesso às ações e serviços de saúde (Mapa 02).

MAPA 01 - Hospitais habilitados em alta complexidade segundo especialidade. Brasil, 2012



Fonte: BRASIL, 2013.

MAPA 02 - IDH- Brasil 2010



Fonte: IPEA, 2013.

Fleury (2011 apud BOURDIEU, 1989; HONNETH, 2003) busca explicação das desigualdades de acesso às ações e serviços de saúde na discussão do direito fundamental à saúde. Parte de pressupostos teóricos de que o lugar do agente social na sociedade é determinado pelo volume e tipo de capital econômico e cultural que possui; posições na estrutura social como classe, gênero, raça e idade condicionam de forma sequencial a vida do indivíduo (serialidade de Sartre); e que a exclusão social e a privação de direitos retiram a possibilidade do indivíduo auto referir-se como igual ao outro.

A partir de revisão sobre conceitos de acesso realizada por Travassos e Martins (2004), foi elaborado o Quadro 1. O quadro demonstra que a maioria dos autores coloca o acesso para além da entrada do usuário nos serviços. Há uma agregação progressiva de dimensões como continuidade do cuidado, resolubilidade/eficácia, temporalidade, efetividade e satisfação do

usuário com os cuidados prestados. Ou seja, os conceitos evoluem na direção da qualidade. Ao colocar como mediadores do acesso condições individuais como a percepção das pessoas e dos profissionais de saúde sobre a necessidade, atenta-se para o fato de que é possível a indução de demanda por fatores outros que não as necessidades de saúde, como o mercado e a medicalização da vida.

Os fatores capacitantes, ou seja, os meios que a pessoa se dispõe para obter cuidados de saúde (exemplo – poder de compra) podem se constituir como pontos de partida em condição desigual entre indivíduos, levando à iniquidade.

Merece destaque a abordagem que estabelece correlação de forças entre as resistências da oferta e o poder da população de vencer estas resistências como definidor do acesso. Caracteriza-se assim uma ideia de disputa entre os componentes da oferta e a população, em situação em que as barreiras devem ser desfeitas.

Estão presentes nos conceitos e abordagens componentes de oferta, que dizem respeito fundamentalmente à estrutura e recursos humanos/equipes dos sistemas de saúde, e componentes relacionados à forma de organização, à forma de acolher e conduzir o cuidado nas unidades de saúde, corroborando a hipótese da necessidade de investimentos em estratégias que garantam suficiência e qualificação de equipes, especialmente de profissionais médicos, como definidoras de maior acesso às ações e serviços de saúde.

QUADRO 01 - Abordagens teóricas sobre acesso aos serviços de saúde

Autor	Terminologia utilizada	Descrição	Aspectos e/ou Dimensões da terminologia utilizada	Pontos Fortes (↑) Pontos Fracos (↓)
Donabedian (1973)	Acessibilidade	Aspecto da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população	Dimensões 1. Sócio-organizacionais – todas as características da oferta que facilitam ou obstruem a capacidade das pessoas no uso dos serviços 2. Geográfica – aspectos da distância relacionados ao tamanho, às condições de transporte (tipo, custo, tempo)	↓ Exclui do conceito de acessibilidade a etapa da percepção dos problemas de saúde/necessidades ↑ Avança na abrangência do conceito ao considerar como acessibilidade o ajuste entre a necessidade e os serviços e recursos utilizados (vai além da entrada)
	Acesso	Elemento do sistema de saúde ligado à organização dos serviços, referindo-se à entrada e continuidade do tratamento	Mediação de fatores individuais 1. Predisponentes – pré-disposição das pessoas para usar os serviços 2. Capacitantes : meios dos quais a pessoa dispõe para obter cuidados de saúde 3. Necessidade de saúde : condições percebidas pelas pessoas ou por profissionais de saúde	↑ Avalia a equidade do acesso através da presença de preditores outros que não a necessidade de saúde e os fatores predisponentes
Andersen (1995)	Acesso efetivo	Produz resultados na condição de saúde ou na satisfação do usuário	Dimensões 1. Acesso potencial – presença de fatores capacitantes no indivíduo	
	Acesso eficiente	Envolve o volume de recursos utilizados para produzir os resultados	2. Acesso realizado, influenciado também por outros fatores (predisponentes, necessidades, contexto)	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016, a partir de TRAVASSOS; MARTINS, 2004.

QUADRO 01 - Abordagens teóricas sobre acesso aos serviços de saúde (*continuação*)

Autor	Terminologia utilizada	Descrição	Aspectos e/ou Dimensões da terminologia utilizada	Pontos Fortes (↑) Pontos Fracos (↓)
Penchansky & Thomas(1981)	Acesso	Aproxima-se de Donabedian ao centrar o conceito no grau de ajuste entre o cliente e o sistema de saúde	Dimensões 1. Disponibilidade de oferta 2. Acessibilidade geográfica 3. Acolhimento pelo serviço 4. Capacidade de compra do cliente 5. Aceitabilidade do serviço pelo cliente e do cliente pelo serviço	
Frenk (1985)	Acessibilidade de	Fundamenta-se na proposta de Donabedian Sistematiza o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados (necessidade de saúde → desejo de obter cuidados → procura → entrada → continuidade	Complementaridade entre características da oferta e da população - relação entre as resistências da oferta e o poder da população de vencer estas resistências	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016, a partir de TRAVASSOS; MARTINS, 2004.

QUADRO 01 - Abordagens teóricas sobre acesso aos serviços de saúde (continuação)

Autor	Terminologia utilizada	Descrição	Aspectos e/ou Dimensões da terminologia utilizada	Pontos Fortes (↑) Pontos Fracos (↓)
Institute of Medicine / USA (1993)	Acesso	Uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível (o que, para quem, quando e como)	Acrescenta dimensão temporal	↓ eficácia desconhecida em alguns casos
Gold (1998)	Acesso		Propõe deslocamento do eixo do acesso para os resultados devido às inter-relações do desempenho dos serviços	
OMS (2001)	Cobertura efetiva	Proporção da pop. que necessitou de um procedimento específico e que teve acesso efetivo a ele		↓ Dificuldade de identificação tanto do numerador quanto do denominador
Starfield (2002)	Acessibilidade	Características da oferta	Percepção da acessibilidade influenciada pela experiência passada com os serviços – influenciada pelas informações que as pessoas têm dos serviços	
	Acesso	Como as pessoas percebem a acessibilidade		

Fonte: Elaborado pela autora, 2016, a partir de TRAVASSOS; MARTINS, 2004.

Feuerwerker (2014) a partir de pesquisa no campo da saúde mental discute acesso com a perspectiva de produzir mais vida. Significa acessar um cuidado que amplie as redes de conexões existenciais do usuário. O cuidado na lógica manicomial seja no hospital ou em um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS pode significar *mais morte do que redes de conexões de vida*.

Viacava et al (2012) ao abordarem a dimensão do acesso na avaliação de sistemas de saúde considera que o que o define acesso é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequado, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Portanto considera oferta, remoção de obstáculos físicos e de recursos financeiros. Incorporam um dos pilares da regulação que é o acesso no tempo oportuno. Discutem o conceito de acessibilidade feito por Donabedian como a capacidade real ou potencial de produzir serviços versus a capacidade potencial de esses serem consumidos. A acessibilidade seria uma das dimensões do acesso, que se refere à distância geográfica, tempo e custo. Num abordagem relacional do conceito, acesso ou acessibilidade diz respeito ao grau de ajuste entre as características da população e da oferta de serviços. No entanto, reforçam a necessidade de se manter as distinções entre acesso e uso de serviços; e entre acesso, efetividade e continuidade dos cuidados prestados. Assim, os conceitos de acesso e acessibilidade podem ser vistos segundo as dimensões técnica, econômica, política e simbólica. A primeira dimensão com os aspectos mais restritos à entrada inicial nos serviços; a segunda relacionada ao acesso potencial; e a terceira tendo a equidade e a universalidade do acesso a todos os níveis de atenção como princípios que devem nortear as políticas de saúde e o modelo de atenção. Já na quarta dimensão, a simbólica, estão incluídas as percepções, as concepções e a atuação dos sujeitos, as representações sociais sobre o processo saúde-doença, e a forma como o sistema de saúde se organiza para atender às necessidades dos usuários.

A discussão da equidade ocorreu na reforma sanitária brasileira em princípio e como prática de justiça social. Do ponto de vista conceitual prevalece nos SUS a construção de Whitehead (1992) que incorpora o parâmetro de justiça à distribuição igualitária, portanto iniquidades em

saúde referem-se a diferenças *injustas, evitáveis, desnecessárias e indesejáveis*. Existem desigualdades de oportunidades entre os indivíduos para desenvolver seu potencial de saúde. Assim, tratamento desigual deve ser dado a esses indivíduos pelas políticas públicas para reduzir ou eliminar essa diferença.

No entanto, no neoliberalismo a equidade teve formulações como políticas focalizadas nos mais carentes por parte de técnicos do Banco Mundial. Trouxe consigo a preocupação com a eficiência e racionalização, chegando os formuladores da tecnocracia a tratar de uma equidade sustentada. Assim, equidade seria igual ou substituída pela eficiência. (ALVES, 2009; NOGUEIRA, 2000). Os resultados das ações ficam em segundo plano quando se busca a alternativa mais eficiente e efetiva para alcançar objetivos. Estimulou-se a contraposição entre eficiência e equidade. Se o crescimento era incompatível com a distribuição, optou-se por uma redistribuição com crescimento, com foco nos mais necessitados. Ao considerar que a ação estatal nas políticas sociais não era efetiva o discurso passou a ser o da má alocação e não o da insuficiência de recursos. O Banco Mundial não só criou formas de financiamento com base em subsídios e incentivos, mas também se influenciou diretamente a reforma do Aparelho do Estado em seu eixo de substituir a ação estatal pela ação privada mais eficiente e efetiva. Nesse contexto a redução das diferenças de oportunidades dos grupos sociais era irrelevante. (ALMEIDA, 2002).

A equidade volta a nortear as políticas públicas na década de 2000. A reativação da economia ocorrida ao longo da segunda metade da década passada foi acompanhada da queda da desigualdade de renda e da redução da pobreza, com melhoria de indicadores sociais da população de menor renda. Programas de redução da desigualdade de oportunidades foram criados pelo governo federal, dentre outros, no campo da alimentação, educação, moradia e renda. A equidade como justiça social é defendida como eixo norteador dos programas e do Ministério da Saúde e está expressa na alocação de recursos, a exemplo da Política Nacional de Atenção Básica.

À luz deste entendimento inicial é possível discutir o que foi denominado Reforma da Atenção Hospitalar no Brasil a partir do ano de 2004 e seu reflexo em Minas Gerais.

2.2 Atenção hospitalar no Brasil

Para consolidar a compreensão do contexto atual da atenção hospitalar no Brasil, faz-se necessário buscar aspectos históricos de sua constituição. Até o século XVIII o hospital era lugar de morrer. Abrigava pobres moribundos e os afastava do convívio social. Neste hospital não havia a atuação do médico, havendo, portanto, uma dissociação entre medicina e hospital. A junção ocorre em meados do século XVIII não com o objetivo de potencializar a ação do hospital sobre o doente, mas com o objetivo de reduzir a ação nociva do hospital sobre o doente. A grande intervenção ocorrida nos hospitais desse século trata mais da introdução da disciplina – isolamento para não haver transmissão de doenças, vigilância sobre possibilidade de tráfico de mercadorias, prevenção de deserção de militares, garantia do retorno desses ao campo de batalha assim que curados. A introdução da ação do médico no interior do hospital desloca o olhar que era exclusivamente sobre o doente, para o meio ambiente e outras formas de intervenção para promover a cura e a prevenção. Assim, a disciplinarização do espaço hospitalar e o deslocamento da atuação do médico dão origem ao hospital médico. (FOUCAULT, 1979).

A criação de hospitais no Brasil inicia-se no período do hospital como atribuição dos religiosos. Assim, foi construída a Santa Casa de Santos em 1565. A partir daí outras Santas Casas foram criadas, havendo uma maior concentração no século XX, quando comerciantes, fazendeiros e outros empresários, estimulados pelo pároco, criavam uma irmandade denominada Santa Casa. As Santas Casas destinavam a maioria de seus leitos aos pobres e indigentes, e reservavam algumas acomodações para os mais favorecidos. A irmandade fazia a administração voluntária dessas instituições. O patrimônio era construído com as doações, eventos beneficentes, venda de serviços prestados. O governo, desde 1831, já entrava com sua contribuição através de verbas repassadas, isenção de impostos e taxas e autorização para

extração de loterias. Há registro de lei de 1831 que já concedia isenção de impostos e taxas aos filantrópicos. (GIRARDI; BARROS, 2001).

Com a criação da Previdência Social e a compra de serviços de saúde pelo governo, as instituições hospitalares privadas com ou sem fins lucrativos tiveram expansão significativa nas décadas de 1960 e 1970. Empréstimos com juros subsidiados viabilizaram a remodelação da rede hospitalar privada, com aumento de 500% dos leitos. Consolidou-se o modelo médico assistencial privatista. O Estado fazia o custeio e investimentos no setor privado nacional que prestava os serviços, e o setor privado internacional supria o setor privado nacional com insumos e equipamentos adquiridos com recursos de origem pública. Houve intenso processo de privatização da prestação de serviços, propiciando o surgimento do complexo médico-industrial, especialmente nas áreas de medicamentos e equipamentos. A ênfase era dada à assistência individual curativa em detrimento das ações coletivas e preventivas. Com o passar do tempo, a compra de serviços e a modalidade de cobrança propiciaram fraudes, colocando em risco a sustentabilidade financeira do sistema. Surgiu a Medicina de Grupo, para atenção aos seus trabalhadores. Essa articulação Estado/empresariado criou as bases para o surgimento do subsistema hegemônico da década de 1980 – médico-supletivo. Com a crise econômica dos anos 1980, houve a elevação incontrolável dos custos hospitalares, devido à inflação e à incorporação pouco crítica de tecnologias. Os reajustes das tabelas do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS não acompanharam o aumento dos custos e, em 1980, a Portaria 2.079/MPAS formalizou a possibilidade de pagamento de valores complementares pelos usuários, para o uso de acomodações superiores aos padrões das enfermarias. Em 1982, a Portaria 2.837/MPAS estabeleceu que a complementação não poderia ser superior aos valores da tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). A cobrança de complementação, o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos foram mecanismos encontrados pelo setor privado para compensar a defasagem custos X remuneração dos serviços prestados. Estabeleceu-se assim a crise do sistema previdenciário. O complexo hospitalar privado criado ou expandido com recursos públicos começou a destinar grande parte de suas melhores instalações e equipamentos à medicina supletiva, reservando aos contratos e convênios com a previdência social, unidades de menor complexidade tecnológica e de hotelaria. (MÉDICI, 1992).

Os hospitais públicos tiveram caminhos diversos, sendo uma lógica para aqueles vinculados a instituições de ensino, e outra para os destinados exclusivamente à assistência. As primeiras experiências de integração ensino-assistência deram-se em 1808 com a criação, por D. João VI, da Escola de Cirurgiões, que posteriormente tornou-se a Faculdade de Medicina da Bahia. Oito meses depois, com a transferência da família real para o Rio de Janeiro foi criada a também Escola de Cirurgiões nesta cidade, hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ambas se utilizavam das Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino. (CLEMENTE, 1998).

De acordo com Caldas Junior (1999), até as décadas de 1940 e 1950 do século XX, as atividades de ensino das poucas faculdades de medicina existentes eram exercidas em instituições filantrópicas que cediam seus espaços e pacientes para tal fim. Havia, entretanto, diferença de missão entre as instituições de ensino, voltadas para a formação de recursos humanos em saúde, e as instituições filantrópicas, direcionadas para a assistência. A exigência de inovação tecnológica por parte das primeiras, não era necessariamente correspondida pelas segundas. Com a intenção de deter toda a administração dos serviços e saírem das divergências de orientação que tinham com os dirigentes das instituições filantrópicas, autoridades do ensino pleitearam a criação de hospitais próprios. (CLEMENTE, 1998).

Em 1948, foi criado o primeiro Hospital de Clínicas de propriedade de uma Universidade Federal brasileira, em Salvador/BA. Com o surgimento de diversas faculdades de medicina a partir dos anos 70 houve a expansão dos hospitais universitários, tornando-se a base dos sistemas de formação de médicos e os principais centros de atendimento da alta complexidade do país. (CALDAS JÚNIOR, 1999). O sistema de ensino por cátedras, que prevaleceu no Brasil, até a Reforma Universitária de 1969, submetia a forma de organização dos hospitais ao poder da instituição de ensino, desde a ocupação dos espaços físicos, até a lógica de funcionamento dos diversos setores como ambulatórios e enfermarias. Segundo Clemente (1998), os privilégios dos catedráticos tinham precedência às normas de administração hospitalar.

Clemente (1998) comenta ainda que no ambiente das enfermarias e ambulatórios pertencentes às disciplinas ministradas pelos catedráticos, os usuários tinham todos os recursos necessários à sua assistência, o que não acontecia ao deixar esses ambientes. A Reforma Universitária de 1969 lançou as bases para a mudança de foco do ensino médico até então baseado nas cátedras para a formação de profissionais para o setor produtivo. (CUNHA; SANTOS; COELHO, 1991).

Em 1922, o Professor Miguel Couto já considerava insuficiente para a capital Rio de Janeiro a oferta de atenção hospitalar pelas filantropias, tanto a atenção gratuita, quanto a oferecida por preços módicos. Já defendia a construção de “grandes hospitais com enfermarias para atenção gratuita, pequenas salas para diárias de cinco mil réis, e quartos para diárias de dez mil réis”. (BRASIL, p. 66, 1965).

Data desse período até meados do Século XX a construção dos grandes hospitais públicos vinculados aos Estados e à União, seja na forma de sanatórios para tuberculosos e hansenianos, seja na forma de manicômios, ou na forma de hospitais universitários vinculados às grandes universidades brasileiras.

Os hospitais públicos municipais de menor porte vêm do processo de municipalização de unidades mistas ou hospitais de origem federal, como as unidades da antiga Fundação SESP, e da municipalização de pequenos hospitais filantrópicos. Já os hospitais de maior porte, vêm de unidades criadas para o atendimento da população em geral, ou criados para atender aos trabalhadores do município, que em seguida foram universalizados. A grande proliferação de hospitais de pequeno porte é atribuída também à desarticulação entre os entes e ao caráter autônomo de cada ente federado de formular e implementar suas políticas de investimentos e ao direcionamento de financiamentos com finalidade política como as emendas parlamentares de origem estadual e federal. Não têm sido bem-sucedidas as iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de coibir tais investimentos. Um agravante é o fato de nem sempre o investimento ser acompanhado de recursos para custeio que deem sustentabilidade ao investimento feito. (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Cunha e Bahia (2014) questionam

a real efetividade da construção de pequenos hospitais com destaque para o Estado do Maranhão, onde as condições socioeconômicas são os principais determinantes das condições de saúde da população. Remetem a solução mais a uma qualificação da atenção básica que apresentava uma cobertura de 80,5% de cobertura das Equipes de Saúde da Família em 2014, mas com alta taxa de mortalidade infantil (29/1.000 nascidos vivos contra a média nacional de 16,4/1.000 nascidos vivos).

A gestão hospitalar reveste-se de importância fundamental na compreensão do contexto da atenção hospitalar, tanto no aspecto da gerencia/administração interna da organização, quanto no aspecto da gestão dos hospitais no âmbito dos sistemas locais e regionais de saúde. Carrieri et al (2008), tratando da gestão como prática social, e da produção acadêmica sobre o tema discorre sobre concepções de gestão, a saber:

- a) Concepção técnica – a gestão é vista como instrumento tecnológico neutro e racional que objetiva o alcance de resultados. A gestão é pressuposta a partir de estruturas racionais formalizados de sistemas de controle, capazes de garantir eficiência;
- b) Concepção política – em resposta ao determinismo da perspectiva técnica, a concepção política coloca a gestão como um processo social. A ênfase está na questão do conflito de interesses entre grupos nas organizações, caracterizando-se os ambientes como dotados de grandes incertezas, a partir dos quais os resultados organizacionais são buscados;
- c) Concepção crítica - apresenta-se como uma alternativa à perspectiva política no sentido de que esta última, ao enfatizar a ação humana, promove uma espécie de negligência dos chamados aspectos institucionais inerentes às estruturas de poder e de controle da economia política de uma dada sociedade. Desse modo, na perspectiva crítica, a gestão, influenciada pela abordagem marxista, é vista como mecanismo de controle social, atrelada a imperativos de ordem econômica,

impostos por uma ordem capitalista de produção. As três concepções não são suficientes para incorporar, ao mesmo tempo, à análise da gestão, os níveis institucional, organizacional e comportamental, permitindo as interseções entre a ação humana, a dinâmica da organização e o contexto macroestrutural. Essa seria a alternativa de perspectiva da gestão como prática social. Nesta linha de pensamento, as organizações e suas estratégias seriam pensadas como conjuntos de práticas nas quais seus indivíduos estão rotineiramente engajados na manutenção ou reestruturação dos sistemas de relações sociais onde estão coletivamente envolvidos (CARRIERI, 2008 apud REED, 1985).

Tratando do consenso de que o hospital é uma organização complexa, invocamos Morin (2011) que considera que no pensamento complexo o todo é ao mesmo tempo mais e menos que a soma das partes. Assim, numa organização (o hospital), a parte contribui para o conjunto, mas a organização não é simplesmente a soma de suas partes. Ou seja, a compreensão de cada departamento ou da soma destes não nos leva à compreensão dos processos cotidianos do hospital como um todo.

Nesse sentido é possível afirmar que há uma interseção entre a ação humana, a dinâmica organizacional e o contexto macroestrutural na gestão da organização complexa Hospital ao tratarmos desse como ponto de atenção inserido no sistema de saúde (MORIN, 2011).

Há necessidade de modernização das ferramentas e práticas de gestão que consigam lidar com a complexidade das duas antinomias presentes no cotidiano da gestão hospitalar, quais sejam o alto grau de autonomia dos trabalhadores versus a necessidade de coordenação da organização como um todo (CECÍLIO, 1997).

Associa-se ao desafio das relações de poder, a busca constante de sua sustentabilidade financeira. O hospital tem custo elevado devido à natureza e grau de especialização de sua força de trabalho, e aos recursos materiais que utiliza, tendo como premissa a qualidade. Assim a eficiência é tema constante nos estudos sobre a gestão hospitalar, com suas

derivações de escopo, escala, tecnologias de cuidado, tecnologias de gestão, e qualidade. (LA FORGIA; COUTOLENC, 2008).

Do ponto de vista de modelos alternativos para a gestão interna são apontadas estratégias diversas como a criação de unidades de produção/unidades funcionais, coordenadas por colegiados que compartilhem discussões e decisões, organogramas mais horizontalizados, contratos internos de gestão com compromissos, indicadores e metas compatíveis com a sustentabilidade institucional e com o papel do hospital na RAS, além da profissionalização da gestão em cada área de atuação, desde a gestão da clínica até a gestão de meios. (JORGE, 2002)

No debate e nas decisões de gestores de saúde sobre a gerência de hospitais públicos, tem ganhado cada vez mais força, a celebração de parcerias do público com terceiros, o que merece discussão histórico-conceitual.

A Reforma do Estado Brasileiro da década de 1990 trouxe mudanças nas atividades desenvolvidas pelo Estado e nas relações de trabalho, que tiveram consequências diretas na organização e resultados trazidos pelo SUS. A pergunta fundamental para se pensar a Reforma do Estado refere-se a como aumentar a eficiência da ação estatal. A pergunta e a resposta não se resumiriam aos aspectos administrativos e técnicos, mas também estariam relacionadas aos aspectos políticos. Assim, utilizam-se as categorias de governabilidade e governança como aspectos distintos e complementares. A governabilidade refere-se às condições sistêmicas sob as quais se dá o exercício do poder (forma de governo, relações entre os poderes, sistemas partidários, sistema de intermediação de interesses). Já a governança refere-se à capacidade de governo na implementação das políticas e na consecução das metas. Para isto tem que lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade. Os pressupostos seriam a flexibilização, a descentralização de funções, a transferência de responsabilidades alargando o universo de atores participantes, sem abrir mão dos instrumentos de controle e supervisão. (DINIZ, 1996).

Segundo Rezende (2011 apud Faoro, 1991), as inovações da década de 1990 tinham como prática dos dirigentes as receitas neoliberais em detrimento da democracia, com total desrespeito à então recente constituição promulgada e deixando intocada a condição de miséria e concentração de renda da população. O Estado era considerado demasiado concentrador, e seria necessário estabelecer um Estado Mínimo. Tratava-se de copiar modelos internacionais descolados da realidade nacional. Concomitantemente, o plano real conteve a inflação. No entanto, a supervalorização da moeda levou à queda dos índices de produção industrial e de emprego, levando à necessidade de um segundo plano.

A decisão de não se tocar na concentração de renda levou à criação de programas pontuais para a população pobre, para dar sustentabilidade ao modelo econômico. O autor diz que o neoliberalismo trazia a meta de acabar com o Estado a partir dele mesmo. Deveria ser mantida intacta a dissociação entre Estado e sociedade, com um orientado pelo ideário liberal, e premido pela crise financeira e pelo esgotamento da capacidade pública de realizar investimentos. O Brasil iniciou programa de privatização de empresas, e de reforma do aparato estatal. Foi elaborado e implementado o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado/PDRAE, liderado por Bresser Pereira, a partir de 1995. (PACHECO, 2010)

De acordo com o Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado/PDRAE, as organizações não estatais poderiam desempenhar funções não privatizáveis, desde que garantidos o controle social direto, controle de desempenho e resultados, e o controle se daria pela competição administrativa. A autonomia e responsabilização seriam garantidas pelos contratos de gestão, com mudança do foco do controle dos processos para os resultados. Os instrumentos seriam os contratos de resultados. Na gestão de recursos humanos haveria o reforço dos corpos burocráticos permanentes e da administração gerencial. No interior das organizações não estatais, o regime de contratação predominante seria a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Noronha e Soares (2001) consideram que a década de 1990 significou um retrocesso do processo de construção de um projeto social, na contramão da constituição cidadã de 1988.

Para eles, movimento de descentralização, com foco na municipalização, especialmente no campo da saúde, significou também um falso empowerment, com a união e estados se desresponsabilizando de funções em relação à população dos municípios. A reforma do Estado brasileiro teria sido fundamentada em uma receita única, não considerando as especificidades do país, teria um diagnóstico com falsas premissas, como a culpabilização do funcionalismo público; e estaria calcada em um projeto político. Este projeto tinha como parte da estratégia de se chegar ao Estado mínimo a transferência de atividades controladas pelo mercado, seja através da execução destas atividades pelo setor privado, ou pelo setor público não estatal. Os autores discutem a privatização do setor saúde por fora, através da compra de serviços do setor privado pelo setor público, em detrimento da oferta via serviços próprios, e a privatização por dentro, através de dispositivos da microeconomia, como a relação custo/benefício. Surgem daí iniciativas de flexibilização das relações de trabalho no interior das organizações de saúde.

A forma mais antiga de relacionamento entre o Estado e o terceiro setor na saúde, e até os dias de hoje sendo a mais enraizada, é através das filantropias. Conforme já demonstrado se considerarmos as três tipologias de hospitais por natureza jurídica – público, privado sem fins lucrativos e privado com fins lucrativos, o segmento dos privados sem fins lucrativos no qual se situam os hospitais filantrópicos é o que produz mais internações hospitalares, o maior número de procedimentos de alta complexidade ambulatorial e em regime de internação e é o que consome a maioria dos recursos da produção de serviços hospitalares no SUS. Já na década de 1970, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre foi criado sob a égide de uma empresa pública de direito privado. A Associação das Pioneiras Sociais, gestora da Rede Sarah, rede de hospitais de reabilitação, foi criada em 1991, na forma de associação autônoma, financiada integralmente por recursos da união.

As mudanças trazidas pela reforma do Estado trouxeram uma diversidade de alternativas para a administração de serviços que realizam atividades consideradas não exclusivas do Estado, dentre elas as atividades da área da saúde. A partir de 1998, normativas legais foram criadas para institucionalizar a criação de organizações não vinculadas à administração direta do Estado na área da saúde. A Lei 9.637 de 1998 criou as Organizações Sociais/OS, a Lei 9.790

de 1999 criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, e a Lei 11.079 de 2004 criou a Parcerias Público Privadas. (CANABRAVA, 2007). Todas com potencial atuação na área da saúde. Como iniciativas podemos citar:

- 1) O Estado de São Paulo, que desde 2006 realiza contratos com Organizações Sociais para a administração de serviços de saúde, não se restringindo à atenção hospitalar, mas administrando abrangendo também serviços de atenção básica. (IBANEZ et al, 2001);

- 2) De 2005 a 2010 as experiências de implantação de Parcerias Público Privado/PPP em saúde ocorreram com a implantação do Hospital do Subúrbio em Salvador, a contratação e construção do Hospital do Barreiro (Belo Horizonte), iniciativas não implementadas referentes às unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Manaus também na atenção básica e a instalação da fábrica de medicamentos da Fundação para o Remédio Popular de São Paulo. Até 2014 havia no Brasil 24 propostas analisadas envolvendo cerca de 220 unidades desde Unidade Básica de Saúde, unidades de produção de medicamentos, unidades de apoio diagnóstico, hospitais e outros na área da saúde. Havia contratos efetivamente celebrados envolvendo apenas 07 unidades. Considerando a capacidade e interesse do setor privado e as possibilidades inerentes ao novo modelo, os autores discutem as dificuldades com que os atores envolvidos se defrontam para a consecução de contratos efetivos. Apesar de considerarem que esse tipo de parceria é uma estratégia promissora e defensável, os autores citam como dificultadores dos processos o caráter inovador da proposta e as limitações jurídicas a ele associados; a desconfiança entre os parceiros trazida pela maior capacidade do parceiro privado de processamento e elaboração estratégica; a dificuldade de elaborar a modelagem com base nas reais necessidades da população e dos gestores; a preocupação com a sustentabilidade financeira da proposta no longo prazo; o risco de intervenção do poder concedente com a estatização dos empreendimentos contratados; e a indefinição do modelo de gestão da atenção direta ao paciente, sendo essa, sempre objeto de discussão não só pelo contratante, mas pelos órgãos

de controle sobre o que seria ou não delegável a terceiros pelo poder público. Citam ainda a decisão pela incorporação ou não de servidores públicos estáveis no modelo dos projetos, o envolvimento do controle social e a transparência da divulgação do processo como dilemas ou fatores dificultadores. (BARBOSA; MALIK, 2015);

- 3) A EBSEH/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares foi criada pela Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011. Trata-se de empresa pública de direito privado criada para gerenciar os 46 hospitais universitários federais. A proposta surgiu em grande parte em função da necessidade de regularizar a contratação de recursos humanos para estes hospitais, o que era feito pelas fundações de apoio das universidades, na falta de concursos públicos e de competitividade dos concursos realizados para algumas categorias profissionais via contratação pela administração direta. Hoje há 37 hospitais sob gestão da EBSEH³.

A despeito das vantagens colocadas pela concepção da Reforma do Estado e pelos defensores dos diversos modelos, há debates com resistências setoriais sobre o tema. O primeiro aspecto diz respeito à relação público-privado. Vecina e Ibanez (2007) defendem que o objetivo de uma organização é que define seu caráter público ou privado, e não sua propriedade. A questão seria de “quem entrega” um direito de cidadania e não de “quem executa” para garantir esta entrega. Nessa linha de pensamento uma Santa Casa com sua natureza filantrópica pode ser mais pública do que um hospital público onde interesses que não os coletivos prevalecem. A lógica dessas relações do Estado com terceiros deve passar necessariamente pelo controle social, conforme preconiza Grau (1996) ao afirmar que o aumento da amplitude de realização do interesse público passa pela incorporação de maior quantidade de agentes sociais para a satisfação destes interesses e pela ampliação dos espaços de interlocução entre o estado e a sociedade, assegurando que as decisões do primeiro sejam balizadas pelas garantias dos direitos dos cidadãos e da consecução desses direitos.

³ www.ebserh.gov.br

No entanto, questiona-se a real intenção do Estado, em seus diferentes governos, de celebrar contratos que reflitam a garantia dos direitos dos cidadãos nas unidades de saúde, e de monitorarem o cumprimento de metas que garantam a defesa desses direitos. Assim, a utilização da capacidade instalada dos serviços pode ocorrer sem a regulação do acesso pelo gestor público, atendendo a interesses de forma clientelista, ou com seleção de clientela. A dupla gestão de unidades que prestam serviços para o SUS e unidades que prestam serviços para a saúde suplementar pode destinar às primeiras os casos mais complexos e de custo mais elevado. Outro risco tem sido a tentativa de instituir a oferta de serviços para a saúde suplementar em unidades públicas administradas por essas formas alternativas de administração de unidades públicas. Esta condição gera a dupla porta de entrada – SUS e não SUS, com discriminação dos que não podem pagar. Aumenta o co-financiamento do setor privado pelo setor público, já que a estrutura e equipes estariam sendo financiadas por recursos públicos. Este co-financiamento ou subsídio do público para o privado já existe na forma de renúncia fiscal para as despesas com planos de saúde, e através da isenção de encargos e tributos do setor filantrópico. (BAHIA, 2001)

Os contratos de gestão ou de resultados continuam tendo indicadores quantitativos como o número de saídas, taxas de ocupação, percentual de execução do orçamento. Tendo que administrar dentro de um orçamento pré-fixado as portas de hospitais públicos gerenciadas por terceiros podem ser fechadas à demanda real de um território, tanto para cumprir a meta sem ultrapassá-la, quanto para não aumentar custos. Ou seja, atender além do pactuado passa a ser transgressão. Indicadores de qualidade têm papel secundário – como tempos de espera por atendimento, altas com cura, complicações de internações. Outros efeitos adversos dizem respeito à gestão de recursos humanos. O não cumprimento da exigência de realização de seleção pública leva às contratações com critérios obscuros, de forma clientelista. O regime de contratação pela CLT gera passivos trabalhistas maiores ou menores dependendo da capacidade de gestão da organização, que muitas vezes reproduz práticas da administração direta.

2.2.1. Principais políticas de âmbito federal para atenção hospitalar

O Ministério da Saúde nas últimas décadas vem buscando alternativas e aprimoramento da atenção hospitalar por meio de políticas para os hospitais federais do MEC, para os hospitais filantrópicos, para os hospitais de ensino e para os hospitais de pequeno porte.

No ano de 2003, frente à grave crise que acometia os hospitais de ensino, especialmente os Hospitais Universitários/HU vinculados ao MEC, através da Portaria Interministerial N° 562 – MEC/Ministério da Saúde/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Ministério da Ciência e Tecnologia, foi criada comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HU, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Novos critérios de certificação das instituições como Hospitais de Ensino foram estabelecidos na Portaria Interministerial N° 1000, de 15 de abril de 2004. Dentre os pré-requisitos obrigatórios colocados para a certificação estavam a participação nas políticas prioritárias do SUS e colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde e da docência com a rede básica, de acordo com realidades loco-regionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS em 04 anos; e a manutenção sob regulação do gestor local do SUS da totalidade dos serviços contratados. A partir daí uma série de normativas foram criadas, com sua consequente implementação, tendo como foco a certificação e a contratualização dos hospitais de ensino. Hoje existem 186 HE certificados e contratualizados. (BRASIL, 2014).

Em setembro de 2005, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, através da Portaria GM/MS N° 721, de 21 de setembro de 2005, com o objetivo de buscar apoio para as dificuldades de gestão, organização e financiamento pelas quais que passavam essas instituições hospitalares. A contratualização dos hospitais filantrópicos prevê o Incentivo à Contratualização – IAC, que, de acordo com as regras definidas em portarias específicas, destina-se a:

- Qualificação da gestão, considerada pelo Programa como ação estruturante para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e particularmente para o segmento filantrópico do conjunto de hospitais brasileiros;
- Ações de educação permanente;
- Adesão às políticas prioritárias do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Através do Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010 foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, com o objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde. Há 46 hospitais no âmbito do Decreto, que são contratualizados com os gestores do SUS. Além dos recursos da produção e incentivos aos quais fazem jus outros hospitais contratualizados, o REHUF destina recursos específicos de fonte MEC e fonte Ministério da Saúde para estes hospitais.

No ano de 2012, à luz das mudanças na política assistencial tanto na atenção básica quanto na atenção especializada, e considerando o contexto da atenção hospitalar depois de dez anos de formulação da política em voga, o Ministério da Saúde iniciou discussão sobre a revisão das regras de contratualização de hospitais, e a partir daí decidiu-se por discutir e pactuar diretrizes gerais para a Política Nacional de Atenção Hospitalar/PNHOSP. As macro estratégias conduzidas para o enfrentamento da questão foram:

- Discussão, pactuação tripartite, e publicação de portaria da Política Nacional de Atenção Hospitalar/PNHOSP no SUS, estabelecendo as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS);

- Discussão, pactuação tripartite, e publicação de portaria estabelecendo as diretrizes operacionais da contratualização hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Realização de diagnóstico dos hospitais com menos de 50 leitos do país, com vistas à construção de proposta para este segmento, que contemple a definição de seu papel no sistema regional ou local de saúde e respectivo financiamento.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar teve suas diretrizes e eixos regulamentados através da Portaria GM/MS Nº 3390 de dezembro de 2013, prevendo:

- Atenção hospitalar onde o ponto central é o hospital em rede, ou seja, são abordadas diretrizes para a definição do papel do hospital no sistema local e/ou regional de saúde e oferta de ações e serviços que daí decorre, regramentos de acesso às ações e serviços, utilização de dispositivos para a garantia da integralidade, resolutividade e humanização da atenção, e diretrizes para uma saída responsável e resolutiva do usuário para demais pontos de atenção da rede;
- Gestão para a ampliação do acesso e da qualidade na atenção hospitalar onde são estabelecidas em um primeiro bloco as diretrizes para uma gestão do sistema local e/ou regional de saúde que zele pela definição e indução do cumprimento do papel do hospital na rede, faça a regulação do acesso e monitore e avalie seu desempenho, articulando-o com os demais pontos de atenção. Em um segundo bloco, são abordadas as diretrizes da gerência interna do hospital, para promover arranjos internos que garantam o cumprimento do papel do hospital na rede, tendo como base a contratualização, e que busquem a sustentabilidade do hospital, em sentido amplo, ou seja, no aspecto de clima/ambiente institucional e no aspecto administrativo-financeiro;

- Formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho onde as diretrizes são de que o hospital se constitua como locus de educação permanente e formação de profissionais para a RAS, implemente dispositivos de valorização de seus trabalhadores, além de participar de discussões, avaliações e proposições que tratem da gestão da força de trabalho nos hospitais em geral;
- Financiamento partindo da premissa de que o financiamento da atenção hospitalar já ocorre de forma tripartite, são estabelecidas diretrizes para a busca da sustentabilidade, repasse de recursos através da contratualização, previsão de recursos para a ampliação do acesso, renovação e inovação tecnológica racional; e consideração das especificidades regionais, território de abrangência, missão na RAS, e diagnóstico epidemiológico na definição de valores e lógica de financiamento. O Incentivo de Adesão à Contratualização/IAC foi substituído pelo Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar/IGH;
- Contratualização onde as diretrizes traçadas preconizam que a relação formal entre os gestores e os hospitais deve se dar através da celebração de instrumento contratual formal no qual são estabelecidos compromissos e metas do hospital, quantitativas e qualitativas relacionados à assistência, ensino e pesquisa, quando couber; além de responsabilidades do gestor, e regras de financiamento, monitoramento e avaliação do contrato;
- Responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS estabelecendo diretrizes relacionadas às responsabilidades das três neves de gestão relacionadas à formulação, implementação, monitoramento e avaliação da PNHOSP em seus diversos aspectos.

O eixo central da relação dos gestores com os hospitais é a contratualização. Assim, foram pactuados objetivos e diretrizes para a contratualização, com a premissa do Hospital em Rede.

Todos os hospitais do SUS devem ser contratualizados, independente de sua natureza jurídica, respeitando as legislações específicas municipais e estaduais.

Recomenda-se a observação do comando único na contratualização de hospitais para a prestação de ações e serviços de saúde, tratando do financiamento tripartite do contrato e da explicitação de todas as fontes de financiamento (federal, estadual e municipal) no instrumento contratual formal, das atribuições e responsabilidades do hospital, das responsabilidades dos gestores na celebração, financiamento, monitoramento e avaliação do contrato. Em relação ao financiamento, considera-se que as modalidades de repasse e definição de valores podem ser diversificadas. Para os recursos de fonte federal, estabelece-se que haja valores relacionados à produção, com base na Tabela Unificada do SUS, e recursos correspondentes aos diversos incentivos. Todos os incentivos deverão ser explicitados no contrato, com os regramentos para o seu repasse. Deverá haver o componente pré e pós-fixado com percentuais de 40% do valor total vinculados ao cumprimento das metas qualitativas e 60% do valor total vinculados ao cumprimento das metas quantitativas, podendo haver variação destes percentuais, desde que seja respeitado o percentual mínimo de 40%. Prevê a redução de recursos no caso de não cumprimento de no mínimo 50% das metas por três meses consecutivos, e revisão anual de valores em caso de atingimento de metas para além de 100%, de forma sistemática. Foi criado o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar/IGH para hospitais públicos e para hospitais privados sem fins lucrativos, de acordo com regramentos previstos em portaria específica. A contratualização de hospitais foi regulamentada através da Portaria GM/MS N° 3410 de 2013.

Em Minas Gerais existem 163 hospitais filantrópicos contratualizados com o Incentivo à Contratualização/IAC, ainda nos termos da Portaria GM/MS N° 1721 de 2015, já que a aplicação total da Portaria GM/MS N° 3410 de 2013 ficou inviabilizada por falta de recursos do Ministério da Saúde. Há também os 04 hospitais universitários do MEC contratualizados como hospitais de ensino (Belo Horizonte, Uberlândia, Uberaba e Juiz de Fora). Do total de 167 hospitais contratualizados apenas 24 são HPP, número esse coerente com as regras ministeriais da contratualização.

São 07 hospitais com incentivo 100% SUS nos termos da Portaria GM/MS Nº 929 de maio de 2012, sendo 02 HPP.

2.3 Os programas do Estado de Minas Gerais para hospitais

Em Minas Gerais o principal programa criado para a atenção hospitalar foi Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS-MG – Pro Hosp. Segundo Canabrava (2012), o Pro-Hosp foi criado em contexto político-institucional da estratégia de administração gerencial denominada Choque de Gestão já abordada em capítulo anterior. Um dos projetos estruturantes da área da saúde era a Regionalização da Atenção à Saúde. O Pro-Hosp e os programas Viva Vida, Saúde em Casa e Farmácia de Minas eram quatro componentes do Projeto Estruturador de Regionalização da Assistência,

O Programa em sua concepção tem como propósito

Consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais, mediante um termo de compromisso firmado entre o hospital e a SES-MG, contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público no estado, socialmente necessário (CANABRAVA, p. 69, 2012).

Para isso os hospitais contemplados deveriam ser capazes de operar com eficiência e qualidade, preencher vazios assistenciais, inserir-se nas redes assistenciais.

Dentre as principais estratégias do Programa estavam a assistencial (a) com a capacidade de resposta assistencial satisfatória de acordo com o Plano Diretor de Regionalização/PDR; no campo econômico (b) através da concessão de incentivos financeiros de forma redistributiva (c) e com componente gerencial na forma de contratualização (d). Além disso, havia a estratégia educacional (e) com a obrigatoriedade de realização de curso de gestão hospitalar por parte do corpo diretivo do hospital.

Havia sistema de governança do Programa envolvendo o (s) gestor (es) desse no nível central, comissão estadual de avaliação, comitês regionais macro e micro, gestores municipais, o Conselho Estadual de Saúde, a Comissão Inter gestores Bipartite/CIB, e os hospitais. (MINAS GERAIS, 2007)

No decorrer do tempo e com as avaliações do Programa mudanças ocorreram em suas características gerais, conforme resumo do quadro abaixo.

QUADRO 02 - Características gerais do PRO-HOSP em 2003 e em 2015

Itens	2003	2015
Tipologias	Macrorregional, microrregional	Incentivo, Emergencial, Gestão Compartilhada, Materno - Infantil, Urgencia e Emergência
Numero mínimo de leitos	100Lt. microrregional	Para hospitais gerais 25 leitos efetivamente ocupados e para hospitais especializados 50 leitos efetivamente ocupados
	200Lt. macrorregional	
Alocação de recursos	Per capita	Por leitos efetivamente ocupados e Internações efetivas (exclui ICSAP)
Forma de utilização dos recursos	10% gestão, 40% estrutura, 50% custeio	De acordo com necessidades e plano de uso
Indicadores e compromissos	35 compromissos	32 compromissos
	17 indicadores	05 indicadores
Numero de hospitais	22	151
Recursos anuais	R\$ 17.036.355,64	R\$ 293.827.376,00

Fonte: ROCHWERGER; ANDRADE, 2014; BRASIL, 2016.

As avaliações do Pro-Hosp feitas por Rochwerger e Andrade (2014) tratam de sua abrangência do ponto de vista de representação na oferta de leitos (48,08% do total de MG), número de internações (56,87% do total de MG) e municípios contemplados - de 33 municípios em 2003 para 111 em 2014. Foram investidos no Programa cerca de 1,1 bilhão de reais em custeio e investimentos de 2003 a 2014. Em relação a indicadores avaliados pelos autores demonstram melhor desempenho nos hospitais contemplados pelo Pro-Hosp no ano de 2014 em relação aos demais hospitais de MG. No entanto seria necessário conhecer o desempenho nesses indicadores de forma evolutiva para correlacioná-lo à indução feita pelo Programa, já que os hospitais contemplados já são os de maior porte, resolubilidade e qualidade no Estado de Minas Gerais.

Canabrava (2012) observou que os efeitos esperados do Pro-Hosp foram alcançados, contudo sua implantação também provocou efeitos não esperados a saber relacionados ao rito de monitoramento e avaliação gerando atrasos nos repasses financeiros; repactuação de prazos para descentralização financeira e prestação de contas; apreensão inicial do hospital quanto ao uso das informações constantes dos relatórios; revisão de metas com a possibilidade de naturalmente tangíveis; mudança das regras de utilização dos recursos; e na dificuldade de definição e implantação dos protocolos clínicos. Além disso, havia uma “certa” dependência para institucionalização da gestão de qualidade.

Avaliou também que havia desafios como a descentralização da tomada de decisão; a dificuldade de pactuar metas tangíveis e ao mesmo tempo desafiadoras, numa mola propulsora de mudanças; o problema de avaliar o desempenho hospitalar a partir de indicadores que não são suficientes até para avaliação da inserção dos hospitais em rede.

Um segundo programa direcionado à atenção hospitalar em Minas Gerais é o Rede Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências. Trata-se de repasse de incentivo financeiro para o custeio das equipes mínimas necessárias ao atendimento das urgências de acordo com a classificação de cada hospital em sete tipologias. A principal dificuldade apontada pelos dirigentes hospitalares contemplados pelo Programa está exatamente na dificuldade de manter

escalas completas e na retaguarda de leitos para os pacientes das portas de entrada. Em 2015 eram 163 hospitais contemplados envolvendo R\$ 210.664.052,00 ano.

O terceiro programa é o incentivo à qualificação e ampliação do acesso às maternidades através da Rede Cegonha componente estadual. Eram 18 hospitais com maternidade e maternidade isoladas contemplados envolvendo R\$ 25.826.781,00 ano.

O Quadro 03 demonstra os programas estaduais direcionados à atenção hospitalar com os respectivos recursos de fonte estadual envolvidos.

Verifica-se que há uma grande fragmentação na forma de programas específicos que nem sempre têm articulação entre si gerando superposição de compromissos, fragilidades de monitoramento e avaliação, e repasse de recursos de forma pulverizada.

Os 225 hospitais contemplados nos programas estaduais significam 44% dos hospitais de Minas Gerais. Dos 225 encontramos 80 HPP (35,5%) contemplados, sendo 16 no Pro-Hosp, 63 na Rede Resposta, e 01 no PROURGE (Procedimento de Fortalecimento das Portas de Urgência e Emergência).

QUADRO 03 - Programas com Incentivos Estaduais para a atenção hospitalar e respectivos valores financeiros anuais. SES-MG, 2015

Tipo	Nº hospitais	Nº de HPP envolvidos	Valor anual 2015 (R\$)
PRO-HOSP Incentivo	145	16	169.005.000,00
PRO-HOSP Gestão compartilhada	4	0	130.490.523,00
Rede Resposta	163	63	210.664.052,00
PROURGE	10	1	8.591.264,00
Rede Cegonha	18	0	25.826.781,00
Total	225	80	544.577.620,00

Fonte: MINAS GERAIS, 2016.

*Um hospital pode ser beneficiário de mais de um programa.

Em dezembro de 2015 foram pactuadas as diretrizes da nova Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais, cujos principais desafios estão em adequar a política estadual à política ministerial, fortalecer a articulação dos programas e das redes prioritárias, reduzir os vazios assistenciais nas regiões de saúde; redefinir o papel dos hospitais conforme necessidades da RAS; promover a articulação do hospital com os demais pontos de atenção das redes; aumentar a oferta e otimização de leitos hospitalares garantindo a qualidade e a segurança da assistência; fortalecer a atuação da regulação; promover novo modelo de contratualização e monitoramento das metas; avançar na qualificação dos processos de produção do cuidado e da gestão hospitalar. Viabilizar financiamento tripartite e articulado a um plano global de custeio e investimentos; e fortalecer a gestão municipal, regional. (Deliberação CIB-SUS MG Nº 2237 de dezembro de 2015). Merece destaque a diretriz de apoio aos gestores municipais e gerentes de hospitais para intervenção nos processos da micropolítica da gestão hospitalar. Até então as intervenções dos programas estaduais

chegavam aos macroprocessos da gestão hospitalar. No campo do sistema de saúde e do papel do hospital na rede chegava-se a Termos de Compromissos ou Termos de Metas explicitando compromissos com indicadores e metas mais focados em estrutura e processos e com fragilidades de monitoramento e avaliação. Do ponto de vista da gestão interna dos hospitais chegou-se às tradicionais tecnologias da administração hospitalar, chegando no máximo à elaboração de um plano diretor. (MINAS GERAIS, 2007)

Para que a nova política hospitalar tenha com foco os resultados, investir em mudanças na micropolítica da gestão no interior dessas organizações é reconhecer que todos os atores especialmente os que produzem cuidado formulam e modificam a política no cotidiano de suas práticas. (FEUERWEKER, 2014).

2.4 Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) - eficiência e viabilidade

La Forgia e Couttolenc (2009) conceituam a eficiência como a razão entre os serviços produzidos e os recursos consumidos no processo. A eficiência técnica está relacionada aos processos de controle e administração do processo de produção envolvendo os insumos utilizados para se chegar ao produto (recursos humanos, materiais e tecnologias empregados). Quanto menos insumos utilizados, maior eficiência. A eficiência técnica sofre forte influência da eficiência de escala. Quanto menor o tamanho da operação maior o custo unitário do produto. Ainda segundo La Forgia e Couttolenc (2009) hospital pequeno tem eficiência técnica interna relativamente alta provavelmente porque atende casos menos complexos com menor emprego de recursos tecnológicos e humanos. Se considerarmos o número desses hospitais no país e o total de recursos que consomem suas entregas são desproporcionais, tornando-os ineficientes. Nesse sentido, o HPP é ineficiente. Teria que produzir mais e fazer mais entregas para o sistema de saúde para se tornar eficiente.

Segundo Cunha e Bahia (2014) os custos de construção e custeio de hospitais para atendimento resolutivo de casos complexos são altos, sendo que o custo de construção

corresponde ao valor de custeio de 01 ano de operação do hospital. Reforçam a necessidade de conjugar escopo e escala no planejamento de um hospital para que esse seja eficiente.

Como regra geral o hospital tem que produzir em quantidade proporcional aos recursos que consome para ser eficiente. Um dos principais indicadores de eficiência é a taxa de ocupação. Sendo a taxa de ocupação geral composta pelo conjunto de leitos por especialidades, enquanto algumas categorias de leitos possuem altas taxas de ocupação, às vezes de forma sazonal como leitos clínicos no inverno americano, leitos pediátricos no outono brasileiro, outros têm menores taxas. Outro fator da ocupação é a flexibilização de ocupação de determinados leitos por mais de uma especialidade ou faixa etária. No entanto, Jones (2011) discute a taxa de ocupação à luz da Teoria de Filas e considera que quanto menor o porte do hospital, menor deve ser sua taxa de ocupação. Um dos efeitos adversos de altas taxas de ocupação é a indisponibilidade de leito para o próximo usuário que chegar. Aplicando a Teoria de Filas à ocupação de leitos no hospital, se um paciente demandar um leito e esse estiver ocupado, o paciente será “desviado” para outro lugar do hospital, nem sempre o melhor do ponto de vista assistencial. Outros efeitos são os altos índices de infecção hospitalar, a insatisfação de trabalhadores pela sobrecarga e desorganização do processo de trabalho, e o comprovado aumento da mortalidade demonstrado por Jones (2011) ao descrever o caso do MidStaffordshire Hospital da Inglaterra (JONES, 2011); SCHILLING et al 2010). A taxa de ocupação de 78% é aplicada em hospitais de 1000 leitos nos Estados Unidos. A Europa pratica cerca de 77% de taxa de ocupação. Já os 87% praticados pelo Reino Unido são resultado de uma política para reduzir o número total de leitos de cada hospital ao construir hospitais menores, com implicações indesejáveis para pacientes e trabalhadores. O autor advoga que sejam criados dispositivos para a redução dos custos de equipe e não a redução do número de leitos como estratégia para tornar os hospitais mais eficientes.

A discussão da impossibilidade ou adequabilidade de altas taxas de ocupação para os HPP faz-se necessária para unidades localizadas em regiões remotas onde não há demanda para a ocupação de unidade do porte de um hospital, mas que sua inexistência pode trazer danos assistenciais, na falta ainda de sistemas de transporte sanitário eficientes e ágeis e sustentáveis, como na Amazônia.

O requisito da eficiência defendido pela produção do Banco Mundial remete à desativação dos HPP (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). A discussão da Teoria de Filas e dos eventos adversos de altas taxas de ocupação consideram que o HPP não deve ter taxas de ocupação maiores que 60% (JONES, 2011). Os princípios da universalidade e equidade remetem a promoção do acesso do usuário à atenção hospitalar de forma desembaraçada e no tempo oportuno (BRASIL, 1990). Depara-se, portanto, mais uma vez, com a produção tecnocrática do Banco Mundial da eficiência na gestão hospitalar e com os princípios da universalidade e equidade remetem a promoção do acesso do usuário à atenção hospitalar de forma desembaraçada e no tempo oportuno (BRASIL, 1990).

No que se refere às políticas do Ministério da Saúde para os Hospitais de Pequeno Porte, em 2004, a Portaria GM/MS Nº 1044 instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, cujos eixos norteadores eram a qualidade e a garantia de acesso; a humanização da atenção e da gestão; a inserção do HPP na rede; a democratização da gestão; o financiamento por valor global; e descentralização e regionalização. Com o objetivo geral de redefinir o papel de estabelecimentos de 5 a 30 leitos, localizados em municípios com até 30.000 habitantes, agregando resolutividade e qualidade entre as ações dos diferentes níveis de complexidade, com um novo modelo de organização e financiamento e adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, a política trabalhou com os seguintes objetivos específicos: promover ajuste de leitos, baseado em características epidemiológicas e populacionais; adequar o perfil assistencial da unidade para realização de procedimentos de baixa e média complexidade nas clínicas: médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e odontológica; adequar o modelo de alocação de recursos financeiros utilizando sistemas globais de orçamentação; e contratar as unidades, mediante definição de metas quantitativas e qualitativas. (LOPEZ, 2004; BRASIL, 2004). Assim, em 1º de junho de 2004 foi publicada a referida portaria, tratando especificamente deste segmento de hospitais, com o recorte de 05 a 30 leitos.

A Portaria SAS/MS Nº 287 de 2004 previa a forma de financiamento da política para os HPP. O valor a ser repassado por leito/mês seria de R\$ 1.473,00/leito/mês, cuja referência era o valor médio da AIH desse segmento de hospitais no ano de 2003. Nenhum estabelecimento

contemplado pela Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte teria orçamentação global inferior ao valor de R\$10.000,00/mês (dez mil reais), desde que cumprisse os regramentos das portarias. Os procedimentos ambulatoriais continuariam sendo remunerados pela produção realizada. O impacto financeiro da proposta seria dividido igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria de Estado da Saúde e tomaria como base o faturamento de 2003.

A Tabela 01 demonstra as adesões à Portaria GM/MS Nº 1044 de 2004 no período de 2005 a 2012, não tendo havido mais adesões após esse período. Tratava-se de política com pouca atratividade, pois exigia condicionantes qualitativos e quantitativos, poderia redundar em financiamento parcial dos leitos de determinado HPP, pois se restringia ao número de leitos necessários ao território, e ainda compartilhava o financiamento com as Secretarias de Estado da Saúde. Se em 2004 havia 3.862 hospitais com até 50 leitos no Brasil, significando 64% do total de hospitais, o percentual de adesão à Política foi de 13,23%. Em Minas Gerais apenas 17 HPP aderiram à política.

Tabela 01 - Número de hospitais que aderiram à Política de Hospitais de Pequeno Porte nos termos da PT GM/MS Nº 1044 por Estado e por ano. Brasil - 2005 a 2012

UF	2005	2006	2007	2009	2011	2012	TOTAL
BA		32		16			48
CE	64			1	1		66
MG		17					17
MS	40						40
PE		33	14	15			62
PI	74			3			77
PR	67						67
RN		24					24
RO			15		1	1	17
RS				28	3		31
SE	22			1			23
TO	23		2	14			39
Total	290	106	31	78	5	1	511

Fonte: BRASIL, 2014.

A Portaria GM/MS Nº 3410 de dezembro de 2013 prevê em seu artigo 35 que a regulamentação dos processos de contratualização dos hospitais públicos e privados com fins lucrativos com menos de 50 (cinquenta) leitos operacionais e dos hospitais sem fins lucrativos com menos de 30 (trinta) leitos operacionais serão objeto de atos normativos específicos do Ministro de Estado da Saúde.

Em discussão tripartite entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems durante o ano de 2014 formulações diversas em nova busca de política específica para os HPP foram feitas. Do ponto de vista assistencial e de seu papel na rede o HPP deveria ter um cardápio de alternativas, com dois cenários que se desdobrariam internamente, mediante estudo regional ou local de necessidade.

Cenário 1 – Manter-se como estabelecimento hospitalar, constituindo-se como uma das modalidades abaixo:

- Hospital Geral de clínicas básicas com ou sem Pronto Atendimento ou Sala de Estabilização
- Hospital Geral com ambulatório de especialidades
- Hospital Geral com dispositivos assistenciais específicos de forma isolada ou formando combos de acordo com a demanda local ou regional – cirurgias eletivas, unidade de cuidado continuado, leitos de saúde mental, centro de parto normal, outros.

Cenário 2 – Transformar-se em outra tipologia de estabelecimento de saúde como Unidade Básica de Saúde/UBS, Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, ambulatório ou centro de especialidades, outros.

Haveria pré-requisitos de adesão vinculados a aspectos de estrutura e equipe para suporte avançado de vida, diagnoses e terapias mínimas para o perfil assistencial a ele destinado como missão, e requisitos mínimos de gestão de recursos humanos e da informação, incluindo informações sobre despesas praticadas. Estudo desenvolvido pela Faculdade de Medicina da UFMG apontou os seguintes pontos acerca da relação dos HPP com as redes: dificuldades no encaminhamento para hospitais de maior complexidade; não cumprimento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); ausência de consultas especializadas; ausência de vagas para internação, inclusive leitos de UTI; demora na obtenção da vaga; ausência de profissionais médicos; desinformação da população em relação ao papel da atenção básica e dos hospitais, ocorrendo duplicidade de ações. Além disso, foram identificados aspectos associados à gestão de recursos humanos e financiamento. (GIRARDI et al, 2014).

Ainda em 2014 diversos cenários foram construídos pelo Ministério da Saúde para o financiamento dos HPP dentro da lógica assistencial e requisitos de gestão propostos. Fatores como localização, Índice de Desenvolvimento Humano/IDH, recursos já existentes vinculados

à produção por eles praticada e recursos de habilitações em módulos assistenciais de redes ou políticas já consolidados pelo Ministério da Saúde seriam considerados.

Havia indicativo de na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de abril de 2014 ocorrer pactuação para o estabelecimento de nova política para os HPP. Nessa época o diagnóstico censitário havia sido concluído em apenas quatro Estados. As simulações de financiamento resultavam em valores anuais de grande monta. O grande quantitativo de hospitais, a ausência do diagnóstico censitário completo e a já insuficiência de recursos de custeio e investimento por parte do Ministério da Saúde levaram a um acordo pelo adiamento da pactuação.

Do ponto de vista de desempenho, conforme já abordado, os HPP continuam com baixas taxas de ocupação, baixas medias de permanência em função de sua resolubilidade e baixa sustentabilidade financeira, devido à lógica atual de financiamento da atenção hospitalar composta por produção e mais incentivos. A produção é de média complexidade, cuja remuneração tem valor muito distante dos custos. Não concorrem a incentivos, pois não possuem requisitos que os inclua na referência para redes temáticas assistenciais ou para serem habilitados como Hospitais de Ensino.

O desafio está na busca de alternativas de viabilização desses hospitais onde esses se fazem necessários. Assim sendo, faz-se necessário situar o entendimento dos hospitais dentro das redes de atenção à saúde, objeto do próximo item deste marco teórico.

2.5 Rede de atenção à saúde e o hospital em rede

À luz da contextualização conceitual, histórica e normativa é possível finalizar a discussão inicial proposta observando que, em estudo realizado sobre as principais linhas de abordagem da teoria das redes por Portugal (2007) a autora trata da multiplicidade de utilização do conceito de redes e menciona a fala de autores sobre a existência de uma racionalidade reticular. Explica o sucesso das redes com o desenvolvimento das comunicações que trazem

conexões onde antes havia isolamento, e a valorização da relação entre as pessoas. Com isso mercados financeiros, epidemias, terrorismo, conhecimento caracterizam a sociedade contemporânea como uma rede social complexa em um mundo que se mostra pequeno com a velocidade do alcance da informação e da comunicação. Com isso a rede oferece potencialidades e capacidade de resposta jamais vistas para diferentes problemas. Enquanto a lógica da atuação em rede para o campo empresarial restringe-se à eficiência e ao lucro, nas políticas sociais o fundamento está na garantia da efetividade dos direitos sociais. (SANTOS; ANDRADE; 2013).

No campo da saúde, já a lei orgânica aponta para a essencialidade da atuação em rede ao prever que a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Lei 8080 de 1990). Assim, são encontrados conceitos diversos da Rede de Atenção à Saúde/RAS.

Mendes (2011) ao fazer revisão sobre a RAS e a partir de atributos de redes traçados pela Organização Mundial de Saúde e Organização Panamericana de Saúde chega a conclusões que não se resumem a conceitos, mas que valem ser destacados aqui:

(...) serviços integrados de saúde são a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, p. 80, 2008).

(...) redes integradas de serviços de saúde são uma rede de organizações que presta ou faz arranjos para prestar serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve. (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, p. 81, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil, através da Portaria GM/MS Nº 4.279 de dezembro de 2010, conceitua a RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes

densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, p. 4, 2010).

De acordo com Andrade e Santos (p.38, 2013) a RAS é a:

(...) forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, que no SUS é a região de saúde, uma vez que a constituição se refere à rede regionalizada, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, culturas, profissionais e organizações ali existentes para que o cidadão possa acessá-los de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme lógica técnico-sanitária.

Já Silva e Magalhães Junior (p 85, 2013) consideram que as RAS:

(...) representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde.

O motivo central para se constituir redes de atenção à saúde é a busca da integralidade (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013). Compõem ainda importantes motivos à redução da fragmentação do sistema de saúde pela própria forma de constituição do SUS, a concorrência entre os serviços, a desorientação dos usuários, a eficiência na utilização dos recursos evitando os custos elevados, a necessidade de seguimento horizontal dos usuários, a busca de boas práticas e busca de forma organizativa que permita monitoramento e avaliação. Na revisão feita por Mendes (2011) a RAS possui elementos constitutivos.

O primeiro deles é a *população adstrita* a uma determinada região de saúde com suas características sociais e econômicas que determinam a necessidade de segmentação por riscos e vulnerabilidades no sentido de se praticar a equidade. Essa população deve ser conhecida e

cadastrada através de sistemas de informação que permitam avaliações de acesso, cobertura e resultados assistenciais. O segundo elemento é a *estrutura operacional*, que inclui os pontos de atenção e os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção básica continua tendo seu papel ordenador e coordenador do cuidado, não desconhecendo as possibilidades de entrada do usuário em pontos diversos da rede, respeitando sua necessidade de saúde. No terceiro bloco de elementos constitutivos da RAS estão os *sistemas transversais que conectam os pontos de atenção*, sendo eles a identificação usuário; as centrais de regulação; o registro eletrônico e sistema de transporte sanitário. A *governança* constitui o último bloco com o desenho institucional composto pelas relações interfederativas, as instâncias de pactuação e de participação popular e o papel que a esses é atribuído. Como componente gerencial a governança passa pelo desenho de rede, pelo planejamento de curto, médio e longo prazo, pelas relações contratuais entre gestores e prestadores de serviços e contratualização no âmbito interno dos estabelecimentos e serviços. A lógica de financiamento é componente decisivo, pois, via de regra, induz maior ou menor oferta e acesso.

A partir do ano de 2011, com o lema acesso e qualidade, e com base em prioridade epidemiológica o Ministério da Saúde elegeu como política estruturante no campo da assistência a pactuação e estruturação de Redes Temáticas Assistenciais. Foram eleitos o cuidado materno-infantil com a Rede Cegonha, a Rede de Atenção à Urgência e Emergência, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, a Rede Psicossocial, e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doença Crônicas com grande foco no enfrentamento do câncer. Para isso, e sendo coerente com o princípio de seu caráter estruturante da RAS, grandes investimentos foram feitos na atenção básica ou atenção primária. Os componentes de cada rede foram pensados desde a promoção, passando pelas ações assistenciais da atenção básica, secundária, terciária reabilitação e cuidado domiciliar.

Trabalhou-se com novo modelo de financiamento com foco nos incentivos e distanciando-se do pagamento por produção. Houve investimentos na informação e na regulação como elementos constitutivos. No aspecto institucional da governança a inovação e a principal aposta foi a constituição e funcionamento dos grupos condutores regionais ou estaduais compostos por representantes das instâncias gestoras. Esses coordenavam o processo da

pactuação dos planos de ação de redes e faziam seu monitoramento e avaliação. (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Constituiu-se quase unanimidade o entendimento sobre a importância da atenção primária como organizadora das RAS e coordenadora do cuidado. Para isso a estruturação e qualificação são fundantes. As adequações de unidades já existentes e construções de novas unidades, a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o investimento na qualificação do gerenciamento das unidades, a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RAS e a gestão do cuidado para as boas práticas de forma integrada e continuada compõem de iniciativas de programas de ampliação do acesso e qualidade da atenção primária (LAVRAS, C. 2011). Assim, a formulação e implantação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção da Atenção Básica/PMAQ foi a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2011).

Como desafios para a implementação das redes temáticas foram apontados, dentre outros, a criação de cultura e de práticas de trabalho em rede, a utilização do planejamento territorial para a construção das RAS, o financiamento insuficiente para a dimensão das necessidades do sistema e inadequado a com grande parte na lógica da tabela de procedimentos, a capacidade gestora insuficiente para o monitoramento de todos os processos, os pactos regionais que visam muito mais a captação dos recursos e pouca intervenção das práticas assistenciais, a implantação de regulação frágil e burocrática e com pouca decisão gestora de exercê-la, a contratualização formal em pequeno número dos estabelecimentos das redes e ausência de metas de qualidade e segurança do paciente, a formação, a capacitação, a qualificação e a educação permanente dos trabalhadores, a baixa implicação dos trabalhadores que produzem cuidado com a proposta de redes (BRASIL, 2014).

Em Minas Gerais, o conjunto integrado de políticas de gestão públicas orientadas para o desenvolvimento denominado Choque de Gestão, teve três momentos, sendo o primeiro com foco no saneamento das contas públicas (2003 a 2007), o segundo denominado Estado para

Resultados (2007 a 2012) e o terceiro denominado Gestão para a Cidadania (2012 a 2014). Na terceira geração houve a consolidação da escolha de cinco redes prioritárias na atenção à saúde. A Rede Viva Vida com foco na gestante e neonato era composta por unidades de referência secundária – os Centros Viva Vida (28 unidades até 2014 até 2014) com o objetivo de fazer o atendimento ambulatorial de gestantes e recém-nascidos de risco, as Casas de Gestantes e Bebês (21 unidades), a ampliação das unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e a referência de maternidades para o alto risco. Como sistemas logísticos e de apoio foram criados o Telessaúde Neonatal, o Call Center e o site Mães de Minas – ferramenta direcionada ao acesso de informações e comunicação entre gestantes, puérperas e profissionais de saúde. A Rede Hiperdia para o atendimento de hipertenso e diabéticos foi estruturada sobre a criação de unidades ambulatoriais de referência para o atendimento de hipertensos de diabéticos cuja exigência de resolubilidade transcendia a atenção primária – os Centros Hiperdia (15 unidades criadas e 03 em estruturação até 2014 – cobertura de 22% da população). Os centros Mais Vida, também se constituíam como referência secundária para o atendimento ambulatorial do idoso (02 unidades até 2014). Na Rede de Urgência e Emergência o elemento disparador era o SAMU regionalizado. A regionalização do SAMU já era estratégia liderada pelo Ministério da Saúde considerando aspectos de escopo e escala para a regulação e operacionalização. A regionalização e bom funcionamento do SAMU exige a definição de portas de entrada da urgência pré-hospitalares como as UPA e portas hospitalares (154 unidades hospitalares até 2014), além de uma retaguarda de leitos em enfermaria e UTI e centros cirúrgicos para que todos os componentes garantam tempo resposta adequado da grade de referência da urgência (BRASIL, 2004). As cinco redes contavam com a atenção básica (Saúde em Casa) como programa estruturador. (LOPES et al., 2014; SANTOS JUNIOR; SOUZA, 2014; MARTINS et al, 2014; PEREIRA; SILVA, 2014).

Ao avaliar a lógica de redes construída até 2014 pela SES-MG podemos verificar que se trata de programas segmentados do ponto de vista da abrangência ou cobertura. Em 2014 apenas 22% da população tinha cobertura na estratégia dos Centros Hiperdia. Existiam apenas dois Centros Viva Vida estruturados, e apenas 329(38,5%) dos 853 municípios estavam cobertos pelo SAMU.

Hartz e Contandriopoulos (2004) consideram que na conformação de redes para além da estrutura organizacional os papéis dos atores devem estar em permanente negociação favorecendo soluções para problemas em contextos de mudanças. Defendem que a intencionalidade prevaleça sobre a intenção na formulação de políticas de integração, pois muitas vezes os méritos das inovações são prejudicados pela usura da implantação. Via de regra, os mecanismos de controle e territorialização se antecipam à alocação de recursos e às estratégias de envolvimento cognitivo e de promoção da implicação dos profissionais. Assim, qualquer avaliação de implantação de redes e promoção da integralidade deve ser permeada pelo reconhecimento de sua complexidade e das contradições entre o ideal e o real.

Em diagnóstico realizado pelo Departamento de Atenção Especializada do MS em 2004 a rede hospitalar foi caracterizada pela heterogeneidade na distribuição territorial, nos vínculos institucionais, nos graus de organização tecnológica e nas relações estabelecidas com os demais níveis de prestação de serviços. Reconhece-se que não há uma organização em rede. Havia superposição de serviços e não era obedecida a lógica de regionalização. (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar tem como um dos seus eixos a assistência hospitalar e prevê no artigo 9º da Portaria GM/MS Nº 3390 de 2013 que:

A atenção hospitalar atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado. (BRASIL, p. 5, 2013).

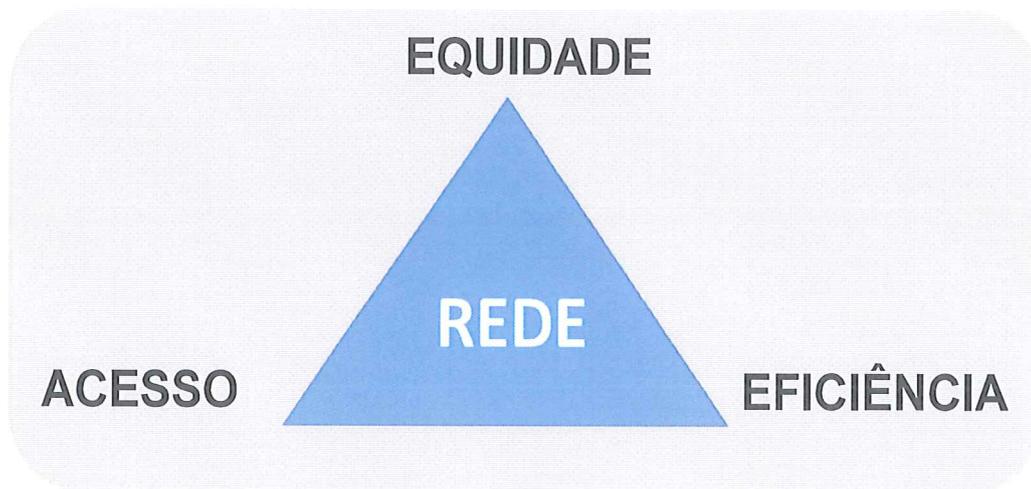
Ou seja, a normativa ministerial prevê o Hospital em Rede. Para que um hospital atue em rede é necessário que a direção e seu corpo de trabalhadores conheçam a rede na qual está inserido e qual é o seu papel naquele território local ou regional como um dos pontos de atenção, e suas formas de articulação com os demais pontos de atenção dessa rede; que disponibilize sua oferta à regulação do acesso que é feita pelo gestor reduzindo as formas de entrada definidas por interesses outros que não a necessidade do usuário com base em critérios de priorização de risco clínico e vulnerabilidades; que a contratação gestor prestador seja o dispositivo

real e vivo da celebração de compromissos bilaterais que sejam monitorados e avaliados em seu cumprimento e resultados; que seja campo de ensino e aprendizagem para profissionais de saúde com requisitos técnicos e éticos direcionados à qualidade da atenção e da gestão na defesa da vida, requisitos esses comuns à sua atuação no sistema público e privado.

À luz do debate conceitual e histórico proposto, é possível sintetizar o marco teórico desta tese, cuja representação pode ser vista na Figura 1:

- (i) O requisito da eficiência remete à desativação dos HPP; a discussão da teoria de filas indica que esses hospitais devem ter taxas de ocupação abaixo dos percentuais habitualmente recomendados aumentando sua ineficiência; a discussão da equidade remete à promoção do acesso dos usuários à atenção hospitalar de forma desembaraçada e em tempo oportuno de preferência mais perto de sua residência. Assim, a eficiência é fator de grande relevância na gestão dos HPP, no entanto a variável acesso deve ser considerada se quisermos manter a lógica de implementação de redes usuário-centradas;
- (ii) A hipótese é de que a alternativa de viabilização do HPP é a do hospital em rede, com um papel definido para esse em se mantendo como hospital, ou através de mudança de sua missão no SUS;
- (iii) Arranjos diversos para a administração dos HPP podem surgir desde que cumpram o que para eles for definido como missão e que os gestores do SUS acumulem capacidade de governo para os gerenciar de forma direta ou fazer uma boa gestão dos contratos com terceiros que os administrarem.

Figura 02 - Acesso, equidade, eficiência e atuação em rede dos HPP



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Desenho preliminar da pesquisa

Este estudo partiu inicialmente de inquietações e afirmações recorrentes entre gestores de saúde e estudiosos acerca dos HPP que podem ser sintetizadas a seguir:

- 1) O HPP deve ser extinto porque não tem escopo e escala;
- 2) O HPP não tem resolutividade;
- 3) O HPP não tem eficiência;
- 4) O HPP é subfinanciado;
- 5) O gestor tem dificuldade de contratar e fixar médicos para trabalhar nos HPP;
- 6) O HPP pode ter papel na rede se houver investimentos;
- 7) O HPP pode ser suporte da atenção básica;
- 8) O HPP pode ser apoio às redes temáticas assistenciais.

Tais afirmações podem sugerir uma leitura metodológica que privilegie aspectos qualitativos e quantitativos. Creswel (2007) afirma que o método misto é aquele em que o pesquisador

baseia alegações de conhecimento em aspectos pragmáticos. Turato (2003) traça o movimento de um trabalho científico em suas diversas fases e sobre as quais podemos traçar o caminho metodológico do estudo proposto com base nas afirmações acima ouvidas no cotidiano da gestão do SUS. A inquietação é trazida pelo problema concreto refletido nas afirmações acima, colocado para os gestores de saúde de todos os entes federativos administrarem, e para o qual a ausência de proposição deixa lacuna em um dos pilares da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

A opção metodológica quanto à natureza da pesquisa foi pelo modelo de estudo descritivo. Os estudos descritivos pretendem descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. Podem ser criticados por não considerarem o conteúdo da observação ou de uma visão crítica da informação e os limites das técnicas de coleta de dados que podem gerar imprecisão. Gerhardt (2009 apud TRIVINOS, 1987). Nessa tese trabalharemos somente com os dados coletados e as informações que esses geraram. Nossa trajetória de gestão no SUS, especialmente na gestão hospitalar nos traz elementos que podem minimizar a crítica ao método feita por Trivinos (1987).

A partir de informações e dados do survey censitário realizado por Facchini e Barbosa (2014), cujo instrumento de coleta de dados utilizado encontra-se no apêndice A desta tese, foi descrito o comportamento dos Hospitais de Pequeno Porte através de variáveis que apontaram pistas sobre sua inserção na RAS, com o pressuposto de que esse será o caminho de sua viabilidade. Segundo Fonseca (2002), a pesquisa Survey é caracterizada pela aplicação de um questionário em um grupo de pessoas que representa uma população alvo para a obtenção de informações. O estudo teve como alvo todos os hospitais do Brasil com menos de 50 leitos, portanto o grupo de pessoas foi representado por membros da direção de todos esses hospitais. Daí ter sido caracterizado como survey censitário.

Foram também utilizadas as bases de dados do DATAUS para a análise de algumas variáveis que consideramos relevantes na composição do rol. Foi realizada a análise de dados nominais o que determinou a proporção de respostas em cada variável. As variáveis foram tratadas no

aspecto do percentual de sua ocorrência e geraram análises e conclusões sobre o que seriam padrões aceitáveis ou não com base em comparabilidade com hospitais que possuíam 50 leitos ou mais, com normativas da Vigilância Sanitária, com o previsto em programas específicos, e com parâmetros assistenciais.

As dimensões de análises eleitas foram o perfil assistencial, o papel dos HPP na RAS, e a atuação desses hospitais em rede. Dentro dessas dimensões foram construídas categorias e eleitas variáveis com base nos estudos do survey censitário e de informações do Sistema de Informações Hospitalares.

Nesta perspectiva, a abordagem centrou-se em um estudo descritivo de natureza quantitativa. Embora haja uma crítica ao enfoque positivista que traz em si uma linguagem das variáveis e o desenvolvimento de métodos baseados em estatísticas de análise de dados, como se esses falassem por si mesmos (MINAYO, 2004) esta tese valorizou a utilização desses métodos nas construções quantitativas. No entanto, sua utilização não teve a pretensão de esgotar a interpretação do social onde a realidade se restringiria ao observável e quantificável. Mesmo classificando esta pesquisa como quantitativa, ressaltamos que a frequência das variáveis apontará características qualitativas do objeto que serão definidoras da construção de políticas para os HPP, mas haverá muito a explorar na construção dessa solução, especialmente no aspecto sociológico da representação dos HPP para os usuários do SUS e demais atores envolvidos. O referencial teórico desta tese ao fazer a discussão de acesso e equidade nos reporta a uma abordagem qualitativa da cidadania na saúde como política social.

3.2 O lócus da Pesquisa - Minas Gerais

No Brasil estavam cadastrados no CNES 6.261 (seis mil duzentos e sessenta e um) estabelecimentos hospitalares, quando analisada a competência outubro de 2015⁴. Deste total, 76,44% eram hospitais vinculados ao SUS (Tabela 02).

Quando avaliada a natureza jurídica do universo de hospitais cadastrados a maioria era privado, com ou sem fins lucrativos (59,4%). Por outro lado, a grande maioria dos hospitais privados sem fins lucrativos apresentaram ao menos 1 (um) leito SUS, sendo então considerados parte importante deste sistema (N=1660 hospitais 93,52% dos hospitais sem fins lucrativos ou filantrópicos cadastraram leitos SUS na competência de referência) (Tabela 02).

Quando avaliado o porte dos hospitais, a maioria do universo de hospitais apresentava até 49 leitos (54,9%), ou seja, aquele grupo comumente denominado Hospitais de Pequeno Porte – HPP. E quando avaliada a rede SUS, aquele percentual não apresentava variação considerável (52,26%). Ainda com relação ao porte de unidades hospitalares chamou a atenção o fato de menos de 5% deles apresentarem mais de 251 leitos cadastrados e estes em sua maioria estavam na rede SUS (90% entre 251 a 500 leitos, e 100% daqueles acima de 501 leitos) (Tabela 02).

Em Minas Gerais o cenário não era diferente, apenas chamou atenção a menor proporção de hospitais públicos sob o total de hospitais cadastrados (25,70%). Assim para o SUS o componente de hospitais privados sem fins lucrativos sobressaia-se, proporcionalmente, em Minas Gerais chegando a representar 67,67%. Quanto ao porte, Minas Gerais não apresentava discrepância com relação ao Brasil e, mais uma vez, os HPP eram a maioria.

⁴Uma infinidade de critérios seriam necessários para se caracterizar um estabelecimento de saúde enquanto hospital. No entanto, utilizou-se apenas 3 deles, constantes do CNES, para poder extrair de seu banco de dados, o número de hospitais no Brasil e por Unidade Federativa (UF), a saber: (1) estar cadastrado na tipologia do estabelecimento enquanto hospital Geral ou Especializado, Pronto Socorro Geral ou Especializado e Unidade Mista; (2) apresentar ao menos 1 leito cadastrado; (3) e quando públicos apresentar ao menos 1 leito SUS cadastrado e produção hospitalar no SIH/SUS.

Tabela 02 - Número de hospitais por natureza jurídica e por número de leitos Brasil e Minas Gerais, 2015

Hospitais BRASIL		2015*				% SUS / TOTAL
Número de total de hospitais ¹ – SUS e não SUS		6.261				76,44%
Número total de hospitais SUS ²		4.786				
Natureza Jurídica	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL	
	N	% RET. TRIB./TOTAL	N	% RET. TRIB./TOTAL		
Nº hospitais públicos	2541	40,58%	2541	53,09%	100,00%	
Nº hospitais privados sem fins lucrativos	1775	28,35%	1660	34,68%	93,52%	
Nº hospitais privados com fins lucrativos	1945	31,07%	585	12,22%	30,08%	
Porte	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL	
	N	% PORTE / TOTAL	N	% PORTE / TOTAL		
Nº de hospitais com 01 a 49 leitos	3.437	54,90%	2.501	52,26%	72,77%	
Nº de hospitais com 50 a 100 leitos	1.467	23,43%	1.148	23,99%	78,25%	
Nº de hospitais com 101 a 251 leitos	1.078	17,22%	881	18,41%	81,73%	
Nº de hospitais com 251 a 500 leitos	229	3,66%	206	4,30%	89,96%	
Nº de hospitais com mais de 500 leitos	50	0,80%	50	1,04%	100,00%	
Hospitais MINAS GERAIS		2015*				% SUS / TOTAL
Número de total de hospitais ¹ – SUS e não SUS		603				82,59%
Número total de hospitais SUS ²		498				
Natureza Jurídica	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL	
	N	% RET. TRIB./TOTAL	N	% RET. TRIB./TOTAL		
Nº hospitais públicos	128	21,23%	128	25,70%	100,00%	
Nº hospitais privados sem fins lucrativos	337	55,89%	329	66,06%	97,63%	
Nº hospitais privados com fins lucrativos	138	22,89%	41	8,23%	29,71%	
Porte	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL	
	N	% PORTE / TOTAL	N	% PORTE / TOTAL		
Nº de hospitais com 01 a 49 leitos	313	51,91%	248	49,80%	79,23%	
Nº de hospitais com 50 a 100 leitos	155	25,70%	135	27,11%	87,10%	
Nº de hospitais com 101 a 251 leitos	109	18,08%	91	18,27%	83,49%	
Nº de hospitais com 251 a 500 leitos	19	3,15%	17	3,41%	89,47%	
Nº de hospitais com mais de 500 leitos	7	1,16%	7	1,41%	100,00%	

Fonte: TABWIN/CNES; competência outubro de 2015.

Nos estabelecimentos analisados, estiveram cadastrados 462.259 leitos, sendo que destes 69,84% eram leitos SUS. No Brasil, proporcionalmente, havia equilíbrio da distribuição de leitos totais quando analisada a natureza jurídica. No entanto, 52,82% do conjunto de leitos SUS encontravam-se em hospitais públicos (Tabela03).

Em Minas Gerais, foram encontrados 44.351 leitos e 70,69% deles eram SUS. Diferentemente do Brasil, a maioria dos leitos SUS de Minas Gerais estava em entidades privadas sem fins lucrativos (62,80%) (Tabela 03).

Observa-se que apesar de se autodeclararem hospitais públicos, tanto o universo de hospitais analisado, quanto o subgrupo de Minas Gerais, não cadastraram 100% de seus leitos como sendo leitos SUS. A regra estabelecida pelo CNES diz que os leitos existentes e não habilitados conforme regras do MS devem ser inseridos na categoria Não SUS mesmo em hospitais que são 100% SUS (Tabela03).

Tabela 03 - Número de leitos SUS e não SUS no Brasil e em Minas Gerais, segundo natureza jurídica e porte. Brasil, 2015

Hospitais BRASIL	2015*				% SUS / TOTAL
Número de total de leitos – SUS e não SUS	462.259				69,84%
Número total de leitos SUS	322.830				
Natureza Jurídica	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL
	N	%NAT. JUR./TOTAL	N	%NAT. JUR./TOTAL	
Nº de leitos em hospitais públicos	177.397	38,38%	170.522	52,82%	96,12%
Nº de leitos em hospitais privados sem fins lucrativos	174.125	37,67%	122.418	37,92%	70,30%
Nº de leitos em hospitais privados com fins lucrativos	110.737	23,96%	29.890	9,26%	26,99%
Hospitais MINAS GERAIS	2015*				% SUS / TOTAL
Número de total de leitos – SUS e não SUS	44.351				70,69%
Número total de leitos SUS	31.351				
Natureza Jurídica	TOTAL		SUS		% SUS / TOTAL
	N	%NAT. JUR./TOTAL	N	%NAT. JUR./TOTAL	
Nº de leitos em hospitais públicos	10.006	22,56%	9.853	31,43%	98,47%
Nº de leitos em hospitais privados sem fins lucrativos	25.942	58,49%	19.688	62,80%	75,89%
Nº de leitos em hospitais privados com fins lucrativos	8.403	18,95%	1.810	5,77%	21,54%

Fonte: TABWIN/CNES; competência outubro de 2015.

A seguir destaca-se o comportamento dos hospitais por porte quando avaliados três indicadores clássicos da atenção hospitalar, Taxa de Ocupação Hospitalar⁵, Tempo Médio de Permanência⁶ e as internações por condições sensíveis a atenção primária – ICSAP (Tabela

⁵ “Taxa de Ocupação Hospitalar: relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, Considera para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.” (BRASIL [a], 2002 p. 25.). Cálculo da Taxa de Ocupação: nº de pacientes dia (num período) / nº de leitos dia (mesmo período) X 100 (BRASIL [b], 2002 - Portaria/GM nº 1101 de 12 de junho de 2002). Método de cálculo a partir dos dados do SIH: frequência/número de leitos ano*100 (leitos*30*12).

⁶ “Média de Permanência: relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados.” (BRASIL, p. 25, 2002) O Tempo Médio de Permanência – TPM é um dos indicadores usado para definir o rendimento/produzitividade/de leitos em cada especialidade. Cálculo de TPM = total de pacientes (um período) / total de pacientes com alta, óbitos ou transferências (mesmo período) (BRASIL [b],

04). Para complementar a caracterização dos hospitais por porte destacou-se o valor médio de AIH, considerando que esta informação pode sugerir maior complexidade do atendimento e adensamento tecnológico (Tabela 05).

A média Brasil da taxa de ocupação hospitalar foi de 34,75% em 2015. Taxa essa muito baixa, quando avaliados padrões de economia de escala para unidades hospitalares. Mas esta realidade não se dá por acaso. Pode-se observar na Tabela 04 que há uma variação significativa quando avaliados os hospitais brasileiros segundo porte. Quanto menor o porte, menor a taxa de ocupação hospitalar, e à medida que se aumenta o número de leitos, aumenta-se também a taxa de ocupação hospitalar. Apesar de ser “quase esperada” esta relação inversamente proporcional entre número de leitos e taxa de ocupação, o número absoluto de hospitais de pequeno porte existentes no Brasil reduz em muito a média Brasil encontrada para este indicador.

Varição importante também observada no Tempo Médio de Permanência. Quanto maior o porte de hospitais, maior a média de permanência em dias. Esta relação diretamente proporcional pode traduzir a complexidade dos serviços prestados, associada à maior gravidade dos quadros clínicos atendidos dos hospitais de maior porte, comumente reconhecidos como “fim de linha” da resolubilidade assistencial da rede de serviços.

Já as internações por condições sensíveis à atenção primária/ICSAP, indicador mais recentemente utilizado para avaliar tanto a eficiência da atenção primária, quanto à resolubilidade assistencial da unidade hospitalar, quanto seu comportamento na rede de serviços, também apresenta importante variação quando avaliado o porte dos hospitais.

Observa-se que aumenta o percentual de ICSAP quanto menor porte dos hospitais, ou seja, os HPP internam muitas condições clínicas que poderiam, ou deveriam ser tratadas no nível de

atenção básica, mas não o são, seja por dificuldade de acesso a serviços neste nível de atenção, seja por baixa resolubilidade do atendimento nos hospitais de menor porte.

Os HPP praticaram em 2015 taxas de 35,12% e 38,65% de ICSAP no Brasil e Minas Gerais respectivamente. Significa o dobro da média de internações em todos os hospitais por essas causas.

No mesmo ano de 2015, o valor médio da AIH do país foi de R\$1.367,30, variando de R\$ 489,96 nos HPP até R\$2.416,00 nos hospitais com mais de 500 leitos. O valor médio da AIH em Minas Gerais foi maior em todas as faixas de número de leitos. A motivação teria que ser objeto de investigação já que pode refletir maior complexidade dos hospitais em geral ou precariedade no exercício das funções de regulação, controle e avaliação.

Tabela 04 - Indicadores de desempenho de hospitais no Brasil e em Minas Gerais. Brasil, 2015

Porte (número de leitos)	BRASIL			MINAS GERAIS		
	Taxa de Ocupação Hospitalar (%)	Tempo Médio de Permanência (dias)	Percentual ICSAP	Taxa de Ocupação Hospitalar (%)	Tempo Médio de Permanência (dias)	Percentual ICSAP
01 a 49 leitos	20,53	3,31	35,12	25,13	3,83	38,65
50 a 100 leitos	38,43	4,73	22,51	41,02	3,88	24,79
101 a 251 leitos	59,45	7,86	14,56	65,05	8,4	15,48
251 a 500 leitos	73,23	9,37	13,66	72,48	7,08	10,74
500 leitos	69,77	9,3	13,42	73,27	6,82	12,82
Total	34,75	4,82	18,81	39,03	4,9	19,83

Fonte: TABWIN SIHSUS ano de 2015. CNES comp. Out. 2015.

Tabela 05: Valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), segundo natureza jurídica e porte. Brasil, 2015

	BRASIL	MINAS GERAIS
Hospitais	Valor médio da AIH	
Hospitais SUS* – total da produção	R\$ 1.189,50	R\$ 1.367,30
Natureza Jurídica		
Públicos	R\$ 1.043,68	R\$ 1.402,55
Privados sem fins lucrativos	R\$ 1.372,01	R\$ 1.333,16
Privados com fins lucrativos	R\$ 1.180,93	R\$ 1.689,49
Porte		
01 a 49 leitos	R\$ 489,96	R\$ 495,81
50 a 100 leitos	R\$ 704,90	R\$ 824,46
101 a 251 leitos	R\$ 1.230,80	R\$ 1.438,95
251 a 500 leitos	R\$ 1.603,66	R\$ 1.910,82
≥ 501 leitos	R\$ 2.416,00	R\$ 2.460,15

Fonte: TABWIN SIHSUS ano de 2015. CNES comp. Out. 2015.

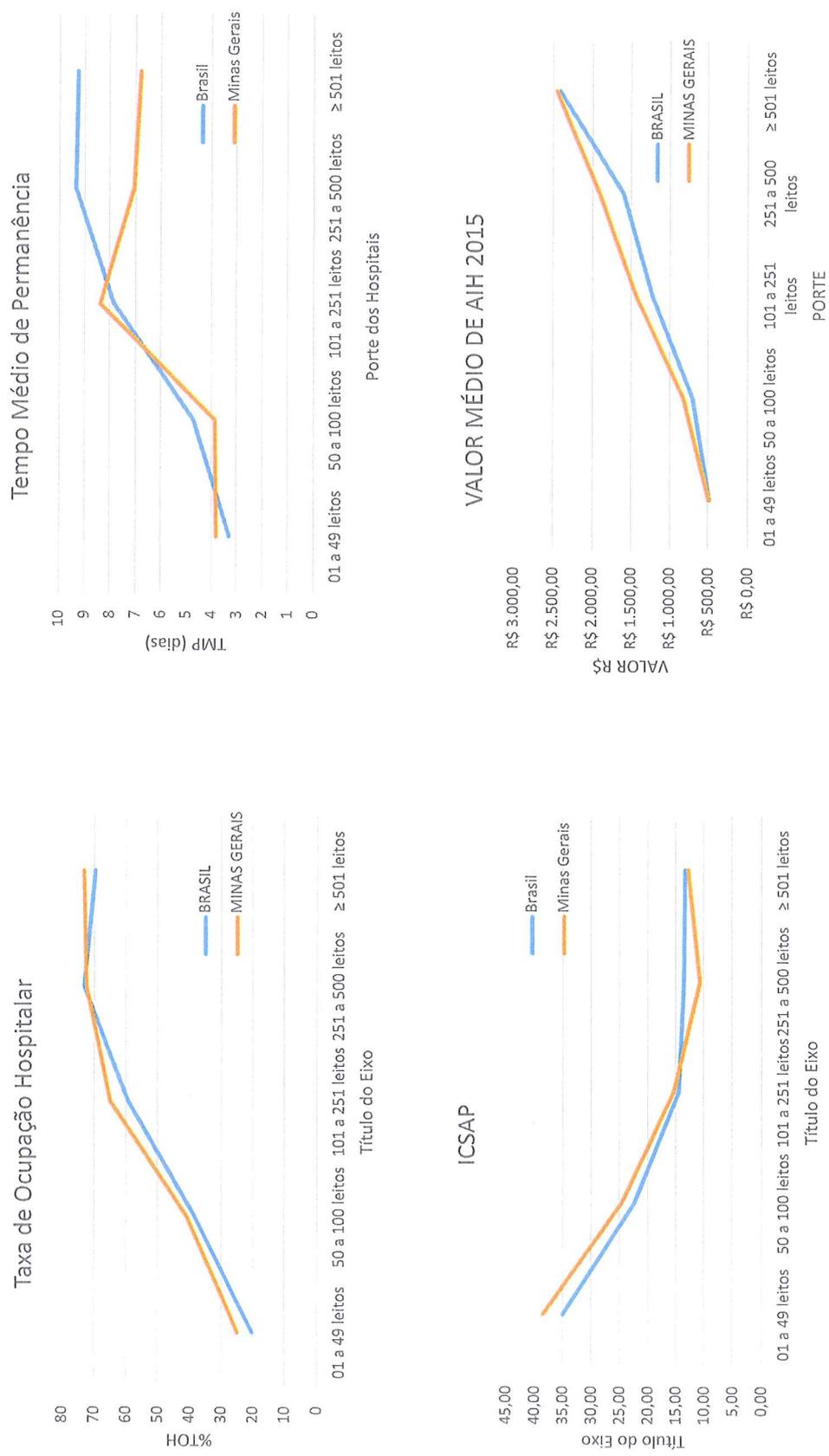
Estes clássicos indicadores demonstram claramente a variação de desempenho entre os hospitais quando avaliado o critério de porte, segundo número de leitos (Vide Figura 01).

Em suma os HPP:

- 1) internam pouco;
- 2) grande parte destas poucas internações são por condições sensíveis à atenção primária;

- 3) são, entre as faixas por porte hospitalar, aquela que consegue dar “alta” mais rápido; e
- 4) que proporcionalmente recebem quase 50% a menos que a faixa de hospitais imediatamente superior (50 a 100 lt) pelo valor médio da AIH.

Figura 01 - Desempenho dos hospitais no Brasil e em Minas Gerais, segundo porte. Brasil 2015



Fonte: TABWIN SIHSUS ano de 2015. CNES comp. Out. 2015.

3.3 A Base empírica do Estudo

Esta tese foi desenvolvida em sua parte empírica a partir de dados gerais coletados por Facchini e Barbosa (2014) em levantamento nacional por meio de survey in loco de todos os HPP brasileiros.

A utilização dos dados deste estudo foi favorecida pela ausência de bases de dados capazes de gerar evidências para caracterizar estas instituições, que tem sido objeto de estudos de diferentes matizes e olhares sobre sua realidade. O percurso adotado por Facchini e Barbosa (2014) apresentou as seguintes etapas:

Caracterização dos HPP quanto ao porte:

- a) Levantamento do universo dos estabelecimentos hospitalares deste porte e perfil;
- b) Levantamento de dados secundários junto ao CNES, Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) sobre estes estabelecimentos hospitalares;
- c) Identificação e definição das dimensões de análise;
- d) Definição do instrumento de coleta de dados utilizados no conjunto dos hospitais pesquisados e abrangendo o estudo como um todo, de onde foi retirado o substrato sobre a inserção dos HPP na RAS.

Na caracterização dos HPP quanto ao porte o estudo adotou a orientação já existente de que os Hospitais de Pequeno Porte seriam aqueles na faixa de até 49 leitos (Brasil, 1965), com a opção de considerar também no estudo unidades classificadas no CNES com hospitais e que tivessem menos de 25 leitos, o que era descartado na classificação do Ministério da Saúde em 1965.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) registrou em 2014, 3.524 estabelecimentos hospitalares públicos e privados com até 49 leitos (Tabela 06). Portanto, o levantamento do universo dos estabelecimentos hospitalares deste porte e perfil compreendeu este contingente de hospitais.

Tabela 06 - Distribuição dos HPP por Estado. Brasil, 2014

Região	Estados	HPP	% em relação ao Brasil
Centro Oeste	Distrito Federal	25	0,71%
	Goiás	269	7,63%
	Mato Grosso	114	3,23%
	Mato Grosso do Sul	80	2,27%
Nordeste	Alagoas	52	1,48%
	Bahia	367	10,41%
	Ceará	166	4,71%
	Maranhão	161	4,57%
	Paraíba	94	2,67%
	Pernambuco	200	5,68%
	Piauí	134	3,80%
	Rio Grande do Norte	132	3,75%
	Sergipe	26	0,74%
Norte	Acre	21	0,60%
	Amapá	11	0,31%
	Amazonas	56	1,59%
	Pará	119	3,38%
	Rondônia	68	1,93%
	Roraima	13	0,37%
	Tocantins	43	1,22%
Sudeste	Espirito Santo	49	1,39%
	Minas Gerais	334	9,48%
	Rio de Janeiro	190	5,39%
	São Paulo	324	9,19%
Sul	Paraná	247	7,01%
	Rio Grande do Sul	119	3,38%
	Santa Catarina	110	3,12%
Brasil		3524	100%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA et al (2014) a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2014.

O levantamento de dados secundários junto ao CNES sobre estes estabelecimentos hospitalares identificou as seguintes variáveis: localização dos HPP; porte considerando diferentes faixas com menos de 50 leitos; esfera administrativa, isto é, se municipal, estadual,

federal e privado; natureza jurídica; hospitais com e sem leitos SUS; modalidade de gestão dos hospitais - se administração direta ou em parceria com terceiro; tipo de atendimento prestado; existência de bloco cirúrgico; existência de centro obstétrico; existência de serviços de apoio diagnóstico (FACCHINI; BARBOSA, 2014). A identificação e definição das dimensões de análise partiu de Veillard et al (2005) e considerou a Infraestrutura, assistência, Recursos Humanos, Financiamento, Qualidade e Segurança do Paciente, Responsabilidades na Rede de Atenção à Saúde Local-Regional e Desempenho. Isso levou à definição do instrumento de coleta de dados utilizado no conjunto dos hospitais pesquisados.

Não se tratava de pesquisa com o objetivo único de validação de informações do CNES e dos sistemas de produção. Novos conteúdos relacionados às estruturas e equipes/recursos humanos, além de informações previstas no CNES sobre processos desenvolvidos na gestão e na assistência foram inseridas no instrumento, com o objetivo ampliar o conhecimento sobre esses hospitais.

Assim, em cada dimensão foram inseridos conteúdos para gerar informações que interessam à avaliação e formulação de proposta alternativa sustentável para esses hospitais, dentre eles:

Na *infraestrutura/gestão* - aspectos de identificação da unidade, aspectos jurídicos sobre sua gestão ou administração, informações sobre a área física, equipamentos, serviços de gestão da infraestrutura, sistemas de informação/informatização, gestão das áreas de apoio, existência de plano diretor.

Na *assistência e atuação em rede* - tipos de atendimentos realizados, resolubilidade, aspectos da regulação do acesso, participação do hospital nas redes temáticas na compreensão do entrevistado, existência de dispositivos de humanização da atenção, articulação com outros pontos de atenção, presença de profissionais, turnos de trabalho e outros que caracterizem a assistência prestada, origem da clientela.

Na *gestão de recursos humanos* - categorias profissionais existentes, tipos de contrato informado, carga horária e outros quesitos a partir do perfil profissional do estabelecimento e informado no CNES.

No *financiamento* - fontes regulares extraordinárias de financiamentos de origem municipal, estadual e federal, existência de registro de informações sobre despesas hospitalares, informação sobre principais itens de despesas com foco especial em recursos humanos.

Na *Qualidade e Segurança do Paciente*: foram inseridos quesitos de verificação de práticas de acordo com protocolos internacionais de identificação do paciente, higienização das mãos, prevenção de quedas e úlceras de pressão, segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, cirurgia segura e melhoria da comunicação entre profissionais de saúde.

No campo operacional, isto é, de sua aplicabilidade, o estudo de campo coordenado por Facchini e Barbosa (2014), foi realizado entre fevereiro e novembro de 2014, havendo uma primeira etapa realizada em fevereiro e março composta pelos HPP do Amazonas, Bahia, Goiás e Maranhão. A segunda etapa envolveu os demais Estados e foi concluída em setembro de 2014. Foi criada tecnologia de coleta eletrônica de informações que diminuiu o tempo e a produção de resultados, já que a transmissão era em tempo real com consolidação instantânea. Assim, relatórios parciais poderiam ser emitidos a qualquer momento. Isso foi muito útil no processamento tripartite dessa pauta em abril de 2014. Além disso, essa modalidade de coleta e processamento eletrônicos contribuíram para a confiabilidade da informação já que era barrada qualquer entrada de dados de forma equivocada. Para a realização das análises foram utilizados softwares estatísticos e de geoprocessamento.

Foram adotados procedimentos informatizados de validação/segurança da informação com exceção da informação sobre número de leitos. Sempre que fosse informado número superior a 49 leitos havia checagem da informação com o entrevistado.

3.4 Coleta de dados secundários

Para compor a cesta de variáveis do estudo, foram utilizadas informações da Base de Dados AIH – DATASUS/MS - ano 2014 - com filtro pelo motivo de Alta (Cobrança) associado ao número de leitos existentes do CNES (HPP= menor ou igual a 49 leitos), para levantamento do percentual de motivos de alta informado nas AIH dos HPP de Minas Gerais em 2014.

Para a variável Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária/ICSAP e taxas de ocupação os passos seguidos foram realizados os seguintes procedimentos:

- i. Feito o download dos arquivos de dados do SIHSUS denominados RD (Reduzidos) relativos aos processamentos mensais do ano de 2014
- ii. Feito o download dos arquivos de Leitos do CNES denominados LT dos HPP relativos aos processamentos mensais do ano de 2014 para efeito de apuração do número de leitos-dia disponíveis no período.
- iii. Foi apurado o número de diárias das AIH aprovadas (que é igual número de pacientes/dia) de cada HPP no período
- iv. Feito o cruzamento do número de diárias x número de leitos-dia disponíveis para o cálculo da taxa de ocupação. $(\text{Número de pacientes/dia}) \times 100 / \text{número de leitos/dia}$
- v. As informações foram armazenadas em Banco de Dados (Microsoft Access)

- vi. Foram inseridas nos bancos de dados diversas tabelas descritivas para serem associadas às informações de produção e de cadastro, como por exemplo: Tabelas de Região, de Município, de Procedimentos, de CID, de Tipo de Leitos, Motivo de Alta,
- vii. Para mensurar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, denominadas ICSAP, foi considerada a classificação da CID conforme Portaria SAS 221 / 2008 ICSAP que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Assim foram geradas as informações sobre o percentual de internações com CID de ICSAP nos HPP da região ampliada de saúde Norte, e os percentuais de internações de residentes nos municípios de origem dos HPP em outros hospitais.

A eleição da região ampliada Norte com 34 HPP justifica-se devido a não haver variação significativa dos índices de taxas de ocupação e dos índices de internações por ICSAP entre esses HPP e os das outras regiões ampliadas. Assim, a amostra pode nos dar pistas sobre o desempenho de todos os HPP no suporte às internações por ICSAP.

3.5 Amostra do estudo: hospitais de pequeno porte de Minas Gerais

Em 2012, Minas Gerais possuía 20.734.097 habitantes, segundo estimativa do IBGE (IBGE, 2014). O escrito de Guimarães Rosa *Minas são muitas* cabe na compreensão do desafio da organização do SUS no Estado, considerando as características de distribuição da população no território, renda, e distribuição de bens e serviços. Com 853 municípios, mais da metade deles (489) possuíam menos de 10.000 habitantes. As regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce concentram grande parte de municípios com baixa condição socioeconômica. As regiões Norte e Nordeste têm grande dispersão populacional em grande extensão territorial. Assim o acesso entre os municípios é dificultado por grandes

distâncias, o que é acompanhado em seguida pelas regiões do Alto Paranaíba e Jequitinhonha/Mucuri. Já as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central são caracterizadas por alta concentração populacional, melhores condições socioeconômicas e menor distância entre os municípios. Enquanto as regiões ao norte do Estado apresentam as maiores carências e mais baixos indicadores de desenvolvimento, tendo como base uma economia mais tradicional, as regiões ao Sul, ao Centro e do Triângulo Mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico (MALACHIAS et al, 2013).

Com o objetivo geral de “distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população” foi criado o Plano Diretor de Regionalização/PDR de Minas Gerais (MALACHIAS et al, p. 46, 2013). A construção das macrorregiões ou regiões ampliadas de saúde levou em consideração a distribuição espacial da população, as necessidades de saúde e a distribuição dos estabelecimentos de saúde, especialmente hospitais. Para cada nível de atenção foi atribuída a responsabilidade por um elenco de procedimentos com base na definição da NOAS 2001. Para os hospitais foram definidos os seguintes elencos de acordo com seu papel municipal, microrregional ou de referência na macrorregião de saúde:

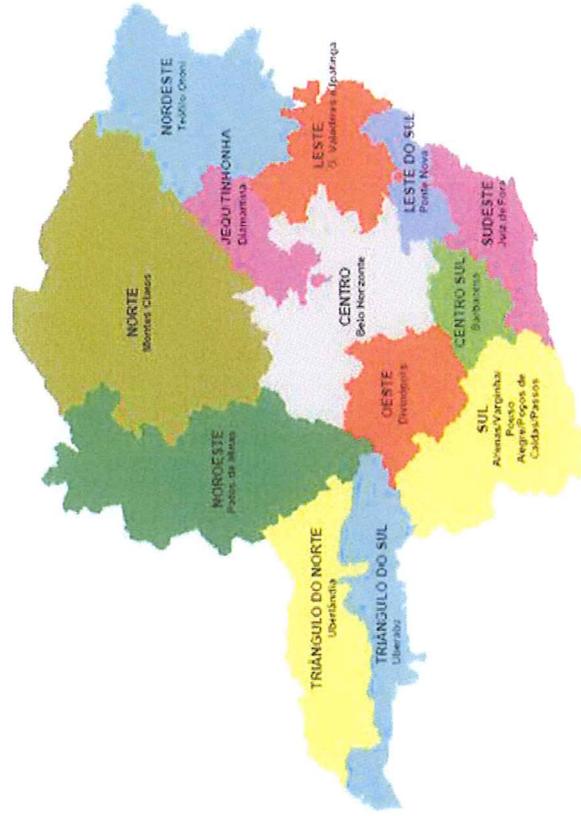
- Municipal – elenco da Média Complexidade Básica (MCHB);

- Polo microrregional - elenco da Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 (MCH1 e MCH2);

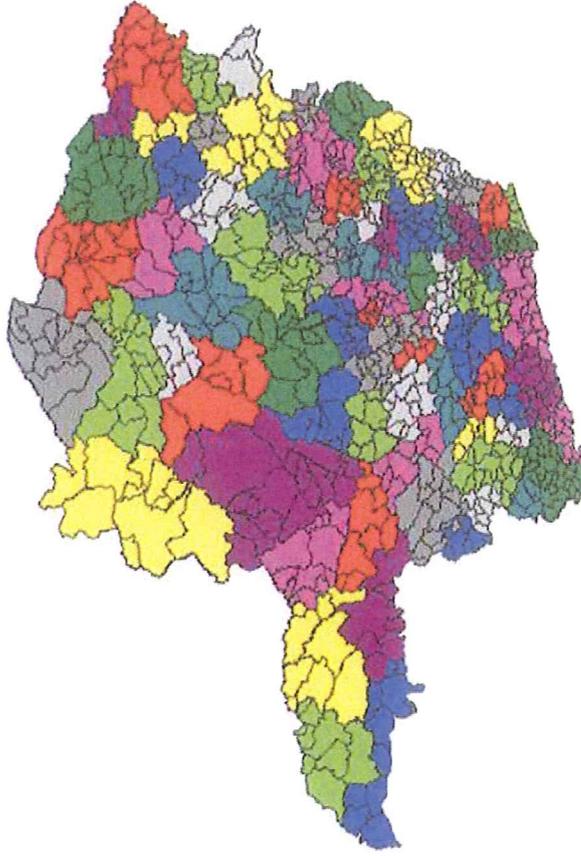
- Polo microrregional - elenco da Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE).

Mapa 03 - Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, 2013

Regiões Ampliadas de Saúde – Minas Gerais – 2015



Regiões de Saúde – Minas Gerais – 2015



Fonte: MINAS GERAIS, 2013.

O estudo sobre a inserção dos HPP na RAS em Minas Gerais reveste-se de importância no momento em que foram definidas as tipologias de hospitais no âmbito da nova Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Essas tipologias estão relacionadas à sua estrutura e equipe com responsabilidades assistenciais na RAS. Portanto, essa tese poderá ser mais um componente da caixa de ferramentas a ser levada aos territórios no processo de conformação do desenho da atenção hospitalar em cada região de saúde do Estado.

O CNES de setembro de 2013 informava a existência em Minas Gerais de 334 HPP entre vinculados ou não ao SUS. A Tabela 07 demonstra que foram entrevistados 83,8% das unidades em Minas Gerais. A média de hospitais entrevistados no Brasil foi de 78,8%. Os motivos da diferença em Minas Gerais foram a recusa de responder o questionário (11,1%) e o HPP encontra-se fechado (5,1%). O percentual entrevistado significa o quantitativo de 280 de 334 hospitais. Os 280 hospitais que foram entrevistados eram vinculados ao SUS em 2014. No entanto, verifica-se que 15,10% dos entrevistados possuíam 50 ou mais leitos. Com exceção da variável existência de UTI, não observamos diferença significativa de tendências nas demais variáveis para os hospitais com mais 50 leitos ou mais, já que esses possuíam pequena margem de erro a maior no número de leitos em relação ao CNES, conforme relato da metodologia adotada no survey. As informações acima remetem a uma desatualização do CNES. Portanto, o universo da pesquisa é composto de 214 HPP distribuídos na região ampliada de saúde (Tabela 07). Em síntese - havia 334 HPP no CNES, 280 foram entrevistados, 252 eram vinculados ao SUS e 214 possuíam menos de 50 leitos.

Tabela 07 - Total de HPP entrevistados que prestam serviços aos SUS por faixa de número de leitos. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de saúde de MG	N	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais
Centro	20	20,00%	25,00%	30,00%	10,00%	15,00%
Centro sul	15	40,00%	13,30%	26,70%	13,30%	6,70%
Jequitinhonha	4	25,00%	25,00%	25,00%	0,00%	25,00%
Leste	11	0,00%	45,50%	9,10%	36,40%	9,10%
Leste do sul	10	10,00%	20,00%	20,00%	20,00%	30,00%
Nordeste	24	8,30%	12,50%	29,20%	16,70%	33,30%
Noroeste	14	57,10%	21,40%	7,10%	7,10%	7,10%
Norte	16	12,50%	31,30%	37,50%	12,50%	6,30%
Oeste	16	12,50%	31,30%	12,50%	37,50%	6,30%
Sudeste	27	11,10%	22,20%	37,00%	14,80%	14,80%
Sul	60	20,00%	20,00%	33,30%	10,00%	16,70%
Triângulo do norte	21	28,60%	42,90%	14,30%	9,50%	4,80%
Triângulo do sul	14	14,30%	14,30%	35,70%	14,30%	21,40%
Minas Gerais	252	19,40%	23,80%	27,00%	14,70%	15,10%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

3.6 Categorias de Análise

Os conhecimentos adquiridos pela autora na trajetória acadêmica e também na experiência em serviço, através de participação na delimitação dos objetivos do estudo de campo, da construção de sua metodologia, da recepção e análise das informações e na utilização dessas na proposição de alternativas para a solução do problema; e a escuta e processamento dos

pleitos, apreensões e críticas dos diversos gestores compõem cesta de insumos que foram utilizados na interpretação.

Para analisar a dimensão Perfil Assistencial e Papel do HPP na RAS foram escolhidas as seguintes categorias:

- i) **Perfil Assistencial** - O perfil assistencial remete ao que os HPP atendem junto às redes prioritárias e a relação dos hospitais com a atenção básica, considerando as necessidades do território. Nesse sentido, a escolha das especialidades atendidas em regime de internação hospitalar e atendimento ambulatorial se justifica.

- ii) Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária/ICSAP - Nessa dimensão foram analisadas as internações por ICSAP de residentes no município em HPP do próprio município comparando com as internações por ICSAP de residentes no município realizadas em outro hospital e com a taxa de ocupação do HPP. A amostra será composta pelos HPP da região ampliada Norte de MG.⁷ A escolha dessa região ampliada deu-se de forma discricionária e aleatória, já que, a princípio, não há características que possam diferenciar os resultados dessa dos resultados das demais regiões ampliadas. A comparação das taxas de ocupação dos HPP com os índices de internações de municípios no HPP do próprio município e internações por ICSAP realizadas em outros hospitais nos remete ao grau de cumprimento de um papel do HPP. O HPP tem conseguido ou não cumprir o papel de ser suficiente para a realização dessa modalidade de internação? As variáveis utilizadas e comparadas entre si foram a taxa de ocupação, as internações por ICSAP de residentes no município em HPP do próprio município, e as internações por ICSAP de residentes no município de origem do HPP realizadas em outro hospital.

⁷As internações por condições sensíveis à atenção primária avaliam indiretamente a efetividade da atenção primária. Quanto maior o acesso e a qualidade da atenção primária menores as taxas de ICSAP. Além de reduzir os riscos de hospitalização, a atenção ambulatorial efetiva e oportuna pode prevenir a agudização de doenças crônicas e prevenir o surgimento de outras doenças. (BILLINGS, 1993)

iii) HPP como campo de prática de ensino e educação permanente - A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção do modo de operar o sistema de saúde em rede por permitir a articulação entre gestão, atenção, ensino e controle social para que as equipes enfrentem os problemas nos territórios. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O Contrato Organização de Ação Pública Ensino-Saúde/COAPES traz em seus princípios o “compromisso das instituições de ensino com o desenvolvimento de atividades que articulem o ensino, a pesquisa e a extensão com a prestação de serviços de saúde, com base nas necessidades sociais em saúde e na capacidade de promover o desenvolvimento regional no enfrentamento de problemas de saúde da região” (BRASIL, p. 193, 2015). Da mesma forma, a RAS deve se constituir como rede-escola sendo campo para a formação e ações de educação permanente para estudantes e profissionais de saúde. A Política Nacional de Atenção Básica diz que em sua jornada de 40 horas semanais o médico da equipe de Saúde da Família pode dedicar até 08 horas por semana a atividades de especialização em Saúde da Família, residência multiprofissional e/ou de Medicina de Família e de Comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (BRASIL, 2012). A análise dessa dimensão dará pistas sobre a participação dos HPP em práticas de ensino médio, graduação e residências médicas, além de sua articulação com o sistema municipal de saúde em atividades de educação permanente.

À luz destas categorias, foram escolhidas as variáveis conforme Quadro 04 a seguir.

QUADRO 04 - Categorias e variáveis para a análise do perfil assistencial e papel do HPP na RAS

Categorias para análise do perfil assistencial e papel do HPP na RAS	Variáveis eleitas
Perfil assistencial	<p>Número de especialidades das clínicas básicas atendidas nos HPP</p> <p>HPP que realiza internações obstétricas / partos</p> <p>Perfil assistencial dos HPP (possui ou não PA, ambulatório de especialidades ou associação dos dois)</p> <p>Fonte - diagnóstico censitário</p>
Internações por ICASP	<p>Internações por ICASP de residentes no município em HPP do próprio município X internações por ICASP de residentes no município realizadas em outro hospital X taxa de ocupação do HPP – amostra será os HPP da região ampliada Norte de MG.</p> <p>Fonte - CNES/Tabwin 2014</p>
O hospital como campo de praticas de ensino educação permanente	<p>O hospital possui projetos de educação permanente em parceria com o município</p> <p>Fonte - diagnóstico censitário</p> <p>O hospital oferta vagas para estágios de cursos técnicos ou de nível médio</p> <p>Fonte - diagnóstico censitário</p> <p>O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores</p> <p>Fonte - diagnóstico censitário</p> <p>O hospital oferta vagas para programas de residência médica</p> <p>Fonte - diagnóstico censitário</p>

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Já, para analisar a dimensão Atuação do HPP em Rede, foram escolhidas as seguintes categorias:

- i) **Acesso Regulado** - A Portaria GM/MS N° 2048 de 2002 diz ao aprovar o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência prevê que a regulação médica das urgências através de centrais de regulação é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Essas centrais organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no Sistema e geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. Prevê ainda que o Sistema deve ser capaz de acolher a clientela, prestando-lhe atendimento e redirecionando-a para os locais adequados à continuidade do tratamento, através do trabalho integrado das Centrais de Regulação Médica de Urgências com outras Centrais de Regulação de leitos hospitalares, procedimentos de alta complexidade, exames complementares, internações e atendimentos domiciliares, consultas especializadas, consultas na rede básica de saúde, assistência social, transporte sanitário não urgente, informações e outros serviços e instituições, como por exemplo, as Polícias Militares e a Defesa Civil. Também a Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS N° 1559 de 2008 prevê que Regulação do Acesso à Assistência também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, deve ter gestão pública, e exercida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais. Atua com as dimensões da regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, da classificação de risco e demais critérios de priorização. Nesse sentido, a nosso ver, a regulação para mais do que um componente de sistema logístico da RAS (MENDES, 2011) é o dispositivo da gestão que catalisa as relações entre as estruturas assistenciais disponíveis, a necessidade clínica do usuário e o trabalhador de saúde que presta assistência direta ao usuário na busca da alternativa de melhor tempo resposta e melhor resolubilidade. Atua nos procedimentos eletivos e de urgência ambulatorial, na relação do cuidado pré-hospitalar com as portas de entrada da urgência, na

transferência inter hospitalar, na contra referência de pontos de atenção de maior complexidade ou resolubilidade para a atenção especializada ambulatorial serviços substitutivos de saúde mental, atenção básica e ainda para o cuidado domiciliar. Promove a equidade do acesso, eliminando critérios de acesso outros que não a necessidade clínica e vulnerabilidades do usuário. Nesse sentido, a dimensão do acesso regulado reveste-se de fundamental importância na conformação da RAS, sendo um dos requisitos para se avaliar a atuação em rede dos HPP. A regulação das internações por complexos reguladores e a regulação da porta de entrada da urgência pelo SAMU foram as variáveis escolhidas.

- ii) **Compartilhamento de equipes HPP com a atenção básica ou outros pontos de atenção da RAS** - A experiência de atuação de profissionais de saúde em ambientes e tipologias assistenciais diferentes dentro da mesma organização demonstra resultados em maior vínculo, continuidade do cuidado e melhor custo-efetividade. Já na antiga Fundação de Serviços de Saúde Pública/SESP o profissional médico trabalhava em regime de rodízio em turnos de 8 horas, ora na atividade ambulatorial, ora na atividade de internação e pronto atendimento. Com profissional generalista das antigas Unidades Mistas, o médico fazia o pré-natal a puericultura, atendia usuários de programas como Tuberculose e Hanseníase, hipertensão diabetes, e em sua atividade no hospital fazia o primeiro atendimento do poli traumatizado, participava de procedimentos cirúrgicos, fazia partos e cuidava de usuários nas enfermarias. Prática médica inconcebível nos dias de hoje com a compartimentalização e especialização crescente do ensino e da prática médica? Programas de formação de residentes em Medicina Geral Comunitária reproduziam essa prática. Na Fundação das Pioneiras Sociais/Sarah Kubitschek, além da exigência da dedicação exclusiva, os profissionais têm percurso cotidiano nas atividades ambulatoriais e em regime de internação. Trata-se de iniciativas setoriais, algumas já inexistentes como o SESP/FUNASA, cuja disseminação no universo de sistemas locais ou regionais de saúde seria inovação necessária para vencer desafios da multiplicidade de vínculos empregatícios e fragmentação do cuidado. A Política Nacional de Atenção Básica já autoriza o compartilhamento de equipe médica ao autorizar a dedicação de parte da carga horária contratual de 40 horas à atividade em unidades de urgência. (BRASIL, 2012). Dentre os dez

critérios citados por Hartz (2004 apud LEATT et al, 2000) para que exista um sistema integrado de saúde - em rede - estão o fato de o usuário não precisar repetir sua história em cada atendimento e não precisar se submeter a repetidos exames. A potência do compartilhamento de carga horaria de profissionais de saúde entre os HPP e unidades básicas de seu território de abrangência acompanhada de dispositivos de integração de ações cuidadoras está na possibilidade da continuidade do cuidado, fortalecimento do vínculo e responsabilização profissional de saúde/usuário. Daí a eleição dessa dimensão para avaliar a atuação do HPP em rede, com as variáveis compartilhamento de profissionais médicos e enfermeiros com a atenção básica.

iii) **Resolubilidade** - A resolubilidade está associada à capacidade de resolver problemas. A avaliação de que um dado problema foi resolvido depende da visão de quem avalia. Envolve, dentre outros, aspectos de estrutura, processos e resultados (DONABEDIAN, 1978). Uma das metodologias utilizadas no Brasil para avaliar a resolubilidade é a pesquisa de satisfação do usuário, colocando como categoria central a visão do usuário sobre o atendimento recebido. Para analisar a categoria resolubilidade elegemos duas variáveis relacionadas à estrutura (percentual de HPP com UTI para adultos e percentual de HPP com existência simultânea de patologia clínica, radiologia simples e eletrocardiograma), uma variável relacionada a recursos humanos (percentual de HPP com a presença de médicos e enfermeiros nas 24 horas do dia e 07 dias da semana), e uma variável que trata de resultados (percentual de motivos de alta com base nos dados das AIH).

iv) **Qualidade** - Em 1999 o Institute of Medicine/IOM sediado nos Estados Unidos da América publicou o documento intitulado *Toerrishuman: building a safer health system* (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000), no qual foi reconhecida a segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade. Em revisão de literatura realizada por Reis et al, 2013, encontraram a estimativa de que cerca de 10% dos pacientes internados em hospitais são vítimas de eventos adversos evitáveis. Dentre os fatores responsáveis pelos eventos adversos estão as

deficiências do sistema de prestação de cuidados de saúde, em sua concepção, organização e funcionamento. Assim não se pode responsabilizar apenas os profissionais por esses eventos. Em hospitais, essas condições podem se relacionar ao ambiente de trabalho, à supervisão inadequada, falta de treinamento ou formação deficiente, estresse, sobrecarga de trabalho e sistemas de comunicação inadequados. Donabedian define a *boa qualidade como aquela que produz, dado um volume específico de recursos para os cuidados de saúde, os melhores resultados de saúde (entre benefícios e danos) para a população como um todo*⁸. Sendo assim, um cuidado inseguro traz aumento do risco de danos desnecessários ao paciente, que podem ter impacto negativo nos resultados do cuidado de saúde (TRAVASSOS; CALDAS, 2013). Em 2004 foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente para liderar no âmbito internacional os programas de segurança do paciente. A Portaria GM/MS Nº 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). As diversas ações do programa focam na criação dos Núcleos de Segurança do Paciente cujas principais linhas de atuação são a indução da notificação de eventos adversos e indução da implantação dos protocolos internacionais já citados em capítulo anterior desta tese. Nesse sentido, a eleição da dimensão Qualidade com foco na Segurança do Paciente atende a um dos é um dos fundamentos da RAS que é qualidade da atenção (BRASIL, 2010). Foram eleitas as seguintes categorias relacionadas a protocolos internacionais: higienização das mãos, medidas de prevenção de úlceras por pressão e medidas de prevenção de quedas.

- v) **Espacialização** - A estratégia de desvendar o território já era praticada no sistema de saúde brasileiro na década de 1990, com a criação dos Sistemas Locais de Saúde/Distritos Sanitários. (MENDES, 1995). Também a subdivisão do território nacional na conformação das regiões de saúde está prevista no SUS. O geoprocessamento tem sido utilizado para o monitoramento e avaliação de ações de saúde, nos estudos da relação ambiente e condições de saúde ou ocorrência de determinada doença, no mapeamento e monitoramento de populações mais

⁸ Traduzido pela autora.

vulneráveis. Estudos diversos tratam da distribuição dos serviços em um dado território como variável do acesso. (GASPARINI; RAMOS, 2004; OLIVEIRA, CARVALHO; TRAVASSOS, 2004; SIMÕES; RODRIGUES; AMARAL, 2008; BOTEGA; RODRIGUES; ANDRADE, 2006.). A probabilidade de ser internado na rede SUS cai com o aumento da distância entre o centro de provisão do serviço hospitalar a o município de origem do paciente. Os trabalhos de Oliveira (2004) e Botega et al. (2006) analisam os serviços hospitalares somente no Estado de Minas Gerais. Ambos os estudos mostram a existência de uma relação negativa entre distância e internações, e como serviços de alta complexidade tendem a ser espacialmente concentrados. A Teoria do Lugar Central explica a lógica do surgimento de centros provedores de bens ou serviços em torno dos quais estão os consumidores. Trabalha com o conceito de *limite crítico* sendo o menor círculo concêntrico que justifica a oferta de um bem ou serviço e com o conceito de *alcance* sendo o maior círculo concêntrico que forma a região complementar do lugar central e define sua área de influência. (BESSA, 2012 apud CHRISTALLER, 1966). No Brasil o esquema tradicional e piramidal da relação entre os centros, em uma rede urbana, foi rompido ainda na década de 1970, quando uma nova hierarquia urbana se configurou como resposta às novas redes de relações impostas, levando a um desmantelamento da rede urbana em sua concepção tradicional. Também na França a partir do final do século XX, não se pode mais explicar a relação entre os centros urbanos pelo “paradigma hierárquico”, também percebido como piramidal. É necessário que o escopo das redes seja repensado, pois se tornaram mais complexas em conformação de relações horizontais entre centros urbanos complementares com ou sem similaridade entre eles. (BESSA, 2012 apud SANTOS, 1979; VELTZ, 2002; SPOSITO, 2011). O rompimento do esquema tradicional e piramidal entre os centros estaria em consonância com o conceito de redes poliarquicas trazido por Mendes (2009). Aplicando a Teoria do Lugar Central à organização dos serviços de saúde, os serviços de alta complexidade têm limite crítico e alcance expandidos para garantir escala devido ao alto nível de especialização e custos. Já a atenção primária e as equipes de saúde da família para atuarem com seus atributos exigem limite crítico e alcance reduzidos. No caso do atendimento de urgência e emergência tanto o limite crítico quanto o alcance são definidores do tempo

resposta. O primeiro devido ao tempo de deslocamento para acesso à porta de entrada da urgência. O segundo, tratando da população de abrangência, pode aumentar os tempos de espera por atendimento se não houver dimensionamento de equipe e organização do processo de trabalho que garanta o melhor tempo de espera de acordo com o risco. Já na conformação do Plano Regional de Regionalização/PDR de Minas Gerais acessibilidade viária e geográfica ficou estabelecida entre 120 km a 150 km como a distância máxima de um município em relação ao polo, ou 2 (duas) horas em vias não pavimentadas. Essa distância, segundo estudos, não coloca em risco a população usuária, permite a organização de redes de atenção através de sistemas de transporte em saúde e a estruturação de unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, com portes adequados para garantir a sua viabilidade econômica, com eficiência, eficácia e qualidade dos serviços. Portanto, para a delimitação de uma microrregião, conforme nível e elenco, além do fluxo de cada município ao polo, foram avaliadas, além da escala, a distância e as condições viárias. (MALACHIAS et al, 2013). As variáveis eleitas para a análise da categoria espacialização foram o percentual de HPP com tempo de deslocamento de menos de 90 minutos até uma UTI, e o percentual de HPP com tempo de deslocamento de menos de 90 minutos até maternidade que realiza mais de 1000 partos ao ano. Mesmo não havendo a garantia total da existência de vagas para internação sempre que usuários dos HPP necessitarem, essa se constitui como uma condição para tornar a atenção nesses hospitais mais segura. A retaguarda de leitos de UTI é necessária para a continuidade do cuidado de usuários que são admitidos em estado crítico ou agravam seu quadro clínico recebendo cuidados dentro do HPP. Já o número mínimo de 1000 partos ao ano foi definido pela Coordenação da Rede Cegonha do Ministério da Saúde como o patamar mínimo de produção que garanta recursos para que uma maternidade seja referência para gestantes e recém-nascidos que exijam mais cuidados. Isso com a maternidade preenchendo ou não todos os condicionantes de habilitação como maternidade para o alto risco (BRASIL, 2013).

O quadro 05 sistematiza as categorias e respectivas variáveis utilizadas na análise.

Quadro 05 - Categorias e variáveis de análise da atuação do HPP em Rede

Categorias para a análise da atuação do HPP em rede	Variáveis eleitas
Inserção nas Redes Temáticas	Número de HPP inserido nas redes temáticas nos termos das normativas federais e estaduais
Acesso regulado	Internações reguladas
	Fonte – diagnóstico censitário
	Atua sob regulação da central do SAMU – grade de referência da urgência
	Fonte – diagnóstico censitário
Compartilhamento de equipes com a atenção básica	Compartilha profissionais médicos com a atenção básica e outros pontos da rede
	Fonte – diagnóstico censitário
	Compartilha profissionais enfermeiros com a atenção básica e outros pontos da rede
	Fonte – diagnóstico censitário
	Compartilha profissionais de nível médio com a atenção básica e outros pontos da rede
	Fonte – diagnóstico censitário
Resolubilidade	Possui patologia clínica, radiologia e ECG no próprio hospital
	Fonte – diagnóstico censitário
	Possui leitos de UTI
	Fonte – diagnóstico censitário
	Conta com médicos nas 24 horas do dia nos 7 dias da semana
	Fonte – Diagnóstico censitário
	Percentual de altas por motivo
Fonte – SIH/Tabwin 2015	

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Quadro 05 - Atuação do HPP em Rede (*continuação*)

Categorias para a análise da atuação do HPP em rede	Variáveis eleitas
Qualidade e do segurança do paciente	Percentual de HPP adota medidas de identificação do paciente
	Fonte – diagnóstico censitário
	Percentual de HPP que adota medidas de prevenção de medidas para a prevenção de úlceras por pressão
	Fonte – diagnóstico censitário
	Percentual de HPP que adota medidas de prevenção de medidas para a prevenção de quedas
	Fonte – diagnóstico censitário
Espacialização	Percentual de HPP com tempo de deslocamento de menos de 90 minutos até uma UTI
	Fonte – diagnóstico censitário
	Percentual de HPP com tempo de deslocamento de menos de 90 minutos até maternidade que realiza mais de 1000 partos ao ano
	Fonte – diagnóstico censitário

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

3.7 Síntese Metodológica

De forma sintética, os procedimentos metodológicos desta tese seguiram a caracterização descrita no Quadro 06, a seguir:

Quadro 06 – Síntese metodológica

Item	Descrição Geral
Objeto de Pesquisa	Inserção de Hospitais de Pequeno Porte Rede de Atenção à Saúde
Natureza da Pesquisa	Descritiva quantitativa
Método de pesquisa	Survey Censitário
Unidade de análise	Hospitais de Pequeno Porte
Universo	3524 hospitais de pequeno porte brasileiros
Amostra	214 hospitais de pequeno porte localizados em Minas Gerais

Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

4 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Perfil assistencial e papel do HPP na RAS

Avaliando os dados da Tabela 08, verifica-se que 94% dos HPP atendem no pelo menos 01 clínica básica, 79% atendem em pelo menos 02 clinicas básicas, 62,7% atendem em pelo menos 03 clinicas básicas e 34,7% atendem em pelo nas 04 clinicas básicas. Quanto maior o rol de especialidades atendidas, maior a possibilidade de acesso do ponto de vista da multiplicidade de problemas de saúde da população do território. Muitas vezes a intervenção com tecnologias assistenciais simples e a possibilidade de vigilância e monitoramento do paciente por algumas horas é o suficiente para a solução do problema. Assim, casos cirúrgicos de menor complexidade e alguns agravos clínicos de adultos e crianças podem ser solucionados a contento ou estabilizados nessas unidades até que se realize a transferência para pontos de atenção de maior resolubilidade. Ocorre que se os HPP possuem até 49 leitos, quanto maior o número de clinicas atendidas menor o número de leitos e internações de cada clínica, o que remete novamente à discussão de escopo, escala e adiciona o componente qualidade. Comprovado está que a qualidade da atenção prestada em alguns procedimentos e especialidades está vinculada à frequência de sua realização. Parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. O exemplo mais citado é a cirurgia cardíaca (MENDES, 2011). No entanto a realização de procedimentos de cirurgia geral e obstétrica, o manejo do trabalho de parto e do parto, a pronta entubação de pacientes especialmente pediátricos exigem habilidades cuja prática mínima reduz a possibilidade de erros com óbitos ou outras complicações.

Tabela 08 - Número de especialidades das clínicas básicas atendidas pelos HPP. Minas Gerais, 2014

Região ampliada	Numero de HPP	Atende em pelo menos 01 clinica básica	Atende em pelo menos 02 clinicas básicas	Atende em pelo menos 03 clinicas básicas	Atende nas 04 clinicas básicas
Sul	20	100,00%	75,00%	55,00%	45,00%
Centro Sul	15	100,00%	80,00%	73,30%	40,00%
Centro	4	100,00%	75,00%	50,00%	50,00%
Jequitinhonha	11	100,00%	100,00%	90,90%	72,70%
Oeste	10	100,00%	100,00%	70,00%	30,00%
Leste	24	91,70%	87,50%	70,80%	25,00%
Sudeste	14	100,00%	71,40%	64,30%	21,40%
Norte	16	100,00%	75,00%	68,80%	25,00%
Noroeste	16	100,00%	100,00%	93,80%	62,50%
Leste do Sul	27	88,90%	55,60%	29,60%	14,80%
Nordeste	60	98,30%	83,30%	68,30%	40,00%
Triâng do Sul	21	85,70%	71,40%	47,60%	20,00%
Triâng do Norte	14	92,90%	64,30%	42,90%	28,60%
Total Minas Gerais	252	96,00%	79,00%	62,70%	34,70%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Cunha e Bahia (2014) apontam solução encontrada no Reino Unido e em alguns casos brasileiros que é fusão ou integração de serviços que produzem serviços similares. Denomina o movimento de “integração horizontal”. A integração horizontal tem levado a fechamentos de unidades de saúde pequenas e à fusão de unidades similares. Outra estratégia tem sido a captação de pacientes seja para a oferta de atenção ambulatorial, seja para atividades de proteção e promoção da saúde como alternativas à atenção hospitalar. Como exemplos podemos citar os Centros de Promoção da Saúde da UNIMED e o Hospital-Dia.

O compartilhamento da administração da clínica e gestão administrativo-financeira de HPP considerados necessários na RAS por organização de comprovada experiência e êxito no ramo pode ser uma alternativa. A utilização comum de serviços de apoio, o ganho em escala nas compras e contratações de serviços, o compartilhamento de equipes e requisitos de profissionalização da gestão trazem ganho de eficiência no ambiente interno dos hospitais. Essa modelagem poderia ocorrer associando intervenção na forma de redefinição de missão de um conjunto de hospitais, transformando-os em hospital de clínica médica, ou hospital cirúrgico e obstétrico considerando o suporte de centro cirúrgico e anestesistas necessário para ambas as especialidades. A contratualização desse complexo seria feita com clara definição do que são os compromissos assistenciais para um território definido e com regras de regulação, quantidade e qualidade a serem seguidas.

O atendimento em uma ou mais especialidades médicas caracteriza os hospitais especializados e hospitais gerais respectivamente. Além disso, os estabelecimentos de saúde possuem serviços que caracterizam a diversidade de modalidades de atenção que oferecem. A Tabela 09 demonstra que o percentual de HPP de Minas Gerais classificados como hospitais gerais é de 98%, com os maiores percentuais sendo das regiões ampliadas Jequitinhonha (75%), Norte (62,5%), e Oeste (56,3%). O hospital geral é caracterizado como aquele que atende mais de uma especialidade médica. Constituir-se como hospital geral era a tendência dos hospitais já em sua concepção independente do porte, salvo em exceções como maternidades, hospitais psiquiátricos e hospitais de doenças transmissíveis como tuberculose e hanseníase. Habitualmente os HPP são operados por profissionais médicos com perfil generalista e em pequena quantidade. A quantidade média de médicos por HPP no Brasil é de nove (09), sendo essa média de quinze (15) na região sudeste. (FACCHINI; BARBOSA, 2014).

A existência de Salas de Estabilização com os requisitos de equipe e estrutura propostos pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº 2388 de outubro de 2011, e com seu financiamento dentro da lógica de contratualização do HPP e não de forma desvinculada dos demais compromissos assistenciais, pode ser um caminho. Garantem o acolhimento e estabilização de pacientes para sua permanência no HPP ou para transferência para outro ponto de atenção de forma segura.

Já em relação à atenção especializada, observa-se que 41,4% dos HPP de Minas Gerais possuem ambulatorios de especialidades. A oferta de atenção especializada exige condições mínimas de investigação diagnóstica para que essa atenção não se restrinja à consulta médica, ou demanda tempo, deslocamento do usuário ou ainda descontinuidade do cuidado na falta de acesso a exames. O survey demonstrou que apenas 11,5% dos HPP de Minas Gerais contra 7,1% dos HPP do Brasil possuem o pacote mínimo de oferta de patologia clínica, radiologia simples, eletrocardiografia, ultrassonografia e endoscopia digestiva alta. Portanto, se 41,4% dos HPP de Minas Gerais possuem ambulatorios de especialidades questiona-se qual o grau de integralidade para este nível de atenção está sendo garantido.

A estratégia do Estado de Minas Gerais para o enfrentamento da demanda reprimida de atenção especializada ambulatorial é a criação dos Centros de Especialidades Médicas/CEM. Estão sendo concebidos com as diretrizes, dentre outras, de ter de abrangência regional, atuar em rede, ter toda a oferta disponibilizada para a regulação do acesso com base em protocolos clínicos, integralidade do cuidado dentro de seu nível de resolubilidade mesmo que para isso tenha que utilizar outros pontos de atenção sem perder a responsabilidade pelo usuário. (MINAS GERAIS, 2015) assim, os HPP que tiverem rol mínimo de oferta de atenção especializada podem se constituir como pontos de atenção dos CEM em sua área de abrangência.

Tabela 09 - Perfil assistencial dos HPP. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de saúde de MG	N	Hospital geral com PA	Hospital geral sem PA	Hospital especializado com PA	Hospital especializado sem PA	Hospital geral com PA e ambulatório de especialidades	Hospital geral sem PA e ambulatório de especialidades	Hospital especializado com PA e ambulatório de especialidades	Hospital especializado sem PA e ambulatório de especialidades
Centro	20	25,00%	0,00%	5,00%	0,00%	65,00%	0,00%	5,00%	0,00%
Centro sul	15	40,00%	0,00%	0,00%	0,00%	46,70%	13,30%	0,00%	0,00%
Jequitinhonha	4	75,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Leste	11	18,20%	0,00%	0,00%	0,00%	81,80%	0,00%	0,00%	0,00%
Leste do sul	10	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%	10,00%	0,00%	0,00%
Nordeste	24	41,70%	16,70%	0,00%	0,00%	33,30%	4,20%	4,20%	0,00%
Noroeste	14	28,60%	21,40%	0,00%	0,00%	7,10%	42,90%	0,00%	0,00%
Norte	16	62,50%	0,00%	0,00%	0,00%	25,00%	6,30%	6,30%	0,00%
Oeste	16	56,30%	12,50%	0,00%	0,00%	18,80%	12,50%	0,00%	0,00%
Sudeste	27	51,90%	0,00%	0,00%	0,00%	40,70%	7,40%	0,00%	0,00%
Sul	60	38,30%	11,70%	0,00%	0,00%	45,00%	5,00%	0,00%	0,00%
Triângulo do norte	21	9,50%	23,80%	0,00%	0,00%	38,10%	23,80%	0,00%	4,80%
Triângulo do sul	14	42,90%	14,30%	0,00%	0,00%	42,90%	0,00%	0,00%	0,00%
Minas Gerais	252	39,30%	9,50%	0,40%	0,00%	40,10%	9,10%	1,20%	0,40%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

A existência de Pronto Atendimento significa a intenção de acolher e assistir em tempo oportuno às urgências e emergências. No entanto a Tabela 10 demonstra que apenas 49,6% dos HPP de Minas Gerais, contra 29,1% dos HPP do Brasil, possuem parâmetros mínimos para o atendimento de urgência e emergência. A definição do parâmetro foi dada pela equipe do Ministério da Saúde incluindo a associação de equipe mínima de médico e enfermagem nas 24 horas com equipamentos de suporte avançado de vida. Se 81% dos HPP de Minas Gerais possuem Pronto Atendimento, mas apenas 49,6% possuem parâmetros mínimos para o atendimento de urgência e emergência, há um potencial risco de morte e sequelas por inadequação das condições para esse tipo de atendimento nos HPP.

Tabela 10 - Percentual de HPP que possuem parâmetros mínimos para estabilizar paciente em situação de urgência e emergência. Minas Gerais, 2014.

Macrorregião de saúde de MG	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais	Possui parâmetros mínimos de urgência e emergência	
	%	%	%	%	%	%	N
Centro	10,00%	15,00%	10,00%	10,00%	10,00%	55,00%	20
Centro sul	26,70%	13,30%	13,30%	13,30%	6,70%	73,30%	15
Jequitinhonha	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4
Leste	0,00%	27,30%	9,10%	18,20%	9,10%	63,60%	11
Leste do sul	0,00%	10,00%	10,00%	20,00%	10,00%	50,00%	10
Nordeste	0,00%	0,00%	8,30%	12,50%	4,20%	25,00%	24
Noroeste	0,00%	7,10%	7,10%	0,00%	7,10%	21,40%	14
Norte	0,00%	31,30%	25,00%	12,50%	6,30%	75,00%	16
Oeste	6,30%	18,80%	6,30%	31,30%	0,00%	62,50%	16
Sudeste	0,00%	14,80%	7,40%	7,40%	7,40%	37,00%	27
Sul	10,00%	8,30%	23,30%	8,30%	11,70%	61,70%	60
Triângulo do norte	19,00%	4,80%	0,00%	0,00%	0,00%	23,80%	21
Triângulo do sul	0,00%	7,10%	28,60%	7,10%	14,30%	57,10%	14
Minas Gerais	6,70%	11,50%	13,50%	10,30%	7,50%	49,60%	252

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Sobre a realização de internações obstétricas/realização de partos, a Tabela 11 informa que houve 32.151 internações obstétricas no ano de 2014 em 198 (68,04%) dos 291 HPP de Minas Gerais. A região ampliada Centro teve maior número (8.362) acompanhada respectivamente pelas regiões Norte (5.320) e Sul (4.088). Verifica-se que apenas os HPP da região ampliada Centro atingiu média de 01 (uma) internação obstétrica por dia por dia por hospital. A menor média anual de internações está nos HPP da região ampliada Sudeste.

Os estudos e experiências que subsidiam a formulação de políticas no âmbito do SUS para a humanização do parto e redução da mortalidade neonatal partem da premissa que a qualidade

da assistência obstétrica e neonatal depende de uma boa organização da rede de serviços que possa assegurar o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado. Isso exige a atuação em rede dos pontos de atenção, a vinculação da gestante a uma unidade e equipe de pré-natal e vinculação a uma unidade para a realização do parto e assistência à puérpera e recém-nascido evitando a peregrinação da gestante em busca de local para realização do parto. Exige o transporte seguro, garantia de referência e acolhimento em serviço de maior resolubilidade em caso de necessidade de ser referenciada (ANDRADE; LIMA, 2014). A atenção ao parto em regime hospitalar e a realização de partos por médicos e enfermeiros habilitados e o acesso às tecnologias de insumos e equipamentos não têm garantido a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materna e neonatal, o que é considerado um paradoxo perinatal (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010 apud DINIZ, 2009). Outro estudo realizado por Lansky et al (2014) sobre a mortalidade neonatal demonstrou que dentre os marcadores assistenciais e os relativos à organização do sistema de saúde a maior parte dos óbitos ocorreu em hospital do SUS, 50% dos recém nascidos com menos de 1.500g nasceram em hospital sem UTI neonatal, 23,3% das mães tiveram pré-natal inadequado com um risco de morte neonatal quatro vezes maior e cerca de 40% peregrinaram na hora do parto e não tiveram acompanhante durante a internação para o parto. Já o parto grama foi pouco utilizado para acompanhamento do trabalho de parto, seja entre os recém-nascidos que sobreviveram ou entre os que morreram. Assim a peregrinação da gestante em busca de vaga hospitalar na hora do parto e o nascimento crianças de risco em local inadequado aparecem como determinantes.

Se a atenção à gestante em trabalho de parto configura-se como uma urgência e devem receber atendimento imediato no serviço de saúde e os prematuros extremos devem nascer em hospital de maior complexidade, o movimento gestor deve ser o de qualificar o parto e nascimento de risco habitual em unidades descentralizadas e garantir a referência para unidades com estrutura e equipes qualificados para atender as gestantes e recém-nascidos de alto risco ou as complicações do risco habitual. A presença central e preponderante de profissionais médicos, principalmente obstetras e pediatras, não tem resultado em avanços significativos na melhoria dos indicadores de mortalidade e morbidade materna e perinatal no Brasil. A incorporação de enfermeiras obstetras, obstetrizes, educadores perinatais, psicólogos, e doutas na equipe assistencial é estratégia que pode suprir a constatação de que a atenção ao parto conduzida via de regra por médicos e enfermeiros não tem interferido

positivamente nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010 apud DINIZ, 2009).

A pesquisa de Facchini e Barbosa (2014) encontrou resultados que apontam que no Brasil apenas 41,4% dos hospitais possuem equipamentos mínimos de obstetrícia. Foi avaliado se as unidades pesquisadas contam simultaneamente com incubadora, berço aquecido e instalação para parto normal. Em Minas Gerais esse percentual foi de 69,8%. Não foi feita a análise de disponibilidade simultânea de médico ou enfermeiro nas 24 horas mais recursos de diagnoses e terapias como patologia clínica, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, incubadora e berço aquecido, o que reduziria ainda mais o percentual de conformidade para atenção obstétrica e neonatal no HPP.

A adequação da ambiência hospitalar com a criação de centros de parto normal e nesses espaços unificados para o pré parto, parto e puerpério/PPP mais a presença do acompanhante e outros dispositivos da humanização do parto aproximam a lógica da atenção hospitalar ao parto ao que seria o parto domiciliar, sua origem. Assim, uma potencialidade dos HPP está na transformação desses em referência para o parto de risco habitual. Os Centros de Parto Normal estão regulamentados pelo Ministério da Saúde e com regras específicas de financiamento através da Portaria GM/MS Nº 11 de janeiro de 2015.

Tabela 11 - Número de Autorizações de Internações Hospitalares/AIH obstétricas nos HPP.
Minas Gerais, 2014

MACRORREGIÃO	Nº de HPP que realizou internação obstétrica	Nº AIH obstétricas em HPP	Media de produção por HPP
Sul	50	4.088	81,8
Centro Sul	8	593	74,1
Centro	17	8.362	491,9
Jequitinhonha	3	291	97
Oeste	15	2.239	149,3
Leste	14	2.147	153,4
Sudeste	17	1.125	66,2
Norte	16	5.320	332,5
Noroeste	10	1.556	155,6
Leste do Sul	7	514	73,4
Nordeste	20	2.701	135,1
Triâng do Sul	8	1.053	131,6
Triâng do Norte	13	2.162	166,3
TOTAL	198	32.151	162,4

Fonte: DATASUS, 2014.

Resguardados os requisitos de segurança e qualidade, um grau mínimo de eficiência esperado para esse porte de hospitais conforme já discutido nessa tese, e dentro de um desenho regional da atenção hospitalar o HPP pode se constituir como hospital geral, hospital especializado dedicado a uma só clínica possuir unidade de cuidados continuados, possuir ou não um pronto atendimento, fazer ou não fazer partos, constituir-se como ponto de atenção dos CEM, atender usuários de álcool e outras drogas, realizar cirurgias eletivas, e ainda ser referência para diagnoses de média complexidade, no mínimo a patologia clínica, radiologia simples e realização de eletrocardiogramas para a atenção básica, contribuindo para que essa seja resolutiva. Pode combinar modalidades de atenção constituindo combos com componentes integrados entre si e integrados à RAS conforme necessidade do território. Muitas modalidades assistenciais já têm políticas de financiamento previstas pelo Ministério

da Saúde como os Centros de Parto Normal, a unidade de cuidados continuados e os leitos de saúde mental.

Sobre a categoria Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária/ICSAP, já em 1993, Billings et al (1993) desenvolveram o indicador de ICSAP para avaliar a eficiência da atenção primária, e Alfradique et al (2009) desenvolveram a lista brasileira das internações por essas condições. A lista exclui os partos por abranger parte da população feminina e o sofrimento mental devido às peculiaridades das internações psiquiátricas e o grau de criação de serviços substitutivos. Os limites colocados estão nas fontes de registro da AIH podendo haver sub-registro ou inadequação desse e internações além da necessidade de saúde por motivos de faturamento. Além disso, os autores ressaltam as internações inapropriadas como fator crítico na construção da lista de ICSAP. Conforme já demonstrado em capítulo anterior os HPP de Minas Gerais realizam em média 38,65% de ICSAP contra 18,83% da média de hospitais do Estado. Se nesses hospitais está concentrado o maior percentual dessas internações espera-se que dentro de seu número de leitos a capacidade plena de internações com esse perfil para residentes do município de localização do HPP seja preenchida. Ocorre que ao analisar a Tabela 12, verificamos que o percentual de 60% de ocupação preconizado por Jones (2011) para esse porte de hospitais somente foi preenchido por 02 de um total de 18 HPP da região ampliada de saúde Norte de Minas Gerais escolhida como amostra para análise dessa categoria. Todos os municípios de localização dos HPP tiveram residentes internados em outros hospitais por ICSAP. Ora, se baixas taxas de ocupação estão sendo praticadas e houve exportação de pacientes para internações em outros municípios por ICSAP fizemos o cálculo do que seria o potencial aumento de internações para se chegar a 60% de internações em cada HPP. Se esse número de internações potenciais é maior que o número de ICSAP em outros municípios, então o HPP não tem sido suficiente nem para comportar a totalidade desse tipo de internações. Verifica-se que dos 18 hospitais, apenas 03 não teriam capacidade em número de leitos para abrigar as ICSAP realizadas em outros municípios. Os demais 15 hospitais teriam essa capacidade e com grande margem de diferença. Caberia investigar que fatores estão determinando essas internações em outros municípios - deficiência quantitativa de equipe e estrutura nos HPP de origem? Diferencial entre complexidade dos casos e resolubilidade do HPP de origem? Disfunções na regulação do acesso? Podemos deduzir que se altas taxas de ICSAP são consequência de ineficiência da atenção primária e torna fato essa modalidade de internação, a incapacidade do HPP de

atender as ICSAP de seu território é também uma consequência de sua ineficiência? Muitas vezes trata-se de diagnósticos com perfil de gravidade que exige maior resolubilidade do hospital, o que inexistente na maioria dos HPP. Compromete um questionável papel que a ele poderia ser atribuído evitando a migração de ICSAP para unidades mais resolutivas?

Tabela 12 - Taxa de ocupação dos HPP, número de internações de residentes do município de localização do HPP por ICSAP e número de internações de residentes do município de localização do HPP por ICSAP em outros hospitais. Região ampliada de Saúde Norte de Minas Gerais, 2014

Local do HPP	Nº HPP	Taxa de ocupação do HPP - média mensal	Total de AIH ano no HPP	Internações de residentes do município por ICSAP no HPP	Internações de residentes do município por ICSAP em outros hospitais	Nº estimado de AIH para alcançar 60% de taxa de ocupação	Diferença oferta potencial adicional de internações - ICSAP realizadas em outros HPP	
311270	Capitão Enéas	1	22%	56	38	86	100	14
311880	Coração de Jesus	1	55%	1.720	250	86	149	63
312430	Espinosa	1	45%	1.589	800	104	544	440
313210	Itacarambi	1	18%	502	101	31	1.131	1100
313505	Jaíba	1	34%	668	237	87	502	415
313510	Janaúba	1	98%	3.437	82	780	(-1.323)	-
313930	Manga	1	38%	2.064	239	26	1.237	1211
314200	Mirabela	1	45%	1.295	269	44	438	394
314270	Montalvânia	1	22%	1.273	649	44	2.127	2083
314290	Monte Azul	1	63%	2.218	211	54	(-94)	-
314330	Montes Claros	1	37%	955	10	6.439	594	-
315560	Rio Pardo de Minas	1	32%	1.407	435	114	1.259	1145
316240	São João da Ponte	1	39%	1.165	351	66	638	572
316420	São Romão	1	14%	174	64	29	590	561
317052	Urucuia	1	11%	414	36	1	1.769	1768
317080	Várzea da Palma	1	52%	1.803	311	68	267	199
317090	Varzelândia	1	27%	692	325	34	834	800
	Total	18		21.432	4.408	8.093		

Fonte: DATASUS, 2016.

Na categoria HPP como campo de práticas de ensino e educação permanente verificamos na Tabela 13 que enquanto quase metade dos hospitais declaram constituir-se como campo de estágio para ações de ensino de nível médio (49,6%) com destaque para a região ampliada Leste (72,7%), esses percentuais caem bastante na oferta de estágio para cursos de graduação na área da saúde (média estadual de 26,6%), com percentuais similares entre as regiões ampliadas, com exceção das regiões Centro Sul e Sudeste que têm percentuais proporcionais à metade da oferta das demais.

Em relação às vagas para residências médicas, o percentual é muito pequeno (média estadual de 4,4%) com hospitais de cinco regiões ampliadas declarando que não ofertam vagas para estágio (Tabela 13). Trata-se de fator estratégico para a implementação do Programa Mais Médicos, considerando que as normativas que definem requisitos mínimos para a abertura e manutenção de cursos de medicina estabelecem 05 leitos hospitalares para cada aluno em distância máxima razoável para que o aluno não tenha dificuldades de se deslocar para chegar ao campo de estágio. Em 2015 os HPP de Minas Gerais significavam um total de 6.218 leitos. Há um potencial de leitos a serem qualificados para alguns HPP se constituírem como campos de estágios, desde que possuam requisitos mínimos para a atenção em especialidades básicas. Hoje o cálculo é linear com consulta ao CNES do território/região de abrangência da instituição formadora.

Observa-se também um distanciamento entre o município e os HPP no que se refere ao compartilhamento de ações de educação permanente (média de 35,3% no Estado, com destaque para os 100% da região ampliada de saúde Centro e os 8,3% da região ampliada de saúde Sudeste).

Os dados encontrados demonstram ser frágil a participação dos HPP na formação e qualificação de profissionais de saúde. Fatores como as condições de estrutura, habilidades e disponibilidade dos profissionais dos HPP para preceptoria e principalmente a ainda concentração de oferta de campos de estágio em centros urbanos maiores podem explicar o achado.

Espera-se que os COAPES, a definição de papéis na RAS e qualificação de parte dos HPP e a interiorização do ensino consigam alterar essa realidade.

Tabela 13 - Percentual de oferta de vagas para residência médica, estágios de nível superior, estágio de nível médio e compartilhamento de ações de educação permanente com os HPP de Minas Gerais, 2014

Região ampliada	Numero de HPP	O hospital oferta vagas para programas de residência médica	O hospital oferta vagas para estágios de cursos de graduação	O hospital oferta vagas para estágios de nível médio	Desenvolve ações de educação permanente conjuntamente com o município
Sul	20	15,00%	30,00%	55,00%	35,00%
Centro Sul	15	6,70%	13,30%	53,30%	26,70%
Centro	4	0,00%	25,00%	50,00%	100,00%
Jequitinhonha	11	9,10%	27,30%	72,70%	36,40%
Oeste	10	10,00%	20,00%	40,00%	40,00%
Leste	24	4,20%	29,20%	37,50%	37,50%
Sudeste	14	14,30%	35,70%	50,00%	8,30%
Norte	16	0,00%	31,30%	50,00%	31,30%
Noroeste	16	6,30%	18,80%	25,00%	13,30%
Leste do Sul	27	0,00%	14,80%	37,00%	29,60%
Nordeste	60	0,00%	31,70%	61,70%	43,30%
Triâng do Sul	21	0,00%	28,60%	47,60%	42,90%
Triâng do Norte	14	7,10%	28,60%	50,00%	35,70%
Total	252	4,40%	26,60%	49,60%	35,30%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

4.2. Atuação do HPP em Rede

A primeira categoria de análise considerada deve ser a participação dos HPP de Minas Gerais nas redes temáticas, nos termos das normativas ministeriais. Seguindo a concepção original das normativas ministeriais um HPP não é inserido na Rede de Urgência e Emergência/RUE nem como porta de entrada nem com leitos de retaguarda já que não possui os requisitos de resolubilidade desses componentes da RUE (BRASIL, 2011). Restaria ao HPP constituir-se como unidade de estabilização de casos graves conforme já abordado. Já na Rede Cegonha o HPP que se aproxime de 49 leitos pode se qualificar como maternidade para atender o alto risco dependendo da população de abrangência e do atendimento de requisitos de estrutura e equipe. O HPP pode ter módulos de 05 ou 10 leitos de saúde mental nos termos da normativa ministerial. Pode também criar Unidade de Cuidado Continuado atuando em rede e de forma regulada como retaguarda para hospitais que necessitam de maior giro de leitos. A tabela 14 demonstra o percentual de participação dos HPP na Rede de Urgência e Emergência e na Rede Cegonha prioritárias em MG, no ano de 2015. Dos 191 hospitais contemplados, são 64 (39,7%) com até 49 leitos.

Tabela 14 - Participação dos HPP na Rede de Urgência e Emergência e na Rede Cegonha - programas estaduais- Minas Gerais, 2015

Tipo	Nº hospitais	Nº de HPP envolvidos
Rede Resposta	163	63
PRO Urge	10	1
Rede Cegonha	18	0
Total	191	64

Fonte: MINAS GERAIS, 2015.

A categoria regulação do acesso foi analisada em relação às internações hospitalares e em relação à regulação das portas de entrada de urgência pelo SAMU. Em Minas Gerais existem 13 centrais regionais de regulação das internações hospitalares operadas pela SES- MG através de uma coordenação médica, médicos reguladores e profissionais administrativos. Contam com o sistema informatizado de regulação – SUS Fácil e todas as internações são mediadas por essas centrais.

No entanto, o processo de regulação ocorre efetivamente quando a porta de entrada hospitalar de urgência não tendo mais capacidade de internar o paciente no próprio hospital solicita a mediação da central para realizar a transferência, ou quando o paciente está em cuidado pré-hospitalar com indicação precisa para ser internado sem passar por uma porta de entrada da urgência, ou em situação de transferência inter-hospitalar. Grande parte das internações ocorrem na unidade onde está localizada a porta de entrada da urgência com processo regulatório sendo feito de fato, pela própria equipe do hospital. Ou seja, a solicitação de numeração para o laudo sem o qual não seria emitida uma AIH é feita após decisão tomada da ocupação do leito. Isso ocorre também em situações de transferências inter unidades. A ocupação dos leitos nem sempre ocorre dentro de uma classificação de gravidade de casos que levem a uma escala de prioridade para sua ocupação.

A regulação do acesso sofre interferências de interesses político-clientelistas, de necessidades do ensino, e é determinado pelos processos de trabalho de todos que participam de forma direta ou indireta da liberação de um leito para ser ocupado e da disponibilidade de profissionais para acolher e admitir o paciente. Adicionam-se a esses fatores o crescente número de internações por ordens judiciais. Assim, o relato de que 97,7% de 176 HPP têm as internações reguladas demonstrado pela Tabela 15 não corresponde em sua totalidade à regulação pautada pelas necessidades do usuário baseada em protocolos e dimensionamento oferta versus demanda para definição de prioridades a serem seguidas. A SES MG como operadora do complexo regulador tem pouca governabilidade sobre os hospitais, considerando que a grande maioria dos hospitais e leitos mais qualificados estão sob gestão municipal sendo contratados pelos municípios.

Alternativas previstas na Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.236, de 09 de dezembro de 2015 estão sendo construídas para reverter esse quadro como a cogestão das Centrais de Regulação entre a SES e o município sede da central, via de regra a sede da região ampliada de saúde e a criação de câmaras técnicas de regulação/comitês gestores de regulação nas CIRA com o objetivo de compartilhar a responsabilidade pela gestão dos leitos com quem os contrata e monitorar o sua efetiva ocupação de forma regulada. No âmbito de cada unidade hospitalar estratégica está sendo criada a função do Gestor de Contrato que terá o papel de conhecer in loco o comportamento da oferta e de sua disponibilização para a regulação, além de outras funções inerentes ao monitoramento do cumprimento dos contratos de prestação de ações e serviços de saúde (MINAS GERAIS, 2015)

Tabela 15 - Percentual de internações dos HPP que são reguladas. Minas Gerais, 2014

O hospital atua sob regulação de Internação?							
Total de leitos de cada estabelecimento em faixas							
Macrorregião de saúde de MG	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais	O hospital atua sob regulação de Internação?	
	%	%	%	%	%	%	N
Centro	33,30%	8,30%	41,70%	8,30%	8,30%	100,00%	12
Centro sul	46,20%	7,70%	23,10%	15,40%	7,70%	100,00%	13
Jequitinhonha	0,00%	33,30%	33,30%	0,00%	33,30%	100,00%	3
Leste	0,00%	55,60%	11,10%	33,30%	0,00%	100,00%	9
Leste do sul	14,30%	14,30%	28,60%	14,30%	14,30%	85,70%	7
Nordeste	8,30%	12,50%	29,20%	16,70%	33,30%	100,00%	24
Noroeste	66,70%	0,00%	0,00%	0,00%	33,30%	100,00%	3
Norte	6,30%	31,30%	37,50%	12,50%	6,30%	93,80%	16
Oeste	0,00%	25,00%	0,00%	25,00%	25,00%	75,00%	4
Sudeste	4,50%	22,70%	40,90%	13,60%	18,20%	100,00%	22
Sul	18,40%	18,40%	39,50%	7,90%	15,80%	100,00%	38
Triângulo do norte	35,70%	35,70%	14,30%	7,10%	7,10%	100,00%	14
Triângulo do sul	0,00%	18,20%	36,40%	9,10%	27,30%	90,90%	11
Minas Gerais	16,50%	21,00%	31,30%	12,50%	16,50%	97,70%	176

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Em Minas Gerais as regiões ampliadas de saúde que possuem maiores coberturas em número de municípios são as que já tiveram a regionalização do SAMU. São elas as regiões Jequitinhonha, Nordeste, Sul, Centro Sul, Sudeste e Norte. Há atuação do SAMU em municípios de forma isolada, estando hoje o Estado de Minas Gerais com cobertura de 66,85% da população total. A grade de referência da urgência exige portas de entrada qualificadas para no mínimo estabilizar pacientes com quadro clínico crítico. Apesar da integração das portas de entrada da urgência serem reguladas pelo SAMU ser um dos requisitos da rede de urgência e emergência, deparamo-nos com o dado da Tabela 16 de que somente 26,7% são referência para o SAMU. Se 81% dos HPP possuem pronto atendimento e trata-se de percentual muito baixo atuando sob regulação do SAMU. Vale lembrar que já constatamos anteriormente que apenas 49,6% de todos os HPP entrevistados possuem condições mínimas para atender urgência e emergência.

Isso reforça a necessidade de estruturar unidades e capacitar equipes principalmente em regiões remotas onde o HPP tiver como missão acolher e estabilizar pacientes mais graves, que esse possa se constituir como referência segura ancorada em suporte qualificado de transporte sanitário, como por exemplo o aeromédico, onde esse se fizer necessário.

Tabela 16 - Percentual de porta de entrada do HPP sob regulação do SAMU 192. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de saúde de MG	Total de leitos de cada estabelecimento em faixas					O HPP atua sob central de regulação de Urgências SAMU 192?	
	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais	%	N
	%	%	%	%	%	%	N
Centro	8,30%	0,00%	8,30%	0,00%	0,00%	16,70%	12
Centro sul	46,20%	7,70%	15,40%	7,70%	7,70%	84,60%	13
Jequitinhonha	0,00%	33,30%	33,30%	0,00%	33,30%	100,00%	3
Leste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	9
Leste do sul	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	7
Nordeste	0,00%	0,00%	16,70%	8,30%	12,50%	37,50%	24
Noroeste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3
Norte	6,30%	31,30%	12,50%	12,50%	0,00%	62,50%	16
Oeste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4
Sudeste	0,00%	0,00%	13,60%	9,10%	9,10%	31,80%	22
Sul	2,60%	0,00%	0,00%	0,00%	2,60%	5,30%	38
Triângulo do norte	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14
Triângulo do sul	0,00%	0,00%	18,20%	0,00%	9,10%	27,30%	11
Minas Gerais	5,10%	4,00%	8,50%	4,00%	5,10%	26,70%	176

Fonte: FRANCHINI; BARBOSA, 2014.

O termo compartilhamento de profissionais entre pontos de atenção da rede contém significado relacionado ao percurso percorrido pelos profissionais em relação ao percurso do usuário com vistas à possibilidade de acompanhamento desse pelo mesmo profissional em pontos diversos da rede. A Tabela 17 demonstra o percentual de compartilhamento de profissionais pelos HPP com a atenção básica ou outros pontos de atenção da RAS. Observe-se que o maior percentual está na categoria médica (65,6%) seguido de profissionais enfermeiros e profissionais de nível médio. Os resultados demonstram que na categoria médica ocorre no mínimo a atuação simultânea em mais de um ponto de atenção em

percentual significativo, não significando necessariamente correlação com o percurso do usuário. No caso da categoria médica esse percentual pode se referir mais à multiplicidade de vínculos autorizada e legitimada. O percentual encontrado em relação a profissionais de enfermagem e profissionais de nível médio é menos da metade do percentual de profissionais médicos, o que pode significar reflexos do mercado das profissões da área da saúde (MACHADO, 2008). Profissionais enfermeiros e profissionais de nível médio tendem a ter vínculo único em proporção maior que os profissionais médicos, tanto em função da oferta de postos de trabalho quanto em função de cargas horárias praticadas. A grande maioria dos HPP está em municípios com apenas 01 hospital restando a possibilidade de o compartilhamento ocorrer com unidades ambulatoriais especialmente com a atenção básica.

A indução do compartilhamento de profissionais dentro do mesmo vínculo empregatício ou com vínculos diferentes poderia se constituir em alternativa para o enfrentamento transitório da escassez de mão de obra. Mas as possibilidades de continuidade do cuidado, fortalecimento do vínculo e a responsabilização seriam os resultados mais esperados. Para isso iniciativas como a colocada pela Política Nacional de Atenção Básica teriam que ser potencializadas em contratos de trabalho que avancem em compromissos assistenciais nos diversos pontos de atenção e não somente no compartilhamento de carga horária de um profissional entre esses pontos de atenção.

Tabela 17 - Percentual de compartilhamento de profissionais médicos, enfermeiros e de nível médio do HPP com a atenção básica ou outros pontos da rede. Minas Gerais, 2014

Região ampliada	Numero de HPP	O HPP compartilha profissionais médicos com a atenção básica ou outros pontos da rede	O HPP compartilha profissionais enfermeiros com a atenção básica ou outros pontos da rede	O HPP compartilha profissionais de nível médio com a atenção básica ou outros pontos da rede
Sul	20	60,00%	25,00%	50,00%
Centro Sul	15	80,00%	40,00%	35,70%
Centro	4	100,00%	100,00%	100,00%
Jequitinhonha	11	45,50%	18,20%	18,20%
Oeste	10	80,00%	30,00%	20,00%
Leste	24	58,30%	21,70%	29,20%
Sudeste	14	61,50%	15,40%	15,40%
Norte	16	100,00%	25,00%	18,80%
Noroeste	16	50,00%	12,50%	6,30%
Leste do Sul	27	48,10%	29,60%	14,80%
Nordeste	60	71,70%	43,30%	40,00%
Triâng do Sul	21	57,10%	38,10%	28,60%
Triâng do Norte	14	71,40%	28,60%	28,60%
Total	252	65,60%	31,60%	29,60%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Para se constituir como unidade hospitalar a Resolução de Diretoria Colegiada/RDC N° 50 (ANVISA, p. 27, 2002) preconiza que os estabelecimentos de saúde devem “*prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas*”. Considerando a realidade de estrutura dos HPP escolhemos a existência simultânea de patologia clínica, radiologia simples e eletrocardiograma como recursos mínimos de diagnose para os HPP. Trata-se de recursos simples de diagnose do ponto e vista tecnológico e de custos e que trazem a resolubilidade mínima exigida para a investigação da maioria dos agravos.

A Tabela 18 demonstra que apenas 50% dos HPP entrevistados preenchem esse requisito. A situação mais crítica encontrada está na região ampliada Triângulo Norte com apenas 5% de conformidade. Esse achado corrobora outros relacionados à estrutura que demonstram deficiências dos HPP, no caso, em sua resolubilidade interna. Na proposta já aventada dos HPP se constituírem como apoio para tornar a atenção básica resolutiva essa seria uma lacuna. Metade dos HPP não conseguiria oferecer esse rol mínimo de exames para as unidades básicas de saúde.

Tabela 18 - Percentual de HPP que possuem simultaneamente radiologia simples, CG e patologia clínica. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de saúde de MG	Possui simultaneamente Radiologia + ECG + patologia	
	N	Média %
Centro	20	55,00%
Centro sul	15	67,00%
Jequitinhonha	4	25,00%
Leste	11	64,00%
Leste do sul	10	40,00%
Nordeste	24	63,00%
Noroeste	14	36,00%
Norte	16	44,00%
Oeste	16	88,00%
Sudeste	27	48,00%
Sul	60	52,00%
Triângulo do norte	21	5,00%
Triângulo do sul	14	50,00%
Minas Gerais	252	50,00%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

O objetivo da Unidade de Terapia Intensiva/UTI é recuperar ou manter as funções fisiológicas normais do paciente, através do uso de monitorização contínua dos sinais vitais e suporte medicamentoso ou mesmo mecânico para a recuperação de insuficiências orgânicas. Enquanto são mantidas as funções fisiológicas o paciente se mantém vivo e em condições recuperáveis de suas insuficiências orgânicas, a homeostase do paciente se restabelece e, aos poucos, permite-se que se retire o oferecido suporte avançado de vida (PEREIRA JÚNIOR, 1999). Portanto, a UTI é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos por meio da atuação de equipe multidisciplinar especializada com equipamentos, medicamentos e insumos adequados.

De 2002 a 2015 o Ministério da Saúde fez o cálculo do número de leitos de UTI necessários em dado território como sendo de 4 a 10% dos leitos gerais existentes (BRASIL, 2002). A partir de 2015, com a publicação da nova portaria de parâmetros assistenciais (BRASIL, 2015) o número de leitos necessário em cada município ou região levará em conta a proporção esperada de internações em UTI por tipo de leito geral, as medias de permanência e taxas de ocupação preconizadas. Apesar da indução de ativação e habilitação de leitos ocorrida especialmente do ano de 2011 em diante, o Brasil tem déficit de leitos de UTI, não sendo diferente a situação em Minas Gerais.

Verifica-se na Tabela 19 que apenas 2,0% dos HPP de Minas Gerais possuem leitos de UTI para adultos. Isso significa que apenas 05 dos 252 hospitais entrevistados possuem leitos de UTI para adultos. Desses, apenas 01 hospital está na faixa de até 49 leitos. Do ponto de vista de resolubilidade esse é fator crítico, já que os HPP em geral não têm condição de cuidar de pacientes críticos. Assim, não podem ser referência para pacientes com quadro clínico mais complexo ou que tenham potencial de agravamento.

Tabela 19 - Percentual de HPP que possuem possui leitos de UTI. Minas Gerais, 2014

Possui leito de UTI adulto								
Macrorregião de saúde de MG	Total de leitos de cada estabelecimento em faixas						Possui leito de UTI adulto	N
	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais			
	%	%	%	%	%	%		
Centro	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	20	
Centro sul	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	15	
Jequitinhonha	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4	
Leste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	11	
Leste do sul	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10	
Nordeste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,20%	4,20%	24	
Noroeste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14	
Norte	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	16	
Oeste	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	16	
Sudeste	0,00%	0,00%	3,70%	0,00%	3,70%	7,40%	27	
Sul	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	60	
Triângulo do norte	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,80%	4,80%	21	
Triângulo do sul	0,00%	0,00%	0,00%	7,10%	0,00%	7,10%	14	
Minas Gerais	0,00%	0,00%	0,40%	0,40%	1,20%	2,00%	252	

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Associado aos requisitos de estrutura eleitos, avaliamos o percentual de HPP que possuem médicos e enfermeiros nas 24 horas do dia e nos 07 dias da semana. O tempo resposta para o atendimento médico de uma situação de emergência é fator crítico de sucesso para a redução da mortalidade. Escalas incompletas ou escalas de sobreaviso sem a garantia de tempo resposta adequado reduzem a resolubilidade e trazem riscos assistenciais. A presença do enfermeiro como coordenador e supervisor de toda a organização do processo de trabalho da unidade traz diferencial de qualidade. Constata-se que apenas 61,9% dos HPP da amostra contam com esses profissionais de forma presencial em todo o período de funcionamento do

hospital. A região ampliada Jequitinhonha tem o percentual mais baixo com 25% de conformidade (Tabela 20).

Tabela 20 - Percentual de HPP que contam com profissionais médicos e enfermeiro nas 24 horas do dia e 07 dias da semana. Minas Gerais, 2014

Possui médico e enfermeiro 24h/dia e 7d/semana							
Macrorregião de saúde de MG	Total de leitos de cada estabelecimento em faixas					Possui médico e enfermeiro 24h/dia e 7d/semana	
	Entre 0 e 19 leitos	Entre 20 e 29 leitos	Entre 30 e 39 leitos	Entre 40 e 49 leitos	50 leitos ou mais	%	N
	%	%	%	%	%		
Centro	15,00%	20,00%	25,00%	10,00%	10,00%	80,00%	20
Centro sul	33,30%	13,30%	20,00%	13,30%	6,70%	86,70%	15
Jequitinhonha	0,00%	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	25,00%	4
Leste	0,00%	27,30%	9,10%	27,30%	9,10%	72,70%	11
Leste do sul	0,00%	20,00%	10,00%	20,00%	20,00%	70,00%	10
Nordeste	0,00%	0,00%	16,70%	12,50%	12,50%	41,70%	24
Noroeste	14,30%	7,10%	7,10%	0,00%	7,10%	35,70%	14
Norte	6,30%	31,30%	25,00%	12,50%	6,30%	81,30%	16
Oeste	6,30%	18,80%	6,30%	31,30%	0,00%	62,50%	16
Sudeste	3,70%	14,80%	11,10%	7,40%	11,10%	48,10%	27
Sul	15,00%	8,30%	25,00%	8,30%	11,70%	68,30%	60
Triângulo do norte	19,00%	19,00%	0,00%	0,00%	0,00%	38,10%	21
Triângulo do sul	7,10%	14,30%	35,70%	7,10%	14,30%	78,60%	14
Minas Gerais	10,70%	13,90%	17,50%	10,70%	9,10%	61,90%	252

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

A Tabela 21 demonstra que em relação aos motivos de alta dos HPP em comparação com os demais hospitais de Minas Gerais os dados sugerem:

- (i) o maior percentual encontrado nos HPP e demais hospitais é referente ao motivo de alta “melhorado”. Sugere que o paciente está permanecendo no hospital até ser estabilizado, continuando seu tratamento em regime ambulatorial.

- (ii) os percentuais de alta curado e alta melhorado nos HPP é maior que nos demais hospitais, sugerindo que o perfil de morbidade dos HPP é de muito baixa gravidade dando essa possibilidade de melhorar ou curar o paciente em percentual maior do que nos demais hospitais.

- (iii) o percentual de altas por óbito é maior nos demais hospitais do que nos HPP, o que também pode ser explicado pelo perfil de morbidade dos pacientes que se internam nos HPP e pela transferência do paciente em caso de agravamento.

- (iv) o percentual de altas por transferência nos HPP é maior do que nos demais hospitais devido à sua baixa resolubilidade em termos de estrutura e equipe.

Tabela 21 - Percentual de motivos de alta nos HPP e nos demais hospitais. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de saúde de MG	% alta por cura		% alta melhorado		% alta por transferência		% Óbito		% alta por outros motivos		% Total	
	HPP	Demais Hospitais	HPP	Demais Hospitais	HPP	Demais Hospitais	HPP	Demais Hospitais	HPP	Demais Hospitais	HPP	Demais Hospitais
Sul	2,70%	1,40%	76,50%	69,50%	3,60%	1,60%	3,80%	5,10%	1,80%	9,80%	100,00%	100,00%
Centro Sul	7,00%	3,00%	72,50%	62,70%	5,60%	2,30%	3,70%	4,60%	1,10%	14,40%	100,00%	100,00%
Centro	3,90%	1,50%	56,40%	59,90%	3,20%	3,90%	1,70%	3,90%	3,50%	17,40%	100,00%	100,00%
Jequitinhonha	9,10%	0,30%	77,10%	73,30%	1,70%	4,60%	1,70%	3,90%	1,80%	2,10%	100,00%	100,00%
Oeste	5,20%	0,20%	69,00%	70,80%	5,50%	3,40%	3,50%	4,80%	1,10%	7,30%	100,00%	100,00%
Leste	10,40%	0,50%	75,80%	66,20%	0,90%	3,70%	1,10%	5,10%	0,90%	8,70%	100,00%	100,00%
Sudeste	5,70%	2,90%	75,20%	62,90%	5,10%	3,00%	3,50%	4,90%	2,20%	15,90%	100,00%	100,00%
Norte	4,30%	1,20%	66,00%	66,30%	2,70%	2,80%	1,40%	4,70%	1,30%	7,20%	100,00%	100,00%
Noroeste	5,80%	11,60%	72,40%	45,00%	2,70%	2,70%	1,30%	5,30%	0,70%	14,80%	100,00%	100,00%
Leste do Sul	4,00%	0,10%	85,60%	73,50%	1,10%	2,90%	1,60%	4,70%	0,80%	3,10%	100,00%	100,00%
Nordeste	5,60%	0,90%	71,70%	65,40%	2,70%	3,30%	3,30%	3,70%	4,40%	4,10%	100,00%	100,00%
Triângulo do Sul	4,10%	8,70%	70,80%	51,70%	4,60%	1,30%	1,40%	5,40%	7,70%	20,20%	100,00%	100,00%
Triângulo do Norte	4,00%	0,10%	67,70%	43,60%	13,70%	0,90%	3,10%	4,70%	2,90%	39,80%	100,00%	100,00%
Minas Gerais	5,00%	1,80%	70,50%	62,50%	4,40%	3,00%	2,50%	4,50%	2,50%	14,30%	100,00%	100,00%

Fonte: DATASUS, 2014.

A aplicação dos protocolos de segurança do paciente tem bons percentuais de aplicação nos HPP. Segundo as declarações do diagnóstico censitário 75,54% dos HPP fornecem orientações sistemáticas sobre identificação do paciente, 90,42% adotam medidas de prevenção de úlceras de pressão, e 82,99% adotam medidas de prevenção de quedas de pressão (Tabela 22). Considerando ainda incipiência do Programa Nacional de Segurança do Paciente em hospitais de maior porte, resta saber se a resposta positiva em percentuais tão elevados não se configura como uma omissão da realidade por motivos diversos.

Tabela 22 - Percentual de HPP que utilizam protocolos de identificação do paciente, prevenção de úlceras por pressão e prevenção de quedas. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de Saúde de MG	Fornecer orientações sistemáticas sobre identificação do paciente (taxa de conformidade)		Adota medidas para a prevenção de úlceras por pressão (taxa de conformidade)		Adota ações para a prevenção de quedas (taxa de conformidade)	
	N	Média	N	Média	N	Média
Centro	20	66,07	20	88,571	20	85,714
Centro sul	15	77,14	15	100	15	83,81
Jequitinhonha	4	50	4	100	4	92,857
Leste	11	87,66	11	100	11	90,909
Leste do sul	10	82,86	10	100	10	85,714
Nordeste	24	79,76	24	97,619	24	77,381
Noroeste	14	79,56	14	38,776	14	66,327
Norte	16	79,46	16	87,5	16	68,75
Oeste	16	75	16	84,821	16	82,143
Sudeste	27	70,63	27	89,418	27	93,651
Sul	60	77,62	60	98,333	60	85,476
Triângulo do norte	21	65,31	21	83,673	21	80,952
Triângulo do sul	14	80,61	14	92,857	14	82,653
Minas Gerais	252	75,54	252	90,42	252	82,993

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

A análise do estudo de espacialização tendo como base o tempo de deslocamento de um HPP até uma unidade de terapia intensiva para adultos em Minas Gerais demonstrou que 33,33% dos HPP entrevistados está a mais de 1 hora e meia (cerca de 90 Km) de tempo de deslocamento para chegar a um hospital com UTI para adultos (Tabela 23).

Esse tempo de deslocamento de forma isolada já não é desejável conforme já abordado em capítulo anterior. Se associado ao baixo percentual de unidades sem condições para estabilizar pacientes em situação de urgência e emergência agrava mais a situação de risco para os pacientes. A associação dos dois fatores não foi objeto desse estudo.

Tabela 23 - Tempo médio de deslocamento entre o HPP e um hospital com UTI tipo II ou III adulto. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de Saúde de MG	Menos de 1 hora e meia	Mais de 1 hora e meia
Centro	50,00%	50,00%
Centro sul	80,00%	20,00%
Jequitinhonha	50,00%	50,00%
Leste	27,27%	72,73%
Leste do sul	70,00%	30,00%
Nordeste	29,17%	70,83%
Noroeste	35,71%	64,29%
Norte	43,75%	56,25%
Oeste	75,00%	25,00%
Sudeste	70,37%	29,63%
Sul	96,67%	3,33%
Triângulo do norte	76,19%	23,81%
Triângulo do sul	71,43%	38,57%
Total Geral	66,67%	33,33%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

A Tabela 24 demonstra que o percentual de HPP que estão a mais de uma hora de deslocamento em relação a alguma maternidade que realiza mais de 1000 partos ao ano foi de 40,87%. Não foram selecionados apenas os HPP que realizam internações obstétricas (68,04 % dos HPP em 2014), mas todo o universo desses hospitais. Trata-se de percentual muito elevado para esse tempo de deslocamento considerando que poucos minutos são decisivos para a sobrevivência da mãe ou da criança intra-útero ou ainda do recém-nascido em condições que exijam suporte avançado de vida, ou hemotransfusão, ou outro recurso potencialmente existente na maternidade que realiza mais de 1000 partos ao ano.

Tabela 24 - Tempo médio de deslocamento entre o HPP e uma maternidade que realiza mais de 1000 partos. Minas Gerais, 2014

Macrorregião de Saúde de MG	Menos de 1 hora e meia	Mais de 1 hora e meia
Centro	50,00%	50,00%
Centro sul	20,00%	80,00%
Jequitinhonha	50,00%	50,00%
Leste	72,73%	27,27%
Leste do sul	30,00%	70,00%
Nordeste	70,83%	29,17%
Noroeste	64,29%	35,71%
Norte	68,75%	31,25%
Oeste	93,75%	6,25%
Sudeste	66,67%	33,33%
Sul	56,67%	43,33%
Triângulo do norte	47,62%	52,38%
Triângulo do sul	64,29%	35,71%
Total Geral	59,13%	40,87%

Fonte: FACCHINI; BARBOSA, 2014.

Com essas categorias de análise e suas variáveis buscamos traçar um perfil dos HPP de Minas Gerias cuja síntese está expressa nas considerações finais, já com apontamentos de caminhos alternativos que podem ser seguidos para a gestão dos problemas encontrados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde/SUS, criado pela constituição de 1998, é produto ainda inacabado da Reforma Sanitária brasileira. Trata-se de política inclusiva que tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade. Dentre outros, tem como princípios organizativos a descentralização e a resolubilidade. O SUS é o maior sistema de saúde de caráter universal do mundo. O modelo Beveridgiano adotado imprime caráter redistributivo aos recursos arrecadados para seu financiamento. Seus princípios exprimem uma imagem-objetivo ainda não alcançada de forma integral, devido aos muitos desafios do sistema. No entanto, apesar de desafios naturais ou induzidos, há uma hegemonia nacional de pensamento de que na saúde o caminho é o SUS e de que o sistema deve ser aperfeiçoado.

A universalidade constitui-se como desafio, na medida em que são escassos os recursos financeiros. A insuficiência de recursos leva à insuficiência de acesso e pode levar à baixa qualidade de serviços. A cobertura de 25,6 % dos brasileiros e brasileiras pela Saúde Suplementar em dezembro de 2015 leva à competição pelo acesso às ações e serviços não oferecidos pela Saúde Suplementar. Grande número de unidades de saúde presta serviços simultaneamente ao SUS e à Saúde Suplementar. Caracteriza-se aí a dupla porta de entrada e a possibilidade de parcela da população ter acesso a dois subsistemas, e com financiamento de fonte dupla.

Os gestores do SUS têm hoje o convívio diário com a judicialização da saúde. A via judicial se, por um lado, garante acesso para indicações precisas e situações de risco de vida, por outro lado tem sido dispositivo utilizado por profissionais, e pelo mercado para a incorporação de tecnologias ou de seu uso de forma questionável. Nesta terceira via de garantia de acesso, o planejamento e as programações de ações e serviços e da utilização dos recursos orçamentários ficam comprometidos. A experiência cotidiana demonstra que há maior concentração de mandados judiciais beneficiando usuários da classe média, com maior acesso ao judiciário do que as classes menos favorecidas economicamente. Pergunta-se: a ação do judiciário tem sido fator de promoção da equidade ou de aumento do fosso que separa as oportunidades de acesso entre as classes sociais? Estudos elaborados por Noronha e Andrade

(2002), Travassos et al (2006), Buss (2007), e Fleury (2011), que foram melhor explorados em capítulo específico desta tese, demonstram as desigualdades do acesso e seus determinantes.

Aspectos relacionados à formação de recursos humanos especialmente da profissão médica do ponto de vista quantitativo e qualitativo interferem no preenchimento dos postos de trabalho, nos determinantes da adesão e fixação dos profissionais e devem ser considerados na avaliação do acesso às ações e serviços de saúde. Um dado que demonstra a relevância de se discutir os HPP no contexto das redes considerando a complexidade e multiplicidade de fatores pode ser destacado por estudo de Barbosa que observou: “os HPP são hospitais com um número de profissionais que utiliza grande parte de seus recursos financeiros para pagamento de pessoal, tendo casos de uso integral de recursos financeiros para tal finalidade” (BARBOSA, p.138, 2015). Trata-se sem dúvida de uma temática que exige reflexão,

Os hospitais modernos são centros dotados de recursos tecnológicos de alta capacidade resolutiva. No Brasil a multiplicidade de tipologias de estabelecimentos de saúde que são denominados de hospital (hospitais gerais, hospitais especializados, hospitais regionais, hospitais de apoio) remete ao desempenho de múltiplas funções na RAS. O que une essas tipologias é a permanência do paciente por 24hs por dia. Porém, há um diferencial entre as unidades de baixa complexidade como Unidades Mistas e Unidades de Pronto Atendimento que possuem leitos de observação e os hospitais com unidades de terapia intensiva. (CUNHA; BAHIA, 2014).

Os HPP possuem fortalezas e fraquezas conforme apontado no estudo das categorias e variáveis eleitas para o desenvolvimento desta tese. Como fraquezas apontamos: (i) o perfil assistencial - multiplicidade de funções em uma unidade, (ii) a indefinição de seu papel na RAS (iii) a baixa resolubilidade, (iv) a baixa qualidade (v) a ineficiência, e (vi) a distância entre esses e os centros de maior complexidade e deficiência de transporte em suporte avançado de vida. Já, como fortalezas apontamos; (i) sua distribuição espacial facilitando o acesso/acessibilidade dos usuários, (ii) a possibilidade de prover cuidado de menor complexidade nesses hospitais reservando às unidades de maior resolubilidade os casos mais complexos, (iii) a possibilidade de continuidade do cuidado e potencialização da atenção

básica dentro do território de abrangência das equipes, e (iv) a representação social desses hospitais havendo uma rede de proteção comunitária para sua existência.

O referencial teórico e a análise das variáveis trazem um paradoxo para a gestão do SUS, cujo resultado do ponto de vista de uma racionalidade técnica pura direcionada à eficiência e advogada pelos técnicos do Banco Mundial levaria à recomendação de desativação da maioria desses hospitais (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). No entanto, em um país e Estado (Brasil e Minas Gerais) com grande extensão territorial, com concentração de recursos e acesso à saúde em grandes centros, e com tendência histórica de fortalecimento dos que já são fortes, esforços ainda devem ser feitos na busca de um sentido viável para a existência desses hospitais. Não se trata de manter todos os atuais HPP ativos por princípio, mas aqueles que de fato e como consequência de uma modelagem planejada de oferta de atenção hospitalar em dado território se façam necessários.

Para esta tarefa será necessário avaliar de forma mais aprofundada os cenários, as fortalezas e fraquezas destes hospitais para melhor definição e intervenção, conforme apresentado na Figura 2, que propõe a busca do equilíbrio com o HPP em rede.

Cenário 1 - o HPP se mantém como unidade hospitalar:

- (i) Do ponto de vista de seu papel e atuação em rede - na rede deverá haver consenso nas instancias regionais de pactuação do SUS em relação à missão do HPP como hospital ou outra tipologia de estabelecimento de saúde com inserção nas redes temáticas, linhas de cuidado ou programas locais e regionais prioritários. Sua atuação como ponto de atenção da RAS lhe daria permeabilidade para a circulação de alunos e profissionais em atividade de formação e educação permanente, com o possível compartilhamento de profissionais com a atenção básica, sendo referência para o SAMU dentro de sua resolubilidade e especificidade, e sendo ponto de apoio da atenção básica para lhe dar maior resolubilidade. O pressuposto é também a atuação regulada seja por pactos inter

unidades mediadas pelo gestor, seja por regulação mediada por centrais de regulação;

- (ii) Na busca de eficiência atores diversos como a direção dos hospitais, os gestores e representações do segmento (em Minas um ator importante é a Federassantas) podem buscar arranjos de integração, fusão ou compartilhamento da gestão de mais de um ou de um pool de HPP;
- (iii) A contratualização do HPP ou de um pool de HPP seria feita em contrato único, que explicita compromissos e metas de desempenho quantitativos e qualitativos na assistência, gestão, ensino/educação permanente, qualidade e segurança assistencial. O contrato deverá ter um rito de monitoramento e avaliação de seus resultados;
- (iv) A construção e implementação de um plano mínimo de investimentos nessas unidades vinculado ao previsto nos itens anteriores faz-se necessária considerando as condições de estrutura inexistente ou deteriorada na qual eles se encontram;
- (v) Governança - dispositivos de governança devem ser criados no âmbito do monitoramento e avaliação da Política Estadual de Atenção Hospitalar e das redes temáticas, e no comitê regional de regulação.

Na atuação em rede e para viabilizar a segurança assistencial há que ser definida referência dos HPP para outros pontos de atenção garantindo a retaguarda para as urgências de maior complexidade, incluindo as urgências obstétricas; para a terapia intensiva; para as cirurgias de maior porte e para as diagnoses e terapias de maior complexidade.

Em Minas Gerais uma possibilidade de inserção do HPP na RAS, no âmbito da Política Estadual de Atenção Hospitalar será sua classificação com os requisitos de fazer atendimento 24 horas por 7 dias da semana, ter médico generalista, enfermeiro e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, capacidade para prestar primeiros atendimentos de urgência e emergência, capacidade para assistir ao parto de risco habitual, possui equipe e recursos tecnológicos para estabilização de casos graves e remoção segura para centros de maior complexidade tecnológica, além de diagnose estrutura disponíveis com tempo resposta adequado ao atendimento de urgência (sala de emergência, radiologia simples, eletrocardiografia, e laboratório de patologia clínica com tempo resposta adequado).

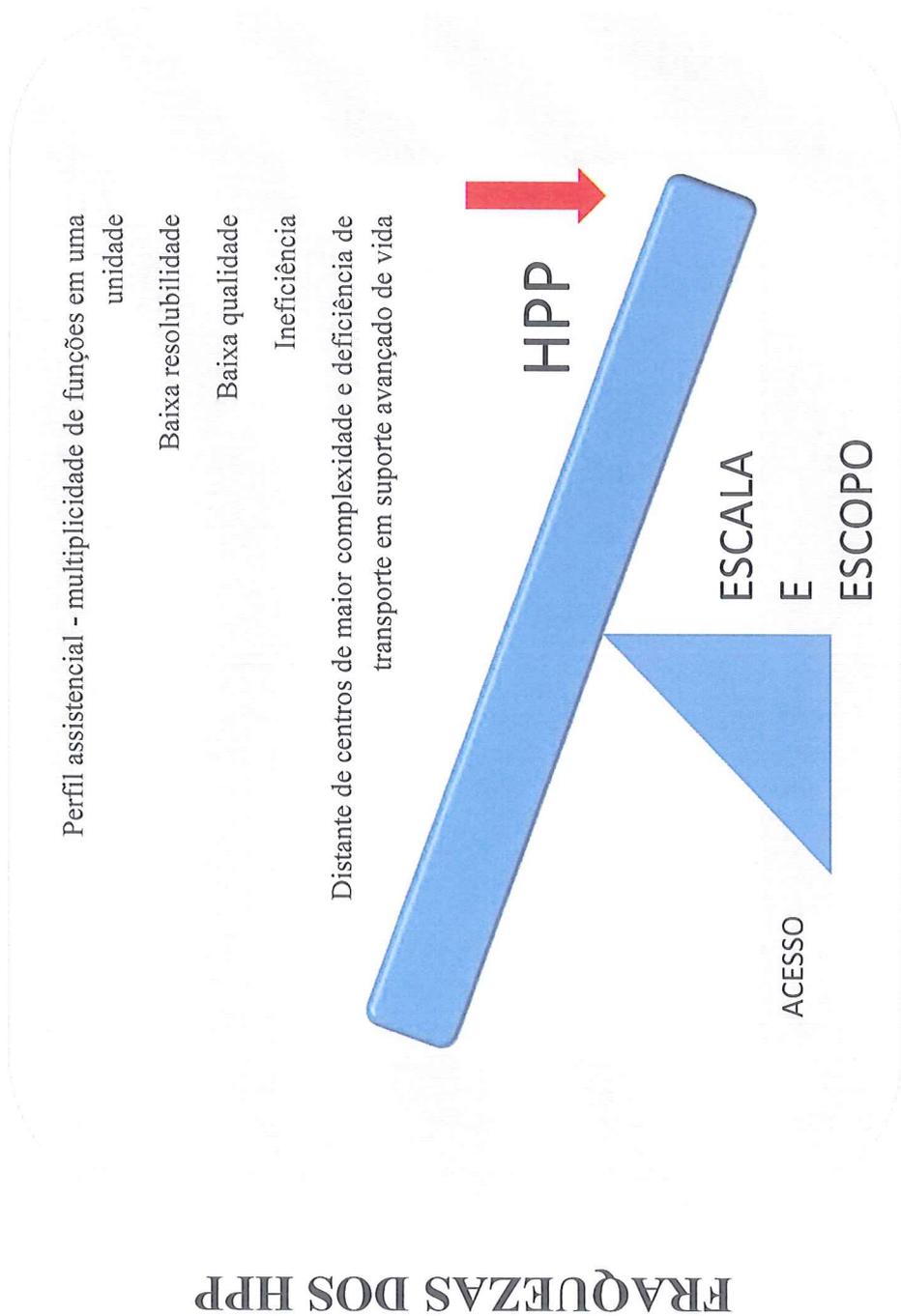
Cenário 2 - No desenho regional da RAS o HPP pode se transformar em outra tipologia de estabelecimento de saúde sugerido a depender da necessidade da rede local como reforma e adequação para Unidade de Pronto Atendimento/UPA, Centro de Atenção Psicossocial/CAPS, ambulatório de especialidades, hospital-dia, unidade de cuidados prolongados, serviço de apoio diagnóstico, e outros.

Cenário 3 - O HPP é desativado com as instalações prediais sendo destinadas a outros fins. Poderá ocorrer por falta de política sustentável para esses, ou por não se constituírem como alternativa na política de saúde como hospital ou outra tipologia de estabelecimento de saúde.

A implementação de uma proposta sustentável e tecnicamente defensável para os HPP no cenário de sua viabilidade exige dos gestores projeto com detalhamento de seu escopo, etapas de implementação, formas de monitoramento e avaliação. Exige capacidade de governo para aprofundar a compreensão e gestão das singularidades locais e regionais, exige governabilidade para conduzir a mediação de conflitos enfrentando inclusive as resistências a possíveis desativações. Exige também recursos financeiros para sustentar contratos de bom custo efetividade, e para o plano mínimo de investimentos sob o risco do argumento do subfinanciamento transformar-se no pano de fundo da inviabilidade do projeto.

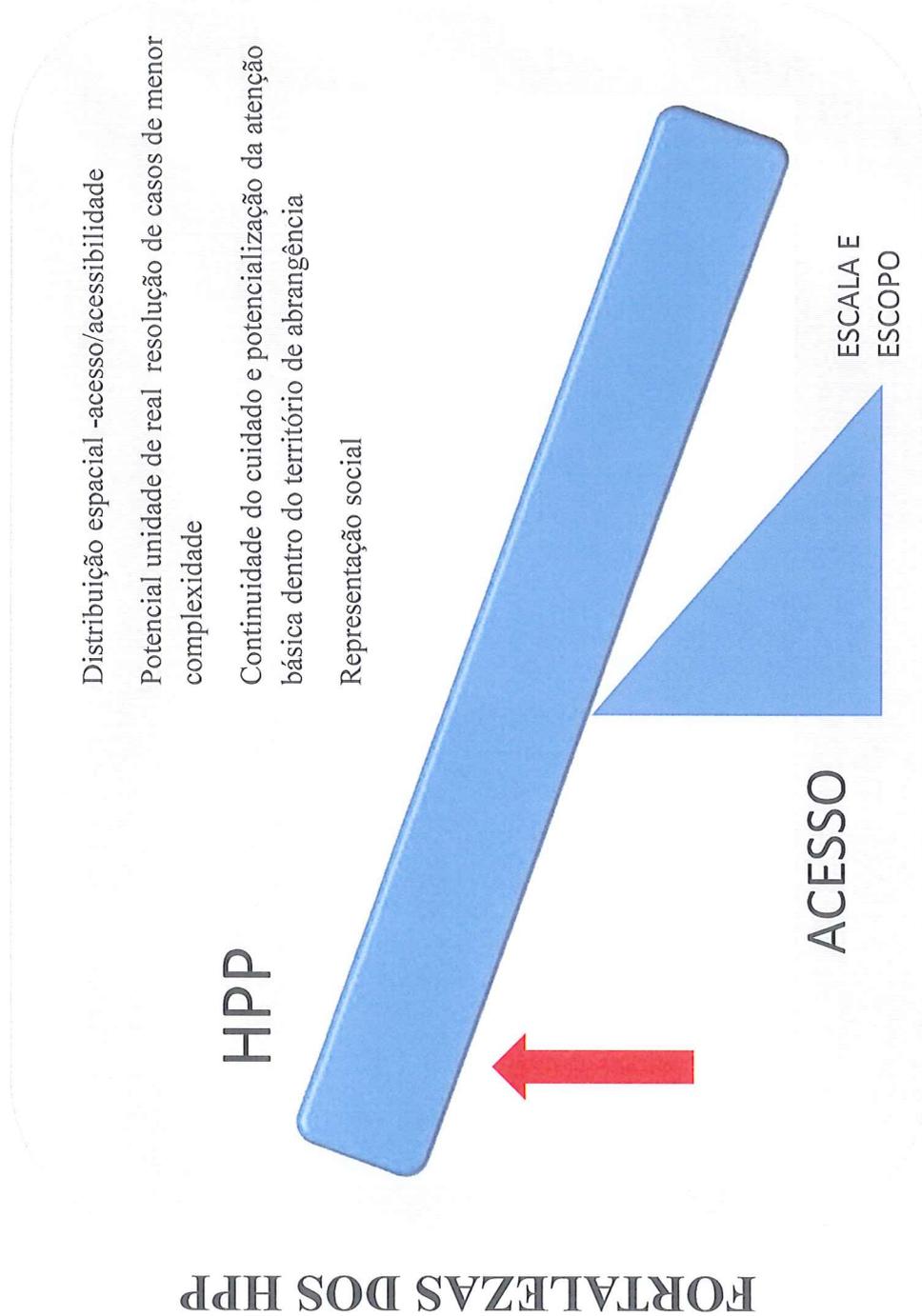
Por fim, espera-se que as reflexões desta tese acerca dos HPP em geral, e em especial em Minas Gerais, possam contribuir para a implementação da Política Estadual de Atenção Hospitalar, minimizando as distorções trazidas por uma política fragmentada em diversos programas com diversas formas de financiamento. No âmbito dessa Política Estadual de Atenção Hospitalar os HPP hoje têm pequeno significado assistencial na RAS e no processo de regionalização. Uma política que tenha como premissa “resolver o problema dos HPP” perpetuará o problema devido à sua extensão e complexidade. O papel e a busca de sustentabilidade de qualquer HPP devem partir de uma proposta construída a partir da singularidade do território que defina se pode ou não prescindir desse equipamento de saúde, e, se não pode prescindir, que papel seria destinado a ele, em uma política hospitalar que pratique os atributos e diretrizes da RAS e da regionalização.

Figura 03 - Fraquezas, fortalezas e condição de equilíbrio dos HPP.



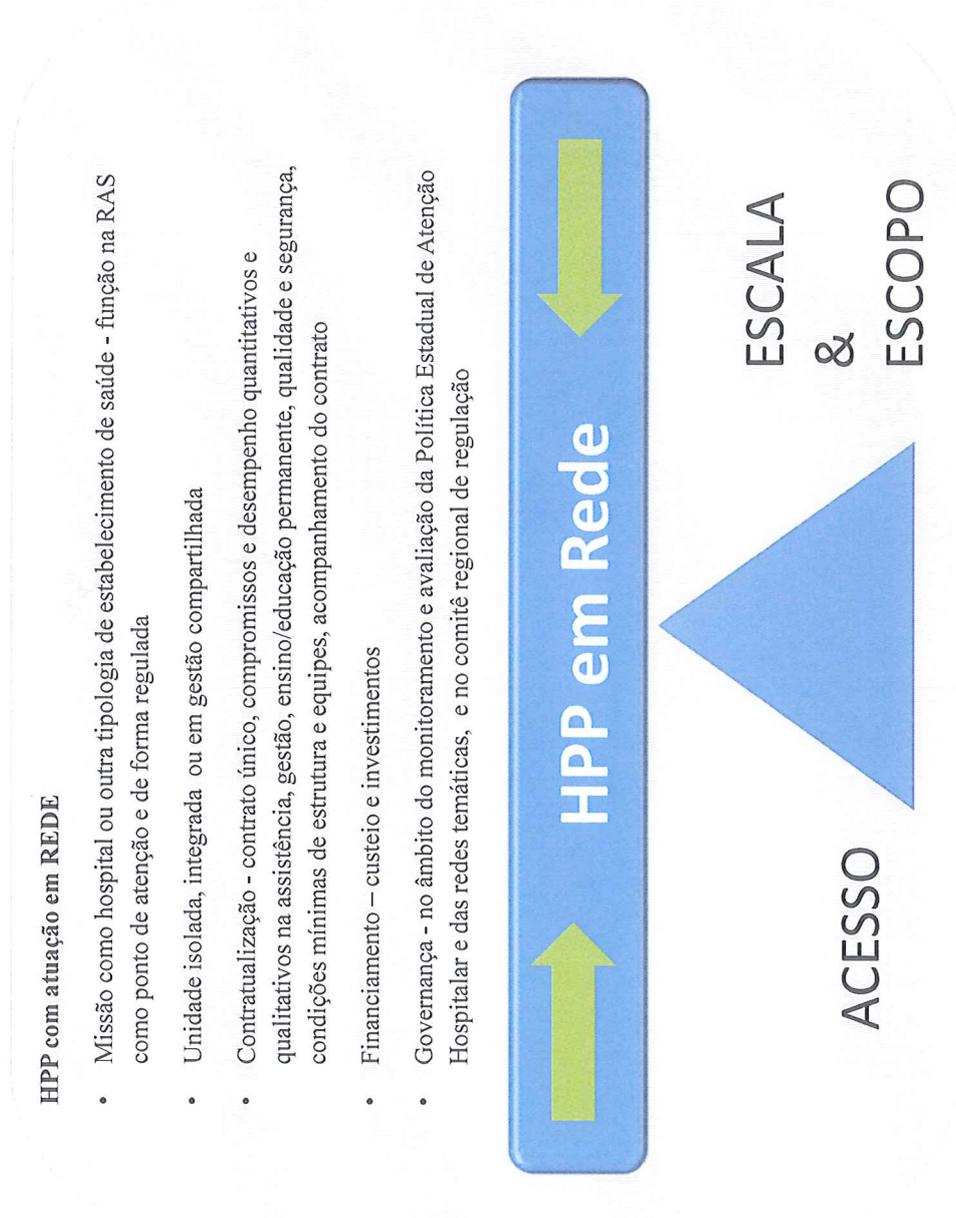
Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Figura 03 - Fraquezas, fortalezas e condição de equilíbrio dos HPP (continuação)



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Figura 03 - Fraquezas, fortalezas e condição de equilíbrio dos HPP (*continuação*)



6. Referências bibliográficas

- ALFRADIQUE M. E. *et al.* **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de Saúde.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-1349, junho 2009.
- ALMEIDA, C. **Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, Suplemento, p. 23-36, 2002.
- ALVES, G. J. **Equidade e os projetos de investimento em saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus.** 2009. Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, 2009. 211 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- ANDRADE, M. A. C.; LIMA, J. B. M. de C. **O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual Trabalhamos.** IN: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSUS.* Universidade Estadual do Ceará. *Humanização do parto e do nascimento.* Brasília, v. 4, 465 p.: il., 2014.
- ANVISA. **Resolução - RDC Nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em < http://www.anvisa.gov.br/anvisalegis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2015.
- AZEVEDO, A. L. M. de; COSTA, A. M. **A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família.** *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.14, n. 35, p.797-810, out./dez. 2010.
- BAHIA, L. **Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90.** *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v.6, n.2, p.329-339, 2001.
- BARBOSA, A. C. Q. **Recursos Humanos e Vínculos Profissionais: Análise Descritiva em Hospitais de Pequeno Porte do Brasil.** 2015. Tese (Professor Titular aprovado em 04/11/2015). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.
- BARBOSA, A. P; MALIK, A. M. **Desafios na organização de parcerias público-privadas em saúde no Brasil: análise de projetos estruturados entre janeiro de 2010 e março de 2014.** *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 5, p. 1143-1165, set./out. 2015.
- BESSA, K. **Estudos sobre a rede urbana: os precursores da teoria das localidades centrais.** *GeoTextos*, Tocantins, v. 8, n. 1, p. 147-165, jul. 2012.
- BILLINGS, J. *et al.* **Impact of Socioeconomic Status on Hospital Use in New York City.** *Health Affairs.* Bethesda, Montgomery, USA, v 12., n. 1, p. 162-173, 1993.
- BOTEGA, L.; RODRIGUES, R.; ANDRADE, M. **Distribuição espacial das internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e**

distância média percorrida pelos pacientes. In: XV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Anais. Caxambu, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1020 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, 2013.

BRASIL Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial N° 1000, de 15 de abril de 2004**. Define as regras para a certificação dos Hospitais de Ensino. Brasília, 2004.

BRASIL Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto N° 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais - REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Descritivo sobre os incentivos financeiros permanentes de custeio do bloco MAC e incrementos relacionados à produção de procedimentos de média e alta complexidade**. Brasília, p. 41, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro, 1944, 2.ed., p. 588, 1965.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1.721, de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 11 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 1631 de 01 de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2388 de outubro de 2011**. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3390 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). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3410 de 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 4.279 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 929 de maio de 2012**. Institui o Incentivo Financeiro 100% SUS destinado às unidades hospitalares que se caracterizem como pessoas jurídicas de direito privado sem fins lucrativos e que destinem 100% (cem por cento) de seus serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.124 de 04 de agosto 2015**. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1541 de 27 de junho de 2007**. Prorroga para janeiro de 2008 a implantação da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. **Atenção Hospitalar no Brasil**: documento elaborado com finalidade de subsidiar a discussão e pactuação da Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, 2013. (trabalho não publicado).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 110 p.: il., 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório Anual de Gestão/RAG 2013**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Geral, Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília, 1985.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 12.550 de 15 de dezembro de 2011**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal; e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/90, 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. Brasília, 1990.

CALDAS JÚNIOR, A. L. **Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização**. *Associação Profissional dos docentes da UFMG*. Belo Horizonte, n° 18, p. 95-110. dez., 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde**. In: _ et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 53-92, 2006.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago., 2007.

CAMPOS, G. W. S; DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev. 2007.

CANABRAVA, C. M. **Análise de implantação do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS de Minas Gerais – PRO-HOSP**. 2012. 330 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

CANABRAVA, C. M. *et al.* **Sistema Único de Saúde e o terceiro setor: caracterização de entidades não hospitalares que possuem serviços em atenção básica de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 115-126, jan. 2007.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. *Edições Afrontamento*. Centro de Estudos Sociais, Porto, 3 ed., 297 p., 1998.

CARMO, M do. **O desafio de uma gestão democrática e descentralizada**. IN: MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. *Desafios e Inovações da Gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. *Mazza Edições*. Belo Horizonte, p. 49-61, 2010.

CARRIERI, A. de P.; Silva, A. R. L. da; JUNQUILHO, G. S. **O fazer estratégia na gestão como prática social: articulações entre representações sociais, estratégias e táticas cotidianas nas organizações**. XXXII da ANPAD. EnANPAD. Rio de Janeiro, set. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, jan. / jun. 2004.

CECILIO, L. C. O. **A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança.** *Revista de Administração Pública / RAP*. Rio de Janeiro, v. 31, p.36-47, mai. / jun. 1997.

CHRISTIANSON, J. B. *et al.* **Evaluating rural hospital consortia.** *Health Aff (Millwood)*. US National Library of Medicine. National Institutes of Health, v. 9, n.1, p. 135-147, Spring. 1990.

CLEMENTE, B. T. **Cronologia histórica dos hospitais universitários.** Salvador, 1998.

CRESWELL, J. W. **Procedimentos qualitativos.** In: _____. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** *Artmed*. Porto Alegre, 2 ed., p. 184-210, 2007.

CUNHA, C. L. F; BAHIA, L. **Hospitais de Pequeno Porte como política de saúde.** Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/IESC. Universidade Federal do Rio de Janeiro / UFRJ. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2014/11/construcao-de-hospitais-de-pequeno-porte-como-politica-de-saude-um-caso-emblematico-no-estado-do-maranhao-brasil>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

CUNHA, E. G. A.; SANTOS, A. F.; COELHO, F. L. G. **Os hospitais universitários e o sistema de saúde no Brasil: uma abordagem histórica.** *Revista Divulgação para Debate em Saúde do CEBES*. Rio de Janeiro, v.5, p. 63-67, 1991.

DINIZ, E. **Governabilidade, governance e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma.** *Revista do Serviço Público*. Brasília, v. 120, n. 2, p.05-20, mai. / ago. 1996.

DONABEDIAN, A. **The Quality of Medical Care: Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs.** *Science*, v. 200, n. 26, p.856-864. Mai. 1978.

ECO, U. **Como se faz uma tese.** *Perspectiva*. São Paulo, 192p., 1977.

FACCHINI, L. A.; BARBOSA, A. C. (coord.). **Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros - Diagnóstico, avaliação e espacialização.** Universidade Federal de Minas Gerais / Faculdade de Ciências Econômicas – FACE/UFMG. Observatório de Recursos Humanos em Saúde: Belo Horizonte. Universidade Federal de Pelotas - UFPEL: Pelotas, 2014. (Relatório de pesquisa).

FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Termo de Referência para a celebração de parceria MS/Universidades para a realização da pesquisa censitária nos Hospitais de Pequeno Porte.** [S.I], 2013.

FEUERWERKER, L. M. **Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** *Rede Unida*. Porto Alegre, 2014.

FIORI, J. L. **Estado de Bem-Estar Social: padrões e crises.** Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo. São Paulo, [2012]. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/fioribemestarsocial.pdf/at_download/file>. Acesso em: 20 abr. 2013.

FLEURY, S. **Desigualdades injustas: o contra direito à saúde.** *Psicologia & Sociedade*. Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 23, n. spe., p.45-52, 2011.

FOUCAULT, M. **O nascimento do hospital.** IN: __. Microfísica do Poder. *Edições Graal*. Rio de Janeiro, 26 ed, p. 99-128, 2008.

FREITAS, H. *et al.* **O Método de Pesquisa Survey.** *Revista de Administração*. São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, jul. / set. 2000.

GASPARINI, C. & RAMOS, F. **Relative deficit of health services in Brazilian states and regions.** *Brazilian Review of Econometrics*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 75-107, 2004.

GERHARDT, T. E. & SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil / Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UAB/UFRGS. Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. *Editora da UFRGS*. Porto Alegre, 2009.

GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. **Sistema de Saúde: origens, componentes e dinâmica.** In: Giovanella, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, p.107-140, 2008.

GIRARDI, S. N (org.); BARROS, M. E. (gerente de projeto). **Rede hospitalar filantrópica no Brasil: perfil histórico-institucional e oferta de serviços.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimentos. Projeto Reforsus. Brasília, 2001. (Relatório de pesquisa).

GIRARDI, S. N. **Pesquisa Exploratória: Consulta aos Gestores Municipais para o estabelecimento de Política para os Hospitais com até 50 Leitos.** Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON. Faculdade de Medicina – FM. Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, 2014. (Relatório Final, Não Publicado).

GOLDMAN, L. E.; DUDLEY, R. A. **United States rural hospital quality in the Hospital Compare database: Accounting for hospital characteristics.** *Health Policy*. USA, v. 87, p. 112–127, 2008.

GRAGNOLATI, M. ; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. **20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma avaliação do Sistema Único de Saúde.** International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, 2013.

GRAU, N. C. **A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados.** *Revista do Serviço Público*. Brasília, v. 120, n. 1, p.113-140, jun. / abr 1996.

HAIR, J. F.*et al.* **Análise Multivariada de Dados.** Bookman. Porto Alegre, 2005.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n. supl.2, p. S331-S336, 2004.

IBAÑEZ, N. et al. **Organizações sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo.** *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001.

IBGE. Diretoria de Pesquisas – DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD. **Nota técnica: estimativas da população dos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2014.** Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/analise_estimativas_2014.pdf >. Acessado em: 15 abr. 2016.

JONES, R. **Hospital bed occupancy demystified.** *British Journal of Healthcare Management*. London, UK, v. 17, n. 6, p. 242-248, 2011.

JORGE, A. O. **A Gestão Hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo.** 2002. 225 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas, 2002.

KOHN, L.Y.; CORRIGAN J. M.; DONALDSON, M. S. **To err is human: Building a Safer Health System.** Committee on Quality of Health Care in America. *National Academy Press*. Washington DC; 2000.

LA FORGIA, G.; COUTOLLENC, B. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência.** *Singular*. São Paulo, 2009.

LANSKY, S. et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante ao recém-nascido.** *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.30, Sup, p. S1-S15, 2014.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LOPES, P. et al. **O Estado em rede e a gestão para a cidadania: principais avanços na saúde em Minas Gerais.** IN: OLIVERIA, B. R. *A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais, aprendizados, legados e desafios.* Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP_MG. Belo Horizonte, p. 27-46, 2014.

LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS.** 2004. 131 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2004.

MAGALHAES JUNIOR, H. M. **Redes de atenção à Saúde: rumo à integralidade.** *Revista Divulgação Em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro, nº 52, 15-37p il, out. 2014.

MALACHIAS, I. et al. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

MARTINS, C. C. et al. **O programa Mães de Minas: uma proposta inovadora no Brasil para a gestão da informação em saúde**. IN OLIVERIA, B. R. *A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais, aprendizados, legados e desafios*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP_MG. Belo Horizonte, p. 77-91, 2014.

MARTINS, M.; TRAVASSOS, C. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, suppl. 2, p. S190-S198, 2004.

MEDEIROS, M. **A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, 2001.

MÉDICI, A. C. **Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil**. *Revista de Administração Pública – RAP*. Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p.79-115, 1992.

MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Editora Hucitec. São Paulo/Rio de Janeiro, 1995.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal**. In: _____. *As políticas de saúde no Brasil nos anos 80*. Brasília, p 19-91, nov. 1991.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Organização Mundial da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2 ed. 554 p.: il., 2011.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. Editora Hucitec. São Paulo, 200 p., 1996.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Editora Hucitec. São Paulo, 145 p., 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.236, de 09 de dezembro de 2015**. Estabelece estratégias e procedimentos correlatos para a qualificação da regulação e a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde no SUS de Minas Gerais, nos termos da Política Nacional de Regulação. Belo Horizonte, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Resolução SES/MG Nº 5.067, de 09 de dezembro de 2015**. Define a estratégia de atenção especializada ambulatorial no Estado de Minas Gerais, por meio da implementação do Centro de Especialidades Multiprofissionais (CEM). Belo Horizonte, 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde e Fundação João Pinheiro. **Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP)**. Belo Horizonte, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Editora Hucitec: São Paulo. ABRASCO: Rio de Janeiro, 14 ed., 408 p., 2004.

MORIN, E. **Introdução ao Pensamento Complexo**. Tradução Eliane Lisboa. *Editora Sulina*. Porto Alegre, 4 ed., 120 p., 2011.

NOGUEIRA, R. P. **A Impotência da Equidade**. IN: COSTA, A. M.; MERCHAN-HAMANN, E.; TAJEZ, D. (org.). *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*. Editora da Universidade de Brasília. Brasília, p. 95-109, 2000.

NORONHA, J. C.; SOARES L. T. **A política de saúde no Brasil nos anos 90**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 6, n.12, p.445-450, 2001.

OLIVEIRA, E.; CARVALHO, M.; TRAVASSOS, C. **Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar**. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n.20, v.2, p.386-402, 2004.

PACHECO, R. S. **A agenda da nova gestão pública**. In: LOUREIRO, A. R. *Burocracia e política no Brasil: desafios para o Estado democrático de século XXI*. FGV Editora. Rio de Janeiro, p. 171-196, 2010.

PASCHE, D. F.; VILELA M. E. de A.; MARTINS, C. P. **Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado**. *Revista Tempus Actas Saúde Coletiva*. Brasília, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

PEREIRA JÚNIOR, G. A. et al. **The role of intensive care unit in management of trauma patients**. *Medicina*. Ribeirão Preto, v.32, p. 419-437, oct. / dec. 1999.

PEREIRA L.; SILVA, V. C. **Resposta de Minas para a Hipertensão Arterial e diabetes mellitus: a Rede Hiperdia Minas**. IN: OLIVERIA, B. R. *A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais, aprendizados, legados e desafios*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP_MG. Belo Horizonte, p. 93-104, 2014.

PORTUGAL, S. **Contributo para a discussão do conceito de rede na teoria sociológica**. Oficina do Centro de Estudos Sociais. Universidade de Coimbra. Coimbra, 2007. Disponível em: < <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/ficheiros/271.pdf> >. Acesso em: 25 abr 2014.

REIS, C. T.; MARTINS M.; LAGUARDIA, A. **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.18, n.7, jul. 2013.

REZENDE, J M. **La globalización y las dificultades económicas y políticas em Brasil: el análisis de Raymundo Faoro sobre la década de 1990**. *Region y Sociedad*. Mexico, v. XXIII, n. 51, p. 228 a 259, 2011.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. Editora Cortez. São Paulo, 135 p., 1993.

ROCHWERGER, P.; ANDRADE, A. V. **Resultados e desafios da Política Hospitalar do Estado de Minas Gerais**. IN: OLIVERIA, B. R. *A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais, aprendizados, legados e desafios*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP_MG. Belo Horizonte, p. 149-165, 2014.

RODRIGUES, C.; SIMÕES R.; AMARAL, P. **Distribuição da rede de oferta de serviços de saúde na região Norte: uma análise espacial multivariada.** *Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Faculdade de Ciências Econômicas. Universidade Federal de Minas Gerais.* Belo Horizonte, 23 p., 2007. (TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 308)

SANTOS JUNIOR, R. R.; SOUZA, H. F. **A rede de urgência e emergência em Minas Gerais.** IN: OLIVERIA, B. R. *A Agenda da Saúde Pública em Minas Gerais, aprendizados, legados e desafios.* Escola de Saúde Pública de Minas Gerais - ESP_MG. Belo Horizonte, p. 49-76, 2014.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas ciências sociais.** E.P.U. São Paulo, 1974.

SILVA, N. P. **A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio a disseminação das informações em saúde.** 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. da *et al* (org). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS.** Saberes Editora, Campinas, São Paulo, p. 35-74, 2013.

SILVA, S. F. da; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. da *et al* (org). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS.** Saberes Editora, Campinas, São Paulo, p. 75-90, 2013.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. J. S. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família.** Editora EDUFBA. Salvador, 237 p, 2006.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas.** Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2001.

TRAVASSOS, C. M.; MARTINS, M. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde.** *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v.20, suppl.2, p. S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C.; CALDAS B. **A qualidade do cuidado e a segurança do paciente: histórico e conceitos.** IN: Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. *Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática.* Brasília, p. 19-28, 2013.

TURATO, E. B. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Editora Vozes. Petrópolis, RJ, 2003.

VECINA NETO, G.; IBANEZ, N. **Modelos de gestão e o SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 12, suppl, p. 1831-1840, 2007.

VIACAVA, F. et al. **Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise.** *Ciência & Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.921-934, 2012.

VIACAVA, F. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principle of equity in health.** *International Journal of Health Services*, v. 22, p.429-445, 1992.

7. APÊNDICE

7.1 Apêndice A - Instrumento de Coleta de Dados Utilizado no Estudo

Fonte: FACCHINI; BARBOSA ET AL (2014).

1 Identificação dos entrevistados	
1.1.1 Nome do 1º entrevistado	
1.1.2 Cargo	
1.1.3 Telefone para contato (<input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.1.4 E-mail para contato	
1.1.5 Nome do 2º entrevistado	
1.1.6 Cargo	
1.1.7 Telefone para contato (<input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1.1.8 E-mail para contato	
2 Identificação da instituição	
2.1.1 Nome do estabelecimento	
2.1.2 Razão Social:	
2.1.3 Qual é o CNPJ do hospital:	
2.1.3.1 <i>O CNPJ é próprio do hospital?</i> 1. Não 2. Sim	
2.1.3.2 <i>Caso não, de quem é o CNPJ?</i> 1. Prefeitura 2. Fundo Municipal de saúde 3. Outro	
2.1.4 Logradouro:	2.1.5 CEP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.1.6 Município:	2.1.7 Estado:
2.1.8 Região de Saúde	2.1.9 E-mail para contato
2.1.10 Telefone para contato (<input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2.1.11 Quais são as coordenadas geográficas de localização do estabelecimento:^o',', Latitude^o',', Longitude**2.1.12 CNES do estabelecimento:****2.1.13 Data da última atualização:**/**2.1.14 Qual é a categoria do hospital:**

1. Hospital geral (Presta atendimento somente as clínicas básicas ginecologia/obstetrícia, clínica médica, pediatria)
2. Hospital geral com especialidades (Presta atendimento em outras especialidades para além das clínicas básicas)
3. Hospital especializado
4. Maternidade

2.1.15 Natureza Jurídica:

1. Público Federal-
 - a) Administração direta –Ministério da Educação
 - b) Administração direta –Ministério da saúde,
 - c) Fundações,
 - d) Autarquias,
 - e) Empresa pública
2. Público Estadual –
 - a) Administração direta;
 - b) Fundações de direito público,
 - c) Fundações de direito privado,
 - d) Autarquia
 - e) Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
 - f) Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
 - g) Gerenciado por terceiros – Outra. Qual? _____
3. Municipal –
 - a) Administração direta,
 - b) Fundações de direito público,
 - c) Fundações de direito privado,
 - d) Autarquia
 - e) Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
 - f) Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
 - g) Gerenciado por terceiros – Outra. Qual? _____
4. Privado – com fins lucrativos
 - a) Sociedade (incluso Economia mista)
 - b) Cooperativa
 - c) Associação profissional
 - d) Sindicato
 - e) Serviço Social Autônomo (SESI, SESC)
 - f) Outras associações
5. Privado sem fins lucrativos –
 - a) OSCIP
 - b) Entidade Social COM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
 - c) Entidade Social SEM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social

2.1.16 Qual é o perfil da clientela atendida pelo hospital:

1. Exclusivamente SUS
2. SUS, Saúde suplementar e desembolso direto
3. Saúde suplementar e desembolso direto
4. Apenas desembolso direto

2.1.17 Quem é o responsável pela gestão do Hospital:

1. Gestão Municipal
2. Gestão estadual
3. Gestão dupla

2.1.18 Número de inscrição do alvará da vigilância sanitária:1.

2. Isento Lei Federal 6.437/77 – Art. 10 – Unidade Pública

2.1.19 O estabelecimento é contratualizado com o SUS?

1. Sim, com base na Portaria GM/MS 1.044/2.004;
2. Sim
3. Não

2.1.20 Qual é o tempo de vigência da contratualização em meses?**2.1.21 O imóvel em que funciona o hospital é:**

1. Público municipal
2. Público estadual
3. Público federal
4. Próprio
5. Alugado, cedido, emprestado, outra forma.

2.1.21.1 Caso seja alugado, cedido, emprestado, outra forma, de quem é?

3 Identificação da Instituição mantenedora		
3.1.1 O hospital possui uma mantenedora?	0.Não	1.Sim
3.1.1.1 Nome da mantenedora		
3.1.1.2 Razão Social:		
3.1.1.3 Qual é o CNPJ da mantenedora?		
3.1.1.4 Logradouro:	3.1.1.5 CEP: □□□□□-□□□□	
3.1.1.6 Município:	3.1.1.7 Estado:	
3.1.1.8 Região de Saúde	3.1.1.9 E-mail para contato	
3.1.1.10 Telefone para contato (□□)□□□□-□□□□		
4 Informações gerais do Hospital		
4.1 Itens de organização de gestão		
O hospital possui algum dos seguintes itens?	0.Não	1.Sim

3 Identificação da Instituição mantenedora		
4.1.1	Organograma	
4.1.2	Regimento interno do corpo clínico	
4.1.3	Regulamento interno	
4.1.4	Normas e rotinas das áreas assistenciais	
4.1.5	Planejamento institucional	
4.1.6	Colegiado interno de gestão	
4.1.7	Comissão interna de prevenção de acidentes	
4.1.8	Comissão de documentação médica e estatística	
4.1.9	Comissão de ética médica	
4.1.10	Comissão de ética em pesquisa	
4.1.11	Comissão de mortalidade materna	
4.1.12	Comissão de mortalidade neonatal	
4.1.13	Comissão de prevenção e controle de infecção hospitalar	
4.1.14	Comissão de revisão e análise de óbitos	
4.1.15	Comissão de revisão e análise de prontuários	
4.1.16	Núcleo de segurança do paciente	
4.1.17	O hospital possui programa de Atenção domiciliar	
4.1.18	O hospital possui algum programa de desospitalização	
4.1.19	Quanto à identificação dos serviços que o hospital oferta, existe: <ol style="list-style-type: none"> 1. Placa de identificação visível e contendo a descrição de serviços com a informação de que oferta serviços pelo SUS 2. Placa, painel ou similar visível com telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde 3. Placa, painel ou similar visível com horário de funcionamento dos serviços 4. Placa, painel ou similar visível com horário de trabalho dos médicos 	

4.2 Quanto à apuração de indicadores				
Indicador	0.Não	1.Sim	Frequência de apuração	O hospital divulga estes dados?
4.2.1 Absenteísmo				
4.2.2 Custo/internação				
4.2.3 Índice de rotatividade de leitos				
4.2.4 Índice de satisfação do usuário				
4.2.5 Número de profissionais/leito				
4.2.6 Taxa de cesárea				
4.2.7 Taxa de infecção hospitalar				
4.2.8 Taxa de infecção pós-cirúrgica				
4.2.9 Taxa de mortalidade institucional				
4.2.10 Taxa de ocupação hospitalar				
4.2.11 Taxa de reinternação				
4.2.12 Tempo médio de permanência				
4.3 Quanto à existência de dispositivos de humanização				
Quais dos seguintes dispositivos estão implantados	0.Não	1.Sim	Quais as dificuldades para a implantação? 1.Inexistência/inadequação de área física 2.Inexistência/inadequação de recursos humanos 3.Desconhecimento do dispositivo	

4.3.1	Acessibilidade				
4.3.2	Acolhimento				
4.3.3	Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato				
4.3.4	Acompanhante 24 horas para crianças				
4.3.5	Acompanhante 24 horas para idosos				
4.3.6	Acompanhante de indígenas				
4.3.7	Atividades de brincar				
4.3.8	Gestão participativa				
4.3.9	Horário ampliado para além de 1 hora				
4.3.10	Valorização do trabalhador				
4.3.11	Visita aberta				
4.4 Quanto às informações que constam nos prontuários					
4.4.1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prontuário Único 2. Prontuário por serviço/clínica 3. Prontuário exclusivo do médico 4. Prontuário eletrônico 5. Ficha de atendimento (não utiliza prontuário) 				
Quais dos seguintes dados constam no prontuário				0.Não	1.Sim

4.4.1.1	CPF		
4.4.1.2	Data de nascimento		
4.4.1.3	Endereço completo		
4.4.1.4	Identidade		
4.4.1.5	Nome completo		
4.4.1.6	Telefone para contato		
4.4.1.7	Número do Cartão Nacional de Saúde		
4.4.1.8	Sexo		
4.5 Quanto aos canais de comunicação que a instituição possui			
Quais dos seguintes itens o hospital conta		0.Não	1.Sim
4.5.1	Boletins/informativos		
4.5.2	Murais/quadros		
4.5.3	Ouvidoria		
4.5.4	Página de internet		
4.5.5	Sala de situação		
4.5.6	Serviço de som		
4.6 Quanto aos mecanismos de aferição da satisfação do usuário			
Quais dos seguintes itens o hospital conta		0.Não	1.Sim

4.6.1 O hospital realiza algum levantamento de satisfação do usuário?		
<i>4.6.1.1 Pesquisa de satisfação</i>		
<i>4.6.1.2 Caixa de sugestões</i>		
<i>4.6.1.3 Formulários on-line</i>		
<i>4.6.1.4 Ouvidoria própria</i>		
<i>4.6.1.5 Outro</i>		
4.7 Quanto aos mecanismos de certificação e qualidade		
O hospital possui alguma certificação	0.Não	1.Sim
4.7.1 ONA		
4.7.2 ISO (todos os setores)		
4.7.3 ISO Setor (somente parte do conjunto de setor)		
4.7.4 JCI		
4.7.5 Outra		

4.8 Quanto aos mecanismos de incentivo às práticas de qualidade		
O hospital participa de alguma iniciativa específica para incentivo a práticas de qualidade?	0.Não	1.Sim
4.8.1 Maternidade segura		
4.8.2 Hospital amigo da criança		
4.8.3 Segurança do paciente		
4.8.4 Gestão ambiental		
4.8.5 Gestão de risco		
4.8.6 Gestão por processos		
4.8.7 Saúde do trabalhador		
4.8.8 Responsabilidade social		
4.8.9 Outros		
4.8.10 O hospital já participou da avaliação do programa de avaliação dos serviços de saúde (PNASS) (caso sim, em qual data)		
4.8.10.1 Em qual data?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.9 Quanto à realização de censo hospitalar		
4.9.1 O hospital realiza censo hospitalar 1. Sim, diário 2. Sim, mas não diariamente 3. Não realiza		
4.9.2 De que forma é realizado censo hospitalar 1. Manual 2. Informatizado		

5.2 Quanto à adequação da estrutura predial		
O hospital realizou algum dos itens a seguir?	0.Não	1.Sim
5.2.1 Há gerador de energia elétrica no hospital?		
5.2.2 Há para raios no hospital?		
5.2.3 O imóvel sofreu alguma reforma na área administrativa nos últimos cinco anos		
5.2.4 O imóvel sofreu alguma reforma na área assistencial nos últimos cinco anos		
5.2.5 O imóvel sofreu alguma reforma na área de apoio nos últimos cinco anos		
5.3 Quanto à acessibilidade para portadores de necessidades especiais		
O hospital dispõe de algum dos itens a seguir?	0.Não	1.Sim
5.3.1 Acesso por meio de rampas		
5.3.2 Bebedores adaptados		
5.3.3 Corredores ampliados		
5.3.4 Corrimão nos corredores		
5.3.5 Instalações sanitárias adaptadas		
5.3.6 Portas com abertura para fora		
5.3.7 Totem em braile		

5.4 Quanto à existência de estacionamento/veículos		
O hospital dispõe de algum dos itens a seguir?	0.Não	1.Sim
5.4.1 Estacionamento para ambulância		
5.4.2 Estacionamento para funcionários		
5.4.3 Estacionamento para visitantes		
5.4.4 O hospital dispõe de ambulância para transporte? 0.Não 1.Sim		

5.5 Quanto à existência de equipamentos					
5.5.1 Terapia/Diagnóstico por imagem					
Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?					
Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação médio	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.1.1 <i>Aparelho laparoscópio</i>					
5.5.1.2 <i>Aparelho para colonoscopia</i>					
5.5.1.3 <i>Aparelho para Hemodinâmica</i>					
5.5.1.4 <i>Equipamento para Endoscopia de via respiratória</i>					
5.5.1.5 <i>Equipamento para endoscopia digestiva</i>					
5.5.1.6 <i>Gama câmara (medicina nuclear)</i>					
5.5.1.7 <i>Litotripsor</i>					
5.5.1.8 <i>Mamógrafo com comando simples</i>					
5.5.1.9 <i>Mamógrafo com estereotaxia</i>					
5.5.1.10 <i>PET SCAN</i>					
5.5.1.11 <i>Raio X até 110mA</i>					
5.5.1.12 <i>Raio X com fluoroscopia</i>					
5.5.1.13 <i>Raio X de 100 a 500mA</i>					
5.5.1.14 <i>Raio X mais de 500mA</i>					
5.5.1.15 <i>Raio X odontológico intra-oral</i>					
5.5.1.16 <i>Raio X odontológico extra-oral</i>					

5.5.1.17 Raio X para densitometria óssea					
5.5.1.18 Raio X para hemodinâmica					
5.5.1.19 Ressonância magnética					
5.5.1.20 Tomógrafo computadorizado					
5.5.1.21 Ultrassom doppler colorido					
5.5.1.22 Ultrassom ecógrafo					
5.5.2 Terapia/Diagnóstico por métodos gráficos					
Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?					
Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.2.1 Eletrocardiógrafo					
5.5.2.2 Eletroencefalógrafo					
5.5.2.3 Eletrofisiologia cardíaca					
5.5.2.4 Holter					
5.5.2.5 Mapa					

5.5.3 Terapia por radiação

Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.3.1 <i>Acelerador linear</i>					
5.5.3.2 <i>Bomba de cobalto</i>					
5.5.3.3 <i>Braquiterapia de alta taxa</i>					
5.5.3.4 <i>Braquiterapia de baixa taxa</i>					

5.5.4 Equipamentos para manutenção da vida

Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.4.1 <i>Berço aquecido</i>					
5.5.4.2 <i>Câmulas de guedel</i>					
5.5.4.3 <i>Carrinho de emergência</i>					
5.5.4.4 <i>Conjunto laringoscópio Adulto</i>					
5.5.4.5 <i>Conjunto laringoscópio pediátrico</i>					
5.5.4.6 <i>Desfibrilador</i>					
5.5.4.7 <i>Equipamento de fototerapia</i>					

5.5.4.8 <i>Incubadora</i>					
5.5.4.9 <i>Marcapasso temporário</i>					
5.5.4.10 <i>Monitor de ECG</i>					
5.5.4.11 <i>Monitor de pressão invasivo</i>					
5.5.4.12 <i>Monitor de pressão não invasivo</i>					
5.5.4.13 <i>Oxímetro</i>					
5.5.4.14 <i>Reanimador pulmonar (AMBU) adulto</i>					
5.5.4.15 <i>Reanimador pulmonar (AMBU) pediátrico</i>					
5.5.4.16 <i>Respirador/ventilador – adulto</i>					

5.5.5 Equipamentos para uso geral					
Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?					
Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.5.1 <i>Balança antropométrica adulto</i>					
5.5.5.2 <i>Balança pediátrica</i>					
5.5.5.3 <i>Centrífuga</i>					
5.5.5.4 <i>Contador de células sanguíneas</i>					
5.5.5.5 <i>Equipamento para cauterização</i>					
5.5.5.6 <i>Esfignomanômetro adulto</i>					
5.5.5.7 <i>Esfignomanômetro pediátrico</i>					
5.5.5.8 <i>Espectrofotômetro</i>					
5.5.5.9 <i>Estetoscópio de Pinard/doppel fetal</i>					
5.5.5.10 <i>Microscópio</i>					
5.5.5.11 <i>Nebulizador</i>					
5.5.5.12 <i>Oftalmoscópio</i>					
5.5.5.13 <i>Otoscópio</i>					
5.5.5.14 <i>Refrigerador para vacina e para medicamentos que exigem conservação em baixa temperatura</i>					

5.5.6 Outros equipamentos

Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

Equipamento	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS	Tempo de fabricação	Disponibilidade do serviço em horas por dia	Forma de utilização 1.Próprio 2.Contratado
5.5.6.1 <i>Aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas</i>					
5.5.6.2 <i>Aparelho de eletroestimulação</i>					
5.5.6.3 <i>Bomba de infusão de hemoderivados</i>					
5.5.6.4 <i>Cicladora DPA/DPAC</i>					
5.5.6.5 <i>Equipamento de aférese</i>					
5.5.6.6 <i>Equipamento de circulação extracorpórea</i>					
5.5.6.7 <i>Equipamento para audiometria</i>					
5.5.6.8 <i>Equipamento para gasometria sanguínea</i>					
5.5.6.9 <i>Equipamento para hemodiálise</i>					
5.5.6.10 <i>Equipamento para oxigenoterapia hiperbárica</i>					
5.5.6.11 <i>Equipo móvel</i>					
5.5.6.12 <i>Equipo odontológico</i>					
5.5.6.13 <i>Forno de Bier</i>					
5.5.6.14 <i>ND YAG laser</i>					
5.5.6.15 <i>Outros</i>					

5.6 Quanto aos leitos existentes no hospital			
Especialidade	Leitos cadastrados no CNES – total	Leitos cadastrados CNES/SUS	Leitos operacionais SUS
5.6.1 Cirurgia			
5.6.2 Clínica médica			
5.6.3 Ginecologia/obstetrícia			
5.6.4 Outros			
5.6.5 Pediatria			
5.6.6 Psiquiatria			
5.6.7 Saúde Mental			
5.6.8 UTI/CTI adulto			
5.6.9 UTI/CTI pediátrico			
Qual a quantidade de leitos de que o hospital dispõe dos seguintes itens	Total	Disponíveis para o SUS	Leitos bloqueados no dia
5.6.10 Berçário			
5.6.11 Berço em alojamento conjunto			
5.6.12 Berços de cuidado intermediário			
5.6.13 Leito de unidade intermediária adulto			

5.6.14	Leito de unidade intermediária pediátrica			
5.6.15	Leito de UTI adulto			
5.6.16	Leito de UTI coronariana			
5.6.17	Leito de UTI de queimados			
5.6.18	Leito de UTI neonatal/berços de cuidados intensivos			
5.6.19	Leito de UTI pediátrico			
5.6.20	Leito hospitalar de clínica cirúrgica			
5.6.21	Leito hospitalar de clínica médica			
5.6.22	Leito hospitalar de ginecologia/obstetrícia			
5.6.23	Leito hospitalar de pediatria			
5.6.24	Leito hospitalar de psiquiatria			
5.6.25	Quarto/apartamento			
5.6.26	Quantas enfermarias existem no hospital?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	Em relação às enfermarias como se caracteriza a sua	Quantidade de leitos	É dividida por sexo?	Possui banheiros separados por
				Possui adaptação para cadeirante?

presença no hospital?		0.Não 1.Sim	sexo? 0.Não 1.Sim	0.Não 1.Sim		
5.6.26.1 <i>Enfermaria 1</i>						
5.6.26.2 <i>Enfermaria 2</i>						
5.6.26.3 <i>Enfermaria 3</i>						
5.6.26.4 <i>Enfermaria X</i>						
5.7 Quanto à existência de Instalações						
O hospital dispõe de alguma instalação listada a seguir?	0.Não	1.Sim	Total	Disponíveis para atendimento ambulatorial	Quantidade de leitos	Disponíveis para o SUS
5.7.1 Curetagem						
5.7.2 Outras salas e consultórios						
5.7.3 Parto normal						
5.7.4 Pré-parto						
5.7.5 Quarto de isolamento						
5.7.6 Recuperação pós anestésica						
5.7.7 Sala de cirurgia ambulatorial						
5.7.8 Sala de curativo						
5.7.9 Sala de emergência adulto						
5.7.10 Sala de emergência pediátrica						
5.7.11 Sala de enfermagem						
5.7.12 Sala de gesso						

5.7.13	Sala de imunização						
5.7.14	Sala de medicação						
5.7.15	Sala de pequenas cirurgias (sutura)						
5.7.16	Sala de reidratação/inalação						
5.7.17	Sala de repouso/observação adulto						
5.7.18	Sala de repouso/observação pediátrico						
5.7.19	Sala única						
5.7.20	Espaço específico para guarda de materiais de limpeza						
	Em relação aos banheiros como se caracteriza a sua presença no hospital?	Quantidade	Quantidade de com pia	Quantidade com dispensador de sabonete líquido	Quantidade com dispensador de álcool em gel	Possui lixeira com pedal	Possui toalhas de papel
5.7.21	Consultório de enfermagem						
5.7.22	Consultório médico						
5.7.23	Consultório odontológico						
5.7.24	Antessala cirúrgica						

5.8 Serviços de análises clínicas

Como se dá disponibilidade dos serviços a seguir?

Serviço	Está disponível?	Como? 1.SUS 2.Saúde suplementar 3.Desembolso direto	Está disponível 24 horas?	É próprio?	Atende a outros hospitais da rede?	Como funciona? 1.Rotina 2.Urgência
5.8.1 Serviço de apoio diagnóstico e terapia						
5.8.1.1 <i>Análises clínicas</i>						
5.8.1.2 <i>Baciloscopia</i>						
5.8.1.3 <i>Biologia molecular</i>						
5.8.1.4 <i>Bioquímica</i>						
5.8.1.5 <i>Hematologia</i>						
5.8.1.6 <i>Imunologia</i>						
5.8.1.7 <i>Microbiologia</i>						
5.8.1.8 <i>Urina</i>						

5.8.2 Serviço de imagem						
5.8.2.1	<i>Endoscopia de vias respiratórias</i>					
5.8.2.2	<i>Endoscopia digestiva</i>					
5.8.2.3	<i>Mamografia</i>					
5.8.2.4	<i>Radiologia médica</i>					
5.8.2.5	<i>Radiologia odontológica</i>					
5.8.2.6	<i>Ressonância magnética</i>					
5.8.2.7	<i>Tomografia computadorizada</i>					
5.8.2.8	<i>Ultrassonografia</i>					
5.8.2.9	<i>Videolaparoscopia</i>					
5.8.3 Serviços gráficos						
5.8.3.1	<i>Eletrocardiografia</i>					
5.8.3.2	<i>Eletroencefalografia</i>					
5.8.3.3	<i>Hemodinâmica</i>					
5.8.4 Serviços especiais/outros serviços						
5.8.4.1	<i>Atenção Psicossocial</i>					
5.8.4.2	<i>Serviço de Fisioterapia</i>					
5.8.4.3	<i>Serviço de Fonoaudiologia</i>					
5.8.4.4	<i>Serviço de Terapia Ocupacional</i>					

5.8.5 Serviços de alta complexidade						
5.8.5.1	Cardiologia de alta complexidade					
5.8.5.2	Neurocirurgia de alta complexidade					
5.8.5.3	Oncologia					
5.8.5.4	Ortopedia de alta complexidade					
5.8.5.5	Prótese de cabeça de fêmur					
5.8.5.6	Queimados					
5.8.5.7	Terapia renal substitutiva					
5.8.5.8	Transplante cardíaco					
5.8.5.9	Transplante de córnea					
5.8.5.10	Transplante de fígado					
5.8.5.11	Transplante de medula					
5.8.5.12	Transplante de pulmão					
5.8.5.13	Transplante renal					
5.8.5.14	Tratamento de SIDA (AIDS)					
5.8.5.15	Outros					
5.8.5.16	Ambulatório de Especialidades					
5.8.5.17	Serviço de medicina nuclear					
5.8.5.18	Serviço de Quimioterapia					

5.8.5.19 <i>Serviço de Radioterapia</i>						
5.8.5.20 <i>Urgência / Emergência</i>						
6 Tecnologia da informação						
6.1 Quanto à infraestrutura de tecnologia de informação						
6.1.1 Qual é o sistema operacional predominante nos computadores do hospital?						
<ol style="list-style-type: none">1. Windows 982. Windows XP3. Windows ME4. Windows Vista5. Windows 76. Windows 87. Linux (Fedora, Debian, UBUNTU, outros)8. OSX (Mac/Apple)9. Não soube precisar						

6.2 Quanto à quantidade de computadores com acesso à internet	
6.2.1	Administração
6.2.2	Direção
6.2.3	Recepção
6.2.4	Consultórios
6.2.5	Bloco cirúrgico
6.2.6	Unidades de internação
6.2.7	Unidade de tratamento Intensivo
6.2.8	Outros locais
6.2.9	Qual é o tipo de conexão à internet utilizada? 1. Discada 2. Banda larga dedicada ADSL/Cabo/Link 3. Satélite 4. Operadores de celular (EDGE/3G/4G)
6.2.10	Em média qual o tempo, em minutos, que a internet fica fora do ar por dia? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.3 Quanto aos sistemas institucionais de informação	
6.3.1	O hospital utiliza algum sistema de gestão próprio? (caso sim, qual?) 0.Não 1.Sim
6.3.1.1	Quais os sistemas utilizados?
6.3.1.2	Quais os sistemas utilizados?
6.3.1.3	Quais os sistemas utilizados?
6.3.1.4	Quais os sistemas utilizados?
6.3.2	Qual é o valor gasto com sistema de informação por mês? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

6.4 Quanto à programação de ações/supervisão hospitalar		
Quais dos seguintes sistemas o hospital alimenta	0.Não	1.Sim
6.4.1 A programação física do SIA/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital em conjunto com o gestor local do SUS?		
6.4.2 A programação física do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) /SUS é realizada com a participação da gestão do hospital em conjunto com o gestor local do SUS?		
6.4.3 A disponibilização da numeração da Autorização de Internação hospitalar (AIH) é realizada em que momento? <ol style="list-style-type: none"> 1. No processo de internação 2. Após a alta do paciente 		
6.4.4 Existe auditoria hospitalar com visita presencial do auditor? <ol style="list-style-type: none"> 0.Não 1.Sim 		
6.4.5 Qual a periodicidade da visita? <ol style="list-style-type: none"> 1. Mensal 2. Bimensal 3. Outra periodicidade 		
6.4.6 Como é autorizado a internação-laudo? <ol style="list-style-type: none"> 1. Pré-autorizado 2. Pós autorizado 		

7 Quanto à segurança do paciente		
7.1 Quanto às ações preconizadas pelo programa nacional de segurança do paciente		
Itens	0.Não	1.Sim
7.1.1 Assegura os padrões mínimos de segurança para equipes cirúrgicas e atividades na sala de cirurgia		
7.1.1.1 <i>Checagem de instrumentos e equipamentos antes da cirurgia</i>		
7.1.1.2 <i>Checagem da identificação do paciente a ser operado</i>		
7.1.1.3 <i>Marcação do local da cirurgia com caneta dermatográfica</i>		
7.1.1.4 <i>Conferência/contagem de compressas utilizadas durante procedimentos cirúrgicos</i>		
7.1.2 Fornece orientações sistemáticas sobre higienização de mãos:		
7.1.2.1 <i>Antes de tocar o paciente,</i>		
7.1.2.2 <i>Antes de realizar procedimento,</i>		
7.1.2.3 <i>Após contato com fluidos corporais,</i>		
7.1.2.4 <i>Após tocar o paciente ou superfícies próximas a ele</i>		
7.1.3 Adota medidas para a prevenção de úlceras por pressão:		
7.1.3.1 <i>Adoção de cuidados com a posição do paciente e mudanças de decúbito</i>		
7.1.3.2 <i>Avaliação diária da pele em relação ao surgimento de lesões</i>		
7.1.3.3 <i>Avaliação de macas e colchões utilizados</i>		
7.1.4 Adota ações para a prevenção de quedas:		
7.1.4.1 <i>Identificação visual de pacientes com risco de quedas</i>		
7.1.4.2 <i>Camas/macacões com grades laterais</i>		
7.1.4.3 <i>Orientação aos pais que mantenham crianças internadas constantemente acompanhadas</i>		

7.1.5 Adota ações para a identificação de pacientes:		
<i>7.1.5.1 Conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos</i>		
<i>7.1.5.2 Conferência dos dados do paciente antes da administração de medicamentos</i>		
<i>7.1.5.3 Identificação do paciente em pulseira, na prescrição médica e no rótulo de medicamento/hemocomponente antes de sua administração</i>		
<i>7.1.5.4 Checagem da pulseira da mãe e bebê antes da alta médica</i>		
<i>7.1.5.5 Conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos</i>		
7.1.6 Controla o uso e administração de medicamentos:		
<i>7.1.6.1 Uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar embalagens</i>		
<i>7.1.6.2 Padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso de nomes comerciais</i>		
<i>7.1.6.3 Dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos</i>		
<i>7.1.6.4 Checagem antes da administração: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via de administração certa, dose certa, anotação correta</i>		
7.1.7 Adota medidas para promover a boa comunicação entre os profissionais:		
<i>7.1.7.1 Registro nos prontuários de todas as informações referentes ao cuidado, procedimentos e condutas realizadas com os pacientes</i>		
<i>7.1.7.2 Passagem de plantão médico presencial</i>		
<i>7.1.7.3 Relatórios médicos no caso de transferência para outra unidade</i>		
<i>7.1.7.4 Como ocorre a comunicação entre os profissionais sobre o acompanhamento de casos?</i>		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prontuário único 2. Reuniões de discussão de casos 3. Corrida de leito multiprofissional 4. Caderno de relatório 5. Não há atividade estruturada 		

7.2 Quanto às infecções relacionadas à assistência à saúde		
Itens	0.Não	1.Sim
7.2.1 Ocorre a administração de antibiótico profilático antes das cirurgias?		
7.2.2 O hospital monitora as infecções relacionadas à assistência à saúde. Caso sim, de quem?		
7.2.2.1 <i>Pacientes de UTI</i>		
7.2.2.2 <i>Pacientes imunodeprimidos (transplantados/portadores de neoplasias)</i>		
7.2.2.3 <i>Pacientes cirúrgicos</i>		
7.2.2.4 <i>Neonatos</i>		
7.2.3 O hospital conta com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH? Caso sim, como ela se caracteriza?		
7.2.3.1 <i>Própria</i>		
7.2.3.2 <i>Compartilhada com outras unidades</i>		
7.2.3.3 <i>Há médicos na CCIH?</i>		
7.2.3.4 <i>Há enfermeiros na CCIH?</i>		
7.2.4 A CCIH possui indicadores de monitoramento?		
7.2.4.1 <i>Taxa infecção hospitalar geral para o hospital ou para cada unidade de internação</i>		
7.2.4.2 <i>Taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central</i>		
7.2.4.3 <i>Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica</i>		
7.2.4.4 <i>Taxa de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora</i>		
7.2.4.5 <i>Taxa de infecção em sítio cirúrgico em cirurgias limpas</i>		
7.2.4.6 <i>Taxa de sepse precoce em neonatos</i>		
7.2.4.7 <i>Taxa de sepse tardia em neonatos</i>		

8 Inserção do hospital nas redes de atenção à saúde		
8.1 Inserção nas redes temáticas		
8.1.1 Este hospital realiza internações? 0.Não 1.Sim		
<i>8.1.1.1 Como se realizam as internações neste hospital?</i> 1. Serviço móvel de urgência SAMU 2. Central de regulação de urgência 3. Demanda espontânea		
Em quais redes o hospital está inserido	0.Não	1.Sim
8.1.2 O hospital está inserido na rede cegonha? (caso sim em qual componente)		
<i>8.1.2.1 Pré-natal</i>		
<i>8.1.2.2 Parto e nascimento</i>		
<i>8.1.2.3 Puerpério e atenção integral à saúde da criança</i>		
<i>8.1.2.4 Sistema logístico: transporte sanitário e regulação</i>		
8.1.3 O hospital está inserido na rede de urgência e emergência? (caso sim em qual componente)		
<i>8.1.3.1 Portas hospitalares de urgência</i>		
<i>8.1.3.2 Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração</i>		
<i>8.1.3.3 Leitos de cuidados intensivos</i>		
<i>8.1.3.4 Reorganização das linhas de cuidado prioritárias</i>		
<i>8.1.3.5 Sala de Estabilização</i>		
<i>8.1.3.6 Promoção, prevenção e vigilância à saúde</i>		
8.1.4 O hospital está inserido na rede de atenção psicossocial? (Caso sim em qual componente)		
<i>8.1.4.1 Sala de estabilização</i>		

8.1.4.2	<i>Portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro</i>		
8.1.4.3	<i>Enfermaria especializada em hospital geral</i>		
8.1.4.4	<i>Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas</i>		
8.1.5	O hospital está inserido na ?(caso sim em qual componente)		
8.1.5.1	<i>Atenção básica</i>		
8.1.5.2	<i>Ações eletivas em média e alta complexidade</i>		
8.1.5.3	<i>Atenção hospitalar</i>		
8.1.5.4	<i>Urgência e emergência</i>		
8.1.6	O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais? (Caso sim em qual componente)		
8.1.6.1	<i>Atenção básica</i>		
8.1.6.2	<i>Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências</i>		
8.1.6.3	<i>Atenção hospitalar de urgência e emergência</i>		

8.2 Quanto ao desenvolvimento conjunto de ações			
Quais ações são desenvolvidas		0.Não	1.Sim
8.2.1	O estabelecimento atua de forma conjunta com a atenção básica?		
8.2.2	Há compartilhamento de médicos do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?		
8.2.3	Há compartilhamento de enfermeiros do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?		
8.2.4	Há compartilhamento de profissionais de enfermagem de nível médio do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?		
8.2.5	Há compartilhamento de outros profissionais de nível superior do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?		
8.2.6	Há compartilhamento de ações de educação permanente do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?		
8.2.7	O município abastece o hospital com medicamentos?		
8.2.8	O município concede algum apoio para a realização de manutenção de equipamentos?		
8.2.9	O município concede algum apoio para o gerenciamento de materiais?		
8.3 Quanto à regulação			
Quais ações são desenvolvidas		0.Não	1.Sim
8.3.1	O hospital atua sob regulação? Caso sim, para quais níveis		
		0.Não	1.Sim
			Qual é o nível da instância reguladora 1.Municipal/ 2. Estadual 3.Dupla

8.3.1.1	<i>Internação?</i>			
8.3.1.2	<i>Exames?</i>			
8.3.1.3	<i>Atendimento ambulatorial geral?</i>			
8.3.1.4	<i>Atendimento ambulatorial especializado?</i>			
8.3.1.5	<i>O HPP é referência para a UPA 24 horas?</i>			
8.3.1.6	<i>O HPP atua sob central de regulação de Urgências SAMU 192?</i>			
8.4 Quanto à existência de pactuações				
Quais ações são foram consolidadas		0.Não	1.Sim	
8.4.1	Há existência de fluxos pactuados entre os serviços do município?			
8.4.2	Há fluxos intergestores pactuados?			
8.4.3	Há protocolos formalizados para Regulação de acesso?			
8.4.4	Há protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar			
8.4.5	O gestor hospitalar conhece as atribuições do hospital junto ao sistema de saúde local?			
8.4.6	O Hospital é referência para atendimento à população indígena?			
8.4.7	Quais são as principais causas para referenciamento de pacientes?			
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de médicos 24 horas 2. Dificuldades para a realização de exames clínicos laboratoriais 3. Dificuldades para a realização de exames radiológicos 4. Ausência de especialistas 5. Inexistência de leitos de CTI 6. Impossibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos 7. Impossibilidade de realização de procedimentos ortopédicos 8. Outros 			

8.4.8 Quais são as dificuldades enfrentadas para o encaminhamento a outros pontos de atenção?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Protocolos de difícil execução para o serviço de apoio à diagnose e terapia 2. Inexistência de protocolos de transferência de pacientes 3. Inexistência de pactuação para transferências de pacientes 4. Transporte inadequado por ausência de profissionais ou ausência de veículo 5. Inexistência de transporte 6. Inexistência de médicos durante 24 horas. 7. Tempo maior que 3 horas para o deslocamento do paciente 8. Condições inapropriadas das estradas para o transporte de pacientes 		
8.4.9 Como é feito o transporte de pacientes em casos de transferência?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. SAMU 2. Transporte Sanitário 3. Transporte terceirizado 4. Outro 		
8.4.10 O hospital participa de algum programa do Ministério da saúde para aumento do acesso aos procedimentos Cirúrgicos Eletivos (PT 1.340 de 2012) e aos procedimentos de Traumatologia-Ortopedia de média complexidade (TOM – PT 880 de 2013)?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não 3. Desconheço 		
8.5 Quanto à existência de plano diretor hospitalar		
Em relação aos itens pode-se afirmar	0.Não	1.Sim
8.5.1 O hospital possui Plano Diretor Hospitalar?		
8.5.2 Há alguma necessidade de readequação para o perfil almejado?		
8.5.3 No PDH, há proposição de missão hospitalar?		
8.5.4 No PDH, há proposição de metas institucionais?		
8.5.5 No PDH, Há proposição de investimentos em estrutura predial?		
8.5.6 No PDH, Há proposição de qualificação gerencial?		

8.5.7	No PDH, Há proposição de ampliação dos serviços assistências prestados?		
8.5.8	No PDH Há proposição de alteração do perfil assistencial?		
8.6 Quanto aos conselhos assistenciais			
Em relação aos itens pode-se afirmar		0.Não	1.Sim
8.6.1	O hospital possui Conselho de saúde próprio?		
8.6.2	O hospital possui Conselho Gestor?		
8.6.3	O hospital tem participação nas instâncias de governança? (Caso sim, em quais?)		
8.6.3.1	<i>Conselho municipal de saúde</i>		
8.6.3.2	<i>Fórum de reunião com outros hospitais</i>		
8.6.3.3	<i>Fórum de reunião com a atenção básica</i>		
8.6.3.4	<i>Colegiado municipal de dirigentes de saúde</i>		
8.6.3.5	<i>Colegiado regional de dirigentes de saúde</i>		

9 Unidades de urgência			
9.1 Quanto aos atendimentos			
9.1.1	Pediatria	0.Não	1.Sim
9.1.2	Cirurgia geral		
9.1.3	Cardiologia		
9.1.4	Obstetrícia/ginecologia		
9.1.5	Psiquiatria		
9.1.6	Clínica médica		
9.1.7	Traumato-ortopedia		
9.1.8	Neurocirurgia		
9.1.9	Cirurgia bucomaxilofacial		
9.1.10	Outras especialidades cirúrgicas		
9.1.11	Pequenas cirurgias		
9.2 Quanto ao regime de funcionamento			
	Item	Menor que 24 horas	24 horas
9.2.1	Qual é o regime de funcionamento do serviço de urgência		
9.2.2	Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas espontâneas?		
9.2.3	Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas referenciadas?		
9.3 Quanto ao atendimento de demandas			
	Item	0.Não	1.Sim

9 Unidades de urgência		
9.3.1 O hospital pratica as diretrizes de acolhimento?		
9.3.2 O hospital pratica as diretrizes de classificação de risco?		
9.3.2.1 Qual é o protocolo utilizado 1. Manchester 2. Canadense 3. Australiano 4. Outro-		
9.3.3 Qual é o tempo médio de espera por atendimento médico?		
9.3.4 Como se dá a presença do profissional médico na urgência/emergência em dias úteis? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4.. À distância		
9.3.5 Como se dá a presença do profissional médico na urgência/emergência nos finais de semana (de sexta às 19 h. até segunda às 7 horas)? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
9.4 Quanto ao regime de funcionamento		
Como é feita a supervisão dos casos em observação	0.Não	1.Sim
9.4.1 Pelo médico diarista		
9.4.2 Pelo médico plantonista		
9.4.3 Pelo diarista e pelo plantonista		
9.4.4 A equipe de atenção da urgência é a mesma da atenção nas enfermarias?		
Qual é quantidade média de atendimentos considerando todas as especialidades dentro de 24 horas?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

10 Unidades ambulatorial					
10.1 Quanto às especialidades médicas					
Quanto à utilização da capacidade ambulatorial instalada são ofertadas consultas em?	0.Não	1.Sim	Qual a quantidade de consultórios disponíveis para atendimento	Quantos dias por semana são ofertadas consultas	Quantos turnos de funcionamento estão disponíveis por dia
10.1.1 Cardiologia					
10.1.2 Cirurgia					
10.1.3 Clínica médica					
10.1.4 Enfermagem					
10.1.5 Fisioterapia					
10.1.6 Ginecologia/obstetrícia					
10.1.7 Nutrição					
10.1.8 Odontologia					
10.1.9 Ortopedia					
10.1.10 Pediatria					
10.1.11 Psicologia					
10.1.12 Psiquiatria					
10.1.13 Como se dá a marcação de consultas?					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Marcada por meio da central de regulação 2. Marcação direta do usuário presencial 3. Marcação por telefone pelo usuário 4. Marcação direta da Unidade Básica de saúde 					

11 Unidades de internação			
11.1 Quanto ao processo de trabalho da unidade			
11.1.1 A organização do trabalho da enfermagem se dá por: <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupos de pacientes em cuidado integral 2. Tarefa e procedimento 			
11.1.2 Há necessidade de manter pacientes monitorados / entubados em ambiente diverso do CTI/UTI? <p>0.Não</p> <p>1.Sim</p>			
11.1.2.1 Qual local permanecem esses pacientes? <ol style="list-style-type: none"> 1. Na urgência 2. Nas enfermarias 			
11.1.3 Há disponibilidade médico para a realização de interconsultas? <p>0.Não</p> <p>1.Sim</p>			
11.2 Quanto ao processo de trabalho da unidade			
Turnos	2ª a 6ª	Sábado	Domingo e feriados
Diurno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarista 4 horas 2. Plantão exclusivo 12 horas 3. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 4. À distância 5. Sobreaviso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarista 4 horas 2. Plantão exclusivo 12 horas 3. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 4. À distância 5. Sobreaviso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diarista 4 horas 2. Plantão exclusivo 12 horas 3. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 4. À distância 5. Sobreaviso
Noturno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plantão exclusivo 12 horas 2. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 3. À distância 4. Sobreaviso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plantão exclusivo 12 horas 2. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 3. À distância 4. Sobreaviso 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plantão exclusivo 12 horas 2. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 3. À distância 4. Sobreaviso
	Plantão 24 horas	Plantão 24 horas	Plantão 24 horas

12 Unidades de bloco cirúrgico		
12.1 Quanto ao serviço de anestesiologia		
Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
12.1.1 É próprio		
12.1.2 Atende cirurgias eletivas		
12.1.3 Atende cirurgias de urgência		
12.1.4 Como se dá a presença de médicos cirurgiões?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apenas em cirurgias eletivas 2. Apenas nos atendimentos de urgência 3. Presença inferior a 24 horas 4. Presença 24 horas 5. Sobreaviso 		
12.1.5 Como se dá a presença de médicos pediatra na sala de parto?		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Telemedicina 2. Sem disponibilidade 3. Presença inferior a 24 horas 4. Presença durante 24 horas 		
13 Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico		
13.1 Quanto ao serviço laboratorial		
Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
13.1.1 O hospital conta com o serviço de laboratório		
13.1.1.1 O funcionamento é de 24 horas?		
13.1.1.2 O serviço de laboratório é próprio?		
13.1.1.3 O laboratório atende exclusivamente o hospital?		
13.1.1.4 O laboratório realiza exames de rotina?		
13.1.1.5 O laboratório realiza exames de urgência/emergência?		
13.2 Quanto ao serviço de imagem		
Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim

13.2.1 O hospital conta com o serviço de imagem?		
<i>13.2.1.1 O funcionamento é de 24 horas?</i>		
<i>13.2.1.2 O serviço de laboratório é próprio?</i>		
<i>13.2.1.3 O laboratório atende exclusivamente o hospital?</i>		
<i>13.2.1.4 O laboratório realiza exames de rotina?</i>		
<i>13.2.1.5 O laboratório realiza exames de urgência/emergência?</i>		
13.3 Quanto à farmácia		
Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
13.3.1 Há ações para a padronização de medicamentos?		
13.3.2 Há normalização por escrito?		
13.3.3 O funcionamento é de 24 horas?		
13.3.4 Como é o sistema de dispensação de medicamentos? 1. Coletivo 2. Dose individualizada 3. Dose unitária 4. Misto		
13.3.5 Como é feito o controle de medicamentos de uso controlado? 1. Armário específico com chave 2. Armário específico sem uso de chave 3. Sala específica 4. Não há controle		
13.4 Quanto aos serviços de central de material esterilizados/serviços de nutrição/lavanderia/manutenção predial		
Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
13.4.1 O hospital dispõe de serviço próprio de material esterilizado		
13.4.2 O hospital dispõe de serviço próprio de nutrição e dietética		
13.4.3 O hospital dispõe de serviço próprio de lavanderia		
13.4.4 O hospital dispõe de serviço próprio de manutenção predial		

14 Informações sobre ensino e pesquisa		
14.1 Programas de residência		
Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0.Não	1.Sim
14.1.1 O hospital oferta vagas para programas de residência médica		
<i>14.1.1.1 As vagas são para clínicas básicas? Caso sim, quais?</i>		
14.1.1.1.1 Ginecologia e obstetrícia		
14.1.1.1.2 Pediatria		
14.1.1.1.3 Clínica médica		
<i>14.1.1.2 As vagas são para especialidades?</i>		
14.1.1.2.1 Quais _____		
14.2 Programas de estágio		
14.2.1 O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores		
<i>14.2.1.1 Para quais cursos?</i>		
14.2.2 As vagas são para instituições públicas		
14.2.3 As vagas são para instituições privadas		
14.2.4 O hospital oferta vagas para estágios de cursos técnicos ou de nível médio		
14.3 Programas de educação permanente		
14.3.1 O hospital possui projetos de educação permanente		
<i>14.3.1.1 O projeto de educação permanente é próprio</i>		
<i>14.3.1.2 O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o Município</i>		
<i>14.3.1.3 O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o estado</i>		
<i>14.3.1.4 O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o estado e o município</i>		
<i>14.3.1.5 O hospital promove reuniões científicas</i>		

14.4 Participação em projetos de pesquisa		
14.4.1 O hospital participa de projetos de pesquisa?		
14.4.2 O hospital recebe recursos adicionais pela participação em projetos de pesquisa?		
14.4.3 De qual origem são oriundos os recursos adicionais fruto de pesquisa?		
15 Informações econômico financeiras		
15.1 Receitas		
Em relação às receitas do hospital pode-se afirmar	R\$	%
15.1.1 Qual é a receita anual do hospital		
Qual é a origem das receitas e seus respectivos valores	R\$	%
15.1.2 Público federal (SIA, AIH, transferência em bloco, incentivo pesquisa e ensino)		
15.1.3 Público estadual		
15.1.4 Público municipal (repasses ou transferências regulares)		
15.1.5 Privada		
15.1.6 Venda de serviços a operadoras de plano de saúde		
15.1.7 Desembolso direto		
15.1.8 Doações e contribuições		
15.1.9 Outras (alugueis, estacionamento, lanchonete)		
15.1.10 Quais benefícios o hospital possui direito		

15.2 Benefícios ou subsídios		
Em relação aos subsídios ou benefícios do hospital pode-se afirmar	R\$	%
15.2.1 Filantropia (CEBAS)		
15.2.2 Redução de tarifa de energia		
15.2.3 Redução na tarifa de água		
15.2.4 Outros		
15.3 Repasse de recursos para investimentos nos últimos 36 meses		
Em relação ao repasse de recursos dos últimos 36 meses qual foi a destinação dos mesmos	0.Não	1.Sim
15.3.1 O hospital recebeu recursos para investimento?		
Como os recursos para investimento foram utilizados?	R\$	%
15.3.1.1 Obras de reforma e ampliação		
15.3.1.2 Aquisição de equipamentos e instalações		
15.3.1.3 Capacitações		
15.3.1.4 Melhorias físicas e operacionais para melhora de segurança do paciente		
15.3.1.5 Melhorias físicas operacionais visando articulação com a rede de atenção à saúde		
Qual foi a origem dos recursos destinados a investimento	R\$	%
15.3.1.6 Público federal		
15.3.1.7 Público estadual		
15.3.1.8 Empréstimo de recursos privados		
15.3.1.9 Empréstimo de recursos públicos		
Naqueles casos em que foi feito empréstimo qual fonte será utilizada para fins de pagamento do mesmo?		

15.3.1.9.1 Receita corrente pública?		
15.3.1.9.2 Receita corrente privada		
15.3.1.9.3 Recursos da mantenedora?		
15.4 Dívidas		
Em relação às eventuais dívidas que o hospital possua	0.Não	1.Sim
15.4.1 O hospital possui dívidas?		
Como se dá a distribuição da mesma?	R\$	%
<i>15.4.1.1 Qual o valor da mesma</i>		
<i>15.4.1.2 Trabalhista</i>		
<i>15.4.1.3 Tributária</i>		
<i>15.4.1.4 Previdenciária</i>		
<i>15.4.1.5 Indenizações não trabalhistas</i>		
<i>15.4.1.6 Outros</i>		
15.5 Despesas		
Em relação às despesas do hospital	0.Não	1.Sim
15.5.1 O hospital possui centro de custo?		
Como se dá a distribuição das despesas?	R\$	%
15.5.2 Qual o custo leito/dia		
15.5.3 Qual é a despesa operacional anual corrente		
15.5.4 Qual é a despesa anual com folha de pagamento?		
15.5.5 A folha de pagamento representa qual percentual das despesas do hospital?		
Qual o percentual de despesas gastas com		

15.5.6 Médicos		
15.5.7 Enfermagem		
15.5.8 Outros profissionais		
15.5.9 Corpo administrativo		
15.5.10 Medicamentos		
15.5.11 Gases medicinais		
15.5.12 Material médico hospitalar		
15.5.13 Outros materiais		
15.5.14 Manutenção de equipamentos		
15.5.15 Manutenção predial		
15.5.16 Serviços terceirizados		
15.5.17 Demais gastos		

15.6 Despesas com folha de pagamento						
Categoria	Quantidade	Horas totais/mensais dedicadas	Ambulatorial (%)	Hospitalar (%)	Urgência e emergência (%)	Outros (%)
15.6.1 Médicos						
15.6.2 Enfermeiros						
15.6.3 Farmacêuticos						
15.6.4 Fisioterapeuta						
15.6.5 Biólogo						
15.6.6 Nutricionista						
15.6.7 Técnicos						
15.6.8 Analistas						
15.6.9 Auxiliares						
15.6.10 Administradores						
16 Gestão de recursos humanos						
16.1 Práticas de RH						
Em relação às práticas de GRH quais são praticadas pelo hospital?					0.Não	1.Sim
16.1.1 O hospital desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento?						
16.1.1.1 Qual o orçamento dedicado?						
16.1.1.2 Os médicos passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?						
16.1.1.3 Os enfermeiros passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?						
16.1.1.4 Outros profissionais passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?						

16.1.1.5 O hospital registra o total de horas de treinamento por funcionário?												
16.1.1.6 Qual o total de horas de treinamento (considerar somente os empregados treinados)												
16.1.2 O hospital desenvolve ações de avaliação de desempenho?												
16.1.2.1 Qual a frequência da avaliação de desempenho												
16.1.2.2 O hospital possui plano de cargos, carreiras e salários?												
16.1.2.3 Há critérios definidos para a promoção de funcionários? Caso sim, quais?												
16.1.2.3.1 Tempo de serviço												
16.1.2.3.2 Mérito												
16.1.2.3.3 Qualificação												
16.1.2.3.4 Desempenho												
16.1.3 O hospital registra indicadores de Gestão de Recursos Humanos?												
16.1.3.1 Há indicador de rotatividade de pessoal?												
16.1.3.1.1 Qual o valor médio dos últimos 12 meses (Denominador: número de desligamentos por mês Numerador: total de funcionários em relação ao período avaliado)												
16.1.3.1.2 Há indicador de absenteísmo? (Denominador: total de horas ausentes por mês (faltas legais, atestados*, faltas injustificadas) numerador: total de horas contratadas em relação ao período avaliado)												
16.2 Quanto ao custo das ações de GRH												
Qual é a distribuição, mês a mês, dos gastos com os seguintes tópicos?												
Item	Médicos		Nível superior saúde		Nível médio saúde		Nível superior apoio/administrativo		Nível médio apoio/administrativo			
	R\$	QTS	R\$	QTS	R\$	QTS	R\$	QTS	R\$	QTS		

