

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

LUCAS GOMES COSTA DE PAULA

**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE BRASILEIROS E SUA INSERÇÃO EM REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE RECURSOS HUMANOS**

Belo Horizonte

2017

Lucas Gomes Costa de Paula

**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE BRASILEIROS E SUA INSERÇÃO EM REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE RECURSOS HUMANOS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Mestre em Administração

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz  
Barbosa

Belo Horizonte

2017

### Ficha Catalográfica

P324h  
2017

Paula, Lucas Gomes Costa de.  
Os hospitais de pequeno porte brasileiros e sua inserção em redes de atenção à saúde na perspectiva de recursos humanos [manuscrito] / Lucas Gomes Costa de Paula. – 2017.  
185 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.  
Inclui bibliografia (f. 141-149) e anexo.

1. Sistema único de saúde – Teses. 2. Serviços de saúde – Brasil – Teses. 3. Recursos humanos na saúde – Teses. 4. Hospitais – Brasil – Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. IV. Título.

CDD: 614.981



**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 DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO do Senhor **LUCAS GOMES COSTA DE PAULA**, REGISTRO Nº 602/2017. No dia 16 de fevereiro de 2017, às 10:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 24 de janeiro de 2017, para julgar o trabalho final intitulado "**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE BRASILEIROS E SUA INSERÇÃO EM REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE RECURSOS HUMANOS**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre 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 ao candidato para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença do candidato 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 ao candidato 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, 16 de fevereiro de 2017.

NOMES

ASSINATURAS

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

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria do Carmo .....  
(FHEMIG-SMS/PBH)

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Núbia Cristina da Silva .....  
(CEFET/MG)

Aos meus pais, João e Sandra

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a Deus, pela coragem, persistência e força para enfrentar todos os desafios colocados durante a vida

A minha família, em especial, a meus pais, pelo amor incondicional, em todos os momentos, virtude de muito carinho e afeição; a meu irmão, pela paciência nos períodos mais estressantes; a meus avós, pelo zelo e as infinitas orações; a meus tios e primos, em especial, meu tio Luiz Eduardo, pela ajuda nesse período

Em especial, ao prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, por quem tenho total e imensa admiração e respeito. Pelo apoio, incentivo e dedicação em cada etapa do processo de orientação, sobretudo, pelos ensinamentos proporcionados durante a minha vida acadêmica, desde a graduação e, mais especialmente, no mestrado. Sou eternamente grato pela confiança depositada em mim.

A minha companheira e cúmplice, Bárbara, compartilhando ao meu lado as sensações mais belas nos últimos dois anos. Você é mais que especial. Eu amo você.

A todos os meus professores, pela sabedoria transmitida

Às professoras Monica Viegas Andrade e Kenya Valéria Micaela de Souza Noronha, pelo aprendizado durante a minha graduação, proporcionando minha formação enquanto pesquisador o que me possibilitou chegar até aqui

A todos os meus amigos de Sete Lagoas, por todo o companheirismo, pelos momentos de diversão, pelas preocupações com a minha ausência, pelo total apoio e respeito a minha carreira acadêmica. A todos vocês meu muito obrigado. Agradeço, em especial: Amanda, Fernando, Márcio, Lessa, Leticia, Gláucia, Tetê, Rafaela, Tobias, Douglas, Teixeira, Naiam, pelas constantes mensagens.

As minhas amigas da sala 2064, Michelle e Julia que, desde os tempos da graduação, sempre se dispuseram a ajudar, com total prontidão, as principais dificuldades encontradas.

Aos meus amigos de Belo Horizonte, que sempre me disseram palavras confortáveis de apoio e perseverança e compartilharam momentos únicos ao meu lado, especialmente, Leo, Agner, Ed, Ana Paula, Fran, João Victor, Alexandre.

À Patrícia que, mesmo distante, sempre me conforta com suas palavras

Aos amigos do mestrado, pelas horas de discussões e troca de conhecimentos

Aos amigos do Observatório de Recursos Humanos em Saúde e do Nig-One, fundamentais com suas contribuições para o enriquecimento do trabalho, em especial, ao Thiago, pela ajuda na familiarização com o banco dados e com os modelos do estudo.

## RESUMO

O objetivo deste trabalho é investigar se práticas de recursos humanos desenvolvidas nos Hospitais de Pequeno Porte influenciam sua inserção em Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir das discussões emergentes sobre a necessidade de organização do Sistema Único de Saúde em redes, estabeleceu-se um recorte das variáveis de inserção nas RAS e de variáveis de recursos humanos do Estudo dos HPPs desenvolvidos por Facchini e Barbosa (2014). As variáveis de redes selecionadas no estudo compreendiam seis dimensões: redes temáticas, compartilhamento de ações com atenção básica, regulação, pactualizações, plano diretor e conselhos assistenciais. Já as variáveis de recursos humanos foram selecionadas após uma aferição completa do questionário, totalizando um total de dez (10) variáveis trabalhadas. Feito isso, foram produzidas informações descritivas das ações de RH assim como também de sua vinculação às RAS. No segundo momento, estimaram-se modelos de regressão de modo que se permitiu medir a relação entre essas duas categorias. Os resultados apontaram que, de uma forma geral, o desenvolvimento de práticas de recursos humanos estimulou a inserção dos HPPs nos componentes de inserção em redes de atenção, sustentando a hipótese levantada por este trabalho. Sendo assim, confirma-se a relevância da gestão de pessoas para consecução dos objetivos do hospital, sobretudo quando esses hospitais buscam ser mais eficientes a partir de sua inserção em redes de atenção.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde, Recursos Humanos na Saúde, Hospital de Pequeno Porte, Sistema Único de Saúde.



## ABSTRACT

The objective of this work is researching if the human resources practices developed in the small hospitals (SH) influencierte in their insertion in health care networks (HCN). Starting from emerging discursions about the need for organization of the health system of Brazil in networks, was established a record of the variety of insertions in the HCN and of varieties of human resources of the state of small hospitals developed by Facchine and Barbosa (2014). The varieties of the networks selected in the research, that are six dimensions: temathics networks, sharing actions a with attention, basic, regulation, pactualizations, director's plan and assistencialists advices. About the varieties of human resources, were selected after one complete gauging of quiz, in total of ten (10) variabilities worked out. Afther that, descritivities informations were constructed of the HR's actions as their vinculation with HCN too in the second moment, regression models were estimated in a away that possibilitated the measure of the relations between both categories the results pointed to the development of practices of human resources stimulated the insercion of the SH in the care network insercion's components, sustaining the hipotesis raised by this research. Therefore, the management of people's revelance to the building of hospitals, specially when this hospitals look for more efficiency starting from their insercion in attention networks.

Keywords: Health Care Networks, Human Resources in Health, Small Hospital, Health System of Brazil

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Adaptação do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do Modelo de Atenção à Saúde (MAS) de Mendes (2011) .....	20
<b>Figura 2 -</b> Modelo de investigação do estudo e seus constructos .....	25
<b>Figura 3 -</b> Modelo de gerenciamento de recursos humanos para a saúde .....	30
<b>Figura 4 -</b> Etapas do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde.....	48

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Terminologia e notação das variáveis.....	61
<b>Quadro 2:</b> Variáveis dependentes de RAS.....	62
<b>Quadro 3:</b> Variáveis independentes de RH.....	64
<b>Quadro 4:</b> Variáveis independentes de Unidades Assistenciais.....	65
<b>Quadro 5:</b> Variáveis independentes gerais.....	66
<b>Quadro 6:</b> Síntese das tabelas.....	68
<b>Quadro 7:</b> Síntese metodológica.....	69
<b>Quadro 8:</b> Síntese dos Resultados.....	134

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos HPPs nos estados brasileiros .....	59
<b>Tabela 2:</b> Número dos HPP que participaram da pesquisa e por faixa de leitos .....	60
<b>Tabela 3:</b> Percentual de cada umas práticas de RH adotadas nos HPP .....	70
<b>Tabela 4:</b> Número de práticas de RH adotadas pelos HPPs .....	71
<b>Tabela 5:</b> Práticas adotadas de RH por atendimento e contratualização ao SUS.....	72
<b>Tabela 6:</b> Práticas adotadas de RH por porte de leitos .....	72
<b>Tabela 7:</b> Práticas adotadas de RH por natureza jurídica e tipologia.....	73
<b>Tabela 8:</b> Práticas adotadas de RH por porte do município .....	74
<b>Tabela 9:</b> Práticas adotadas de RH por região metropolitana e IDH.....	74
<b>Tabela 10:</b> Percentual dos HPPs inseridos em redes temáticas .....	75
<b>Tabela 11:</b> Percentual dos HPP inseridos nas redes temáticas por grau de adoção de práticas de RH.....	76
<b>Tabela 12:</b> Inserção em redes temáticas pelo grau de adoção de práticas de RH .....	77
<b>Tabela 13:</b> Inserção em redes temáticas por variáveis de RH.....	78
<b>Tabela 14:</b> Inserção em redes temáticas por unidades assistenciais.....	80
<b>Tabela 15:</b> Inserção em redes temáticas por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH .....	82
<b>Tabela 16:</b> Percentual dos HPP que compartilham ações com a atenção básica.....	84
<b>Tabela 17:</b> Percentual dos HPP que compartilham ações com AB por grau de adoção de práticas de RH .....	85
<b>Tabela 18:</b> Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica pelo grau de adoção de práticas de RH.....	86
<b>Tabela 19:</b> Inserção no compartilhamento de ações/profissionais com a Atenção Básica por práticas de recursos humanos .....	88
<b>Tabela 20:</b> Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica por unidades assistenciais .....	90
<b>Tabela 21:</b> Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH.....	93
<b>Tabela 22:</b> Percentual dos HPP que atuam sob regulação dos seguintes níveis.....	96

<b>Tabela 23:</b> Percentual dos HPP que atuam sob regulação por grau de adoção de práticas de RH .....	97
<b>Tabela 24:</b> Inserção de atuar sob os diferentes níveis de regulação pelo grau de adoção de práticas de RH .....	98
<b>Tabela 25:</b> Inserção de atuar sobre regulação por práticas desagregada de recursos humanos .....	99
<b>Tabela 26:</b> Inserção de atuar sob regulação por unidades assistenciais .....	101
<b>Tabela 27:</b> Inserção de atuar sob regulação por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH .....	103
<b>Tabela 28:</b> Percentual dos HPP quanto a existência de pactualizações .....	106
<b>Tabela 29:</b> Percentual dos HPP que adotam pactualizações por grau de adoção de práticas de RH.....	107
<b>Tabela 30:</b> Chances de firmar pactualizações pelo grau de adoção de práticas de RH.....	108
<b>Tabela 31:</b> Chances de firmar pactualizações por práticas de RH .....	109
<b>Tabela 32:</b> Chances de firmar pactualizações por unidades assistenciais .....	111
<b>Tabela 33:</b> Chances de firmar pactualizações por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH .....	113
<b>Tabela 34:</b> Percentual dos HPP quanto a existência do plano diretor .....	116
<b>Tabela 35:</b> Percentual dos HPP que tem plano diretor por grau de adoção de práticas de RH .....	117
<b>Tabela 36:</b> Chances de se estabelecer plano diretor pelo grau de adoção de práticas de RH	118
<b>Tabela 37:</b> Chances de se estabelecer plano diretor por práticas de RH .....	120
<b>Tabela 38:</b> Chances de se estabelecer Plano Diretor por variáveis assistenciais .....	122
<b>Tabela 39:</b> Chances de se estabelecer Plano Diretor por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH.....	124
<b>Tabela 40:</b> Percentual dos HPP quanto a participação de conselhos assistências.....	126
<b>Tabela 41:</b> Percentual dos HPP que tem conselhos assistenciais por grau de adoção de práticas de RH.....	127
<b>Tabela 42:</b> Chances em participar de conselhos assistenciais pelo grau de adoção de práticas de RH.....	128
<b>Tabela 43:</b> Chances em participar de conselhos assistenciais por práticas de RH.....	129

**Tabela 44:** Chances em participar de conselhos assistenciais por variáveis assistenciais .... 131

**Tabela 45:** Chances de participar de conselhos assistenciais por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH ..... 133

## **LISTA DE ABREVIACOES**

AD – Avaliação de Desempenho

APS – Atenção Primária à Saúde

ARH – Administração de Recursos Humanos

CF – Constituição Federal

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde

EP – Educação Permanente

ESF – Estratégia de Saúde da Família

HPP – Hospital de Pequeno Porte

MAS – Modelo de Atenção à Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDH – Plano Diretor Hospitalar

PNHPP – Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RH – Recursos Humanos

RHS – Recursos Humanos em Saúde

RM – Região Metropolitana

RT – Redes Temáticas

SUS – Sistema Único de Saúde

T&D – Treinamento e Desenvolvimento

UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>20</b>
	2.1 Contextualizando o debate sobre Redes de Atenção e recursos humanos e hospitais de pequeno porte .....	20
	2.2 Recursos humanos na saúde.....	26
	2.3 Os hospitais de pequeno porte.....	39
	2.4 As Redes de Atenção à Saúde.....	47
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>56</b>
	3.1 Desenho geral do estudo .....	56
	3.2 Variáveis escolhidas para o estudo .....	60
	3.2.1 Variáveis dependentes.....	61
	3.2.2 Variáveis independentes.....	64
	3.3 Análise dos dados .....	66
	3.4 Síntese metodológica .....	69
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>70</b>
	4.1 Práticas de recursos humanos.....	70
	4.2 Redes temáticas .....	75
	4.3 Compartilhamento de ações com a atenção primária.....	84
	4.4 Regulação .....	95
	4.5 Existência de pactualizações.....	105
	4.6 Plano diretor hospitalar .....	115
	4.7 Conselhos assistenciais .....	125
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>136</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>141</b>
	<b>ANEXO</b>	

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação investigou a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a ótica de Recursos Humanos (RH)<sup>1</sup>. Tendo como objetivo primordial investigar a existência de uma associação entre as estratégias de recursos humanos e inserção em redes de atenção à saúde desses HPPs, este trabalho se justifica pela necessidade de se imprimir uma nova dinâmica para a gestão de RH no SUS. Embora se tenha um leque de estudos e contribuições sobre essa temática, na prática, ainda se encontram obstáculos para seu desenvolvimento. Nesse sentido, trabalhando a gestão de pessoas no contexto dos HPPs, poder-se-á levantar muitas questões acerca de suas singularidades que os diferenciam das demais organizações, bem como investigar as contribuições que uma gestão mais profissional e estratégica pode gerar para o alcance dos resultados assistenciais dessas organizações e epidemiológicos para o sistema.

Soma-se isso à motivação pela organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de conceber mais qualidade e mais eficiência para o Sistema Único de Saúde. Num contexto em que se acentuam as transformações epidemiológicas e demográficas da população, o SUS clama por uma gestão que implemente políticas que estejam voltadas, muito mais do que antes, para as necessidades de seus usuários. E, para que isso ocorra, é preciso quebrar o paradigma do modelo hospitalocêntrico centrado no cuidado do médico, a partir da substituição para um modelo alternativo que tenha a família e a comunidade como eixo norteador da assistência à saúde. Para tanto, a Atenção Primária a Saúde (APS) deve desempenhar o papel de eixo central de organização do SUS à qual os demais pontos do sistema estariam organizados a partir da APS. E é nessa arena de complexidade e muitos desafios que este trabalho se propõe trazer contribuições e levantar reflexões que possam imprimir as mudanças de que tanto se precisa.

Este debate tem sua lógica centrada no cenário de instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, tendo como valor a assistência à saúde enquanto um direito social e, portanto, obrigação do Estado em fornecê-lo mediante políticas públicas, estabelecendo o acesso igualitário às ações e serviços de saúde, sob a garantia da proteção, promoção e recuperação de

---

<sup>1</sup> A expressão *recursos humanos* aqui utilizada não se restringe à posição hierárquica de área dentro de uma estrutura organizacional e pode ser entendida de forma ampla como gerenciamento de pessoas sem prejuízo de seu conteúdo

sua população (BRASIL, 1988; PAIM, 2009). Estruturado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, o SUS tem sido uma importante política social, assumindo um caráter de inclusão dos grupos que historicamente se mantiveram sem o acesso às mínimas garantias sociais (SISSON, 2007).

Organizado por diretrizes, dentre elas a descentralização (também usualmente chamada de municipalização), o SUS, após sua criação, transfere para os municípios a responsabilidade sanitária local, na premissa de que os problemas de saúde seriam mais bem resolvidos no âmbito municipal (PAIM, 2009). Essa municipalização resultou na estruturação de seus serviços por níveis de competências distintas pela densidade tecnológica empregada por seus processos de trabalho (MENDES, 2011). O primeiro nível, representado pela atenção primária à saúde, oferta um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo e abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde e são dirigidas a populações bem delimitadas (CONASS, 2011b; ANDRADE *et al*, 2013). Estruturado por equipes multiprofissionais, nesse nível de atenção, procura-se desenvolver práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma do trabalho em equipe (CONASS, 2011b).

A opção por um sistema público e universal gera concomitantemente um duplo desafio para o sistema: ofertar um conjunto de serviços a grupos majoritariamente desassistidos, sob o prisma da focalização de programas, como é observado na APS via Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, paralelamente, implantar redes de atenção à saúde que, de fato, possam dar conta das necessidades de saúde da população (CONASS, 2011b).

Da mesma forma, posição semelhante ocupam também os serviços de média e alta complexidade. Tendo como amparo legal o princípio da integralidade, a assistência à saúde ao usuário do SUS também é garantida nos níveis de atenção em que o acesso se justifica pela necessidade de utilização de serviços mais densos tecnologicamente, não ofertados na atenção básica. E, mesmo que a APS seja o eixo orientador do sistema e porta de entrada (preferencialmente) do usuário, por vezes, os procedimentos demandados por eles exigem um maior grau de especialização e uso de tecnologias mais avançadas, na maioria das vezes, dispostas apenas nos hospitais.

Os hospitais, considerados o centro do sistema de saúde no Brasil, contam atualmente com 7.400 unidades com cerca de 741 mil leitos, numa média de 20 milhões de internações anuais.

Nota-se que são responsáveis por dois terços dos gastos do setor saúde assim como também boa parte dos serviços produzidos, em que aproximadamente 60% desse gasto é financiado com dinheiro público (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Um dos debates recorrentes no setor hospitalar está relacionado aos altos custos de seus serviços. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), embora o elevado crescimento dos hospitais no País, em torno de 40% desde a década de 1970 (sendo a maioria concentrados no setor público), boa parte deles tem se mostrado ineficientes para o sistema. A constatação de que 60% desses hospitais são de pequeno porte (abaixo de 50 leitos) gera ainda mais preocupações por principalmente não alcançarem ganhos de escala em seus processos, muito devido ao baixo volume de produção de suas atividades. Outro fator observado é que muitas das internações ocorridas nos hospitais poderiam ser evitadas caso houvesse uma atenção básica mais atuante na região (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MOURA *et al.*, 2010).

Em meio a todo esse processo de transformações, o debate sobre recursos humanos assume lugar relevante. Dussault e Dubois (2003) corroboram essa questão ao afirmarem que o sucesso das políticas de saúde dependerá muito de como seu processo de desenvolvimento e implementação será conduzido. Para esses autores, o insucesso dessas políticas se dá precisamente na insuficiente consideração dada às questões de recursos humanos em saúde. Representado por cerca de 10% dos trabalhadores com vínculos empregatícios formais do País (GADELHA e MALDONADO, 2008), a gestão do trabalho e de recursos humanos tem exigido um olhar condizente com as reais demandas de recursos humanos do sistema.

Dal Poz (2001, p. 44) destaca que os problemas de recursos humanos em saúde estão relacionados “[...] à especificidade do profissional de saúde e do trabalho em saúde que contemplam os problemas eternos de ausência de plano de cargos e carreiras, de questões salariais também não resolvidas e, finalmente, pela dificuldade em se estabelecer uma relação saudável entre a burocracia, o profissional e o usuário. Este autor enumera ainda uma *nova agenda* de dificuldades que emerge por imposição da municipalização da política de saúde, em que os sistemas locais que deveriam dar conta de regular e traçar políticas para recursos humanos oriundos de diferentes instituições e culturas padecem sob um contexto desfavorável e marcado por profundas transformações nas relações de trabalho cuja tônica passa a ser a flexibilização e (precarização) dessas relações (DAL POZ, 2001).

À luz dessa perspectiva, este trabalho tem como objetivo principal abordar a relação da gestão de recursos humanos na saúde, tendo como lócus os HPPs, sob o enfoque da sua inserção em

redes de atenção. Ao procurar caracterizar e descrever esses hospitais que desenvolvem práticas de recursos humanos e que estão fixados dentro das redes de atenção à saúde, a proposta será identificar quais variáveis estão relacionadas com sua inserção e que interferem na adoção de práticas de RH. Num segundo momento, no intuito de averiguar outros fatores que possam também estar contribuindo para inserção dos HPPs nas RAS, trabalhou-se na mesma lógica de análise, com categorias de estrutura e processos, além de variáveis de natureza espacial, buscando explicar o comportamento desses hospitais no desenvolvimento de práticas de RH.

Estruturada em cinco capítulos, tem, na sua sequência, uma contextualização geral do debate e, posteriormente, são apresentados os referenciais teóricos que compuseram a dissertação. A metodologia adotada utilizou como referência a base de dados de estudo desenvolvido por Facchini e Barbosa (2014), no conjunto de hospitais de pequeno porte brasileiros. Os resultados e sua análise, bem como as considerações finais, compõem o corpo final do trabalho. As referências e um anexo, com o instrumento que foi aplicado completam esta dissertação.

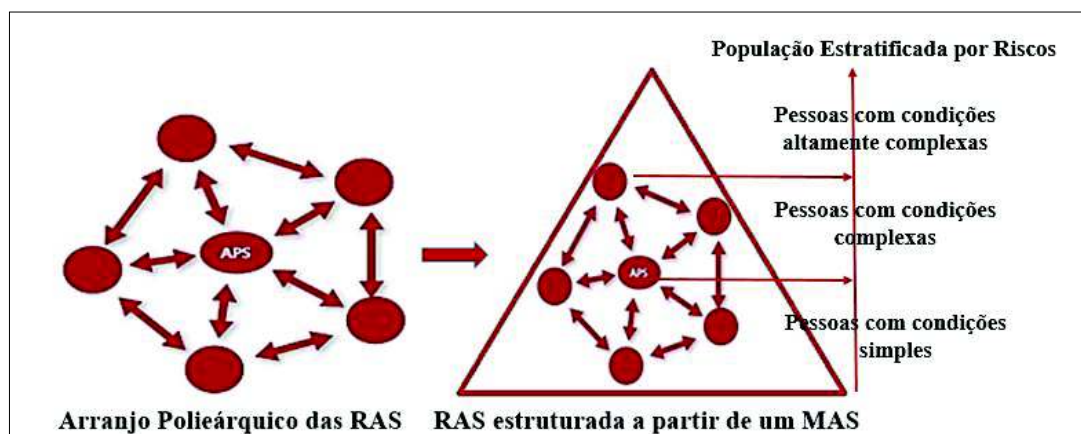
## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Contextualizando o debate sobre Redes de Atenção e recursos humanos e hospitais de pequeno porte

A discussão acerca do tema da dissertação exige um entendimento prévio sobre aspectos que permitem situar seus três eixos – redes de atenção à saúde, recursos humanos na saúde e hospitais de pequeno porte – que, associados à descentralização, ao financiamento, ao controle social e à gestão do trabalho, comumente levantados como barreiras para consolidação do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2005), apresentam-se como pilares deste trabalho.

No primeiro eixo, Mendes (2011) trata as Redes de Atenção à Saúde como organizações dispostas numa estrutura poliárquica (figura 1) de um conjunto de serviços de saúde com o objetivo de prestar assistência à saúde de forma contínua e integral a determinada população. Para organizar o funcionamento dessas redes, é preciso um sistema lógico capaz de articular de forma singular seus pontos de atenção com suas populações estratificadas por riscos, incumbência dada ao Modelo de Atenção à Saúde (MAS) (MENDES, 2011).

Figura 1- Adaptação do modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do Modelo de Atenção à Saúde (MAS) de Mendes (2011)



Fonte – MENDES, 2011, adaptada pelo autor da dissertação.

O modelo predominante do SUS, tal como posto hoje, é um modelo de atenção voltado para condições agudas, caracterizados basicamente por doenças transmissíveis e infecciosas (de curta duração) bem como por eventos externos, como os traumas. Logo, os serviços de saúde

mantêm-se estruturados e organizados para atender basicamente de forma mais eficiente os eventos agudos.

Contudo, as profundas mudanças de ordem demográficas e epidemiológicas, ocorridas nos últimos tempos, alterou, segundo Chaimowicz (1997), a carga de doenças presentes na população aumentando a prevalência das condições crônicas, tais como diabetes, doenças respiratórias e cardiovasculares, além das neoplasias, em contrapartida, diminuiu-se a morbidade-mortalidade por doenças infectocontagiosas, reflexo não apenas do desenvolvimento de vacinas como também de medidas sanitárias de infraestrutura. Nessas condições, Mendes (2011) sugere a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde sob a orientação predominantemente de um modelo de atenção voltada para as condições crônicas, para assim se obter maior qualidade e eficiência para o sistema.

A organização dos sistemas de saúde sob essa lógica de redes tem proporcionado maior eficiência dos mesmos, muito em decorrência dos ganhos de escala acumulados que, por vezes, apresentam uma relação estreita com a qualidade (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009; MENDES, 2011; RAMOS *et al.*, 2015). Esses resultados se tornam ainda mais expressivos no contexto de escassez de recursos, ao qual, segundo Mendes (2011), sejam eles físicos ou humanos, devem ser desconcentrados quando menos escassos, ao passo que recursos mais escassos devem ser concentrados sem provocar grandes vazios assistenciais.

Para ele, os sistemas organizados em rede são essenciais, pois superam a fragmentação gerada pelo próprio sistema; atuam de acordo com a demanda, estando de prontidão aos usuários e as suas necessidades; são suficientes para enfrentar a situação epidemiológica preponderante, como no caso brasileiro, da hegemonia das condições crônicas; são mais eficazes por apresentarem menores custos; mais equitativos por fornecerem, em determinadas circunstâncias, uma discriminação positiva em prol dos grupos mais empobrecidos e, por fim, maior qualidade dada pela ênfase a ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças (MENDES, 2011).

Com base nessas evidências, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu, ao final de 2010, a portaria n. 4.279 com as diretrizes organizativas do SUS em RAS. Essa portaria trata dos preceitos “[...] para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e

eficiência” (BRASIL, 2010). Além disso, estabelece os fundamentos conceituais e operativos para o processo de organização das RAS.

O segundo eixo, recursos humanos na saúde, ao assumir o pressuposto de que a efetividade das políticas em saúde depende do grau de envolvimento e de ação das pessoas (DUSSAULT e DUBOIS, 2003), permite constatar que esse debate, na figura dos profissionais em saúde, tem um papel-chave para garantir a inserção, seja dos hospitais ou de qualquer outro serviço, em Redes de Atenção à Saúde. Nesses anos de existência do SUS tem fomentado valiosos debates, tendo sido produzidos em seu fim alguns documentos, portarias e relatórios (BRASIL, 1995; 2002; 2003, 2006a, 2006b, 2008b; CONASS, 2004, 2007, 2011a, 2011b; CNS, 2005) mostrando a situação em que esse campo se encontra no setor saúde. E, tendo em vista a constituição das RAS no SUS, articuladas a um modelo de atenção à saúde que responda às características epidemiológicas da população, é necessário avançar também nas políticas e práticas de recursos humanos.

Tal preocupação da gestão de RH para o desenvolvimento do SUS, segundo Campos (2010), é relevante pelo fato de que o trabalho em saúde não se dá apenas pelo conhecimento técnico, mas por um contexto singular, que envolve as especificidades dos sujeitos, a incorporação de valores, de significados e de condições históricas, sociais e culturais. Além do mais, por contemplar diferentes formas de organização, de processos de trabalho e de produtividade, cujas naturezas dos seus serviços são extremamente complexas (CUNHA e CORRÊA, 2013), o setor saúde tem forte dependência de seus recursos humanos para possibilitar as mudanças necessárias para o sistema.

Entende-se aqui por recursos humanos a função ou atividade específica capaz de envolver a interface entre pessoas e organizações, buscando disponibilizar para as organizações os recursos humanos necessários para suas atividades (ALBUQUERQUE, 1987). Gil (2005) enfatiza que são as pessoas os recursos humanos mais importantes para se produzir (ou não) mudanças no interior de uma organização. E, pensando sob a ótica do processo de trabalho, a função de RH caracteriza-se como a forma em que as organizações alocam seus recursos para o trabalho, sejam eles humanos, estruturais ou financeiros, cujos pressupostos são a divisão de tarefas, o estabelecimento de critérios, normas e regras, definindo os objetivos a serem alcançados (SILVA, 2008a). Desempenhada ao longo da história associada ao contexto socioeconômico, político e cultural vigente para responder demandas e os resultados exigidos nas diferentes épocas (DUTRA, 2015), a administração dos recursos humanos hoje, segundo



Haddad *et al.* (2009), vêm enfrentando desafios, relativos, tanto a aspectos quantitativos de fixação e distribuição de profissionais, quanto qualitativos referentes à formação do profissional.

A atividade de recursos humanos assumiu algumas mudanças na sua forma de orientação e organização dentro das empresas, passando-se a ser nesse momento considerada como um ativo estratégico (KHATRI *et al.*, 2006). Essa ênfase na estratégia desloca a gestão de RH para um nível mais decisório dentro das organizações, o que eleva a importância desse setor para sua organicidade. Marconi (2003) entende esse novo arranjo da gestão de RH, pensada estrategicamente, como a definição de políticas e diretrizes com o intuito de aumentar as habilidades de seus funcionários e, por consequência, do próprio órgão público, para realizar seu trabalho com a intencionalidade de alcançar seus objetivos. Eventualmente, esse novo mundo contemporâneo vem experimentando inovações nos processos de gestão, horizontalizando as funções de gerência, (re)nomeando e (res)significando a gerência de recursos humanos para uma gestão de pessoas no sentido de *humanizar* a área e ao mesmo tempo valorizar o capital humano procurando assegurar qualidade, produtividade e competitividade (PIERANTONI *et al.*, 2008).

No tocante à saúde, os recursos humanos têm sido considerados meramente como elementos da gestão do trabalho, caracterizados pela força de trabalho, ou seja, os trabalhadores frente aos demais recursos do sistema (SILVA, 2008a). A estimativa é de que os salários, bonificações e pagamentos chegam a representar em torno de 65 a 80% dos custos totais das organizações da saúde (DUSSAULT e DUBOIS, 2003). Nessa via há de se concordar com Rodrigues e Witt (2010) ao dizerem que os recursos humanos no setor saúde constituem a base para viabilização e implementação de projetos, ações e serviços de saúde prestados à população.

Por último, o terceiro eixo estruturante traz o debate sobre hospitais de pequeno porte, frequentemente associados a um elevado aporte de recursos financeiros que, acima de tudo, vem motivando questionamentos associados à sua alocação ineficiente. De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009) que testaram o desempenho dos hospitais brasileiros a partir do *DEA* (método para estimar a eficiência técnica), somente 7% deles apresentaram bons índices. Os resultados dessa pesquisa mostraram que aumentos de escala levam a ganhos importantes de eficiência, isto porque se comprovou que o tamanho insuficiente dos hospitais (medido pelo número de leitos) foi o principal fator isolado que determinou a baixa eficiência total. Do mesmo modo, 91% dos hospitais apresentaram retornos de escala crescente, indicando que

aumentariam sua eficiência e reduziriam seus custos de forma significativa caso aumentassem sua escala de operações (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Ainda nesse estudo, apenas 6% das instituições hospitalares exibiram retornos de escala decrescente, o que significa que esses hospitais aumentariam sua eficiência caso ocorresse a diminuição do seu tamanho.

Os hospitais de pequeno porte, abaixo de 50 leitos, que representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do SUS (UGA e LOPEZ; 2007), conforme alguns achados, são disparados mais ineficientes do que aqueles que apresentam um maior número de leitos, consumindo mais recursos do que o necessário. (ANDRADE, 2007; LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009; RAMOS *et al.*, 2015). A literatura internacional tem indicado que o número de leitos ideais para os hospitais absorverem ganhos de escala varia em torno de 150 a 250 leitos (POSNETT, 2002). Mesmo de grande relevância por ser, muitas vezes, a única opção de atendimento médico em municípios isolados, o grande número de unidades, combinado com os baixos índices de utilização, sugere, frente ao atual modelo de atenção, um desperdício enorme de recursos o que torna as discussões em torno de suas funções nas RAS ainda mais cruciais (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Uga e Lopez (2007) observam que os hospitais de pequeno porte devem assumir um novo papel na rede assistencial de sua microrregião mantendo uma relação próxima com a Estratégia de Saúde da Família, servindo de suporte e apoio e tornando-se referência como ente prestador de serviços de média complexidade. Mendes (2011) também indica que a rede hospitalar do SUS deve passar por um processo de reengenharia que possa operar por eficiência e qualidade e que, no longo prazo, isso implicará a diminuição dos hospitais com menor números de leitos.

A luz dessa contextualização, esta dissertação estruturou-se conceitualmente abordando os três eixos conforme a figura 2.

Figura 2 - Modelo de investigação do estudo e seus constructos



Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação.

Com efeito, a inserção dos HPPs em redes de atenção, na perspectiva da gestão de recursos humanos em saúde, irá levar, a priori, a duas importantes questões que possam caracterizar a gestão de RH desses hospitais: a primeira diz respeito aos hospitais que têm um RH que se mantém responsável apenas por questões técnicas e burocráticas da organização tais como recrutamento, seleção e demissão de pessoal, entendido, por vezes, como um setor que gera custos para a instituição. Ou a segunda que visualiza o RH como estratégico, fazendo parte das tomadas de decisões em prol do alcance dos objetivos organizacionais e preocupado com o processo de trabalho de seus profissionais.

No caso específico da saúde, a lacuna existente entre essas duas abordagens pode levar a diferentes posições frente ao alcance de determinados objetivos tais como a adequação dos hospitais em RAS.

Portanto, é importante ressaltar que as relações proeminentes deste estudo têm como finalidade fornecer elementos que possam caracterizar a inserção dos HPPs em redes de atenção. Acredita-

se, sustentados pelas discussões existentes sobre a gestão do trabalho em saúde, que uma gestão de RH bem estabelecida dentro de uma organização de saúde elevaria suas possibilidades em alcançar seus objetivos. E, uma vez que os hospitais, enquanto pontos de atenção do sistema, deveriam estar inseridos em RAS, este trabalho pretende proporcionar empiricamente resultados que levem a comprovar que a gestão de recursos humanos pode de fato levar à inserção dos HPPs em redes de atenção à saúde.

## **2.2 Recursos humanos na saúde**

Para entender a forma de organização da gestão de recursos humanos<sup>2</sup> no SUS, é preciso, de antemão, compreender como tem se discutido e trabalhado a gestão de RH na saúde num contexto mais amplo, de modo a facilitar seu entendimento na perspectiva do SUS.

Há, porém, de se ressaltar que alguns dos desafios da implementação das políticas de recursos humanos para esse setor se mantêm ainda comuns em muitos locais, condicionados, em sua maioria, pela insuficiência de profissionais. Tal como se tem observado, enquanto em muitos países já se superaram os debates sobre o quantitativo dos trabalhadores em saúde, elevando as discussões a um nível que envolve a gestão do trabalho em si, muitos outros ainda permanecem à volta das dificuldades de composição da sua força de trabalho (DAL POZ *et al.*, 2009).

De qualquer forma, a compreensão da gestão de recursos humanos na administração pública vai muito além desses argumentos. À luz de uma abordagem sistêmica, RH é visto também como uma macrofunção de governo, que não se esgota na regulação de componentes da administração de pessoal (descrição de cargos, recrutamento, seleção, treinamento, desempenho, carreira etc.). Para além dessas características, ele precisa estar em conformidade com a missão institucional, de motivar, envolver e politizar as pessoas para que possam exercer a sua função estratégica de transformação (ALMEIDA *et al.*, 2008).

Pioneira nos principais documentos sobre o tema, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007) definiu os Recursos Humanos em Saúde (RHS) como sendo todos os trabalhadores

---

<sup>2</sup> Dessler (2003) resume a gestão de recursos humanos como o conjunto de práticas e políticas necessárias capazes de conduzir os aspectos relacionados às pessoas no trabalho de gerenciamento e que diz respeito à contratação, ao treinamento, à avaliação, à remuneração e ao oferecimento de um ambiente adequado e seguro aos funcionários da empresa.

fundamentalmente engajados em ações cuja intenção principal é a melhoria da saúde. Assim, as ações de promoção, proteção, reabilitação ou recuperação, desenvolvidas por um conjunto de agentes capazes, corresponderiam, segundo Paim (1994), aos RHS. Essas definições, por mais simplistas que sejam, reforçam o próprio conceito da OMS de que os sistemas de saúde consistem em “[...] todas as organizações, pessoas e ações cujo intuito principal é promover, restabelecer ou manter a saúde” (DAL POZ *et al.*, 2009).

Dal Poz e colaboradores (2009), ao elaborarem um relatório para entidade a despeito dos sistemas de avaliação dos recursos humanos em países de rendimentos baixo e médio, concluíram que os sistemas e serviços de saúde dependem de maneira crucial do tamanho, da capacidade e do empenho dos trabalhadores da saúde, estes, cada vez mais responsáveis pela superação dos gargalos que impedem o alcance das metas e dos objetivos da saúde. Em geral, são destacados como protagonistas e agente de mudanças, de modo que se torna impensável dissociar e, não, correlacionar o trabalho executado por eles com resultado das ações em saúde (ALMEIDA *et al.*, 2008).

A gestão de recursos humanos no campo da saúde desperta atenção e cuidado, pois trata-se, a rigor, de um setor de serviços com utilização intensiva de mão de obra especializada, cujo trabalho desempenhado pelas pessoas surge como principal fonte de sustentação de resultados (RODRIGUES e RODRIGUES 2012; BARBOSA e ROCHA, 2012). Além do mais, exige o uso de diferentes habilidades e de uma boa motivação da sua força de trabalho para a prestação de serviços de saúde de forma eficaz, garantindo a interação pessoal e trabalho de equipe (DAL POZ *et al.*, 2002), embora seja importante frisar que a noção de RHS deve ampliar para outros agentes que, mesmo não cuidando diretamente da saúde, produzem condições necessárias para a preservação de saúde da coletividade (PAIM, 1994).

A concordância em torno do entendimento e da praticidade da gestão de recursos humanos em saúde, ainda que esteja em aberto, transitou entre algumas vertentes, relacionadas, por vezes, ao *modus operandi* das práticas do trabalho. Nesse plano, Pires-Alves *et al.* (2008) registraram três questões-problema levantadas pela Organização Mundial de Saúde e que fomentaram, ainda que preliminarmente, alguns dos objetivos das políticas de recursos humanos para a saúde.

Em linhas gerais, a primeira dessas questões tratava do aspecto quantitativo da formação de médicos e enfermeiros, buscando encontrar uma resposta à necessidade de expansão dos

serviços de saúde nas várias partes do globo. A segunda, paradoxalmente à anterior, tinha maior preocupação com os aspectos qualitativos da formação desses profissionais, além de enfatizar a relevância dos demais trabalhadores da saúde nos processos do cuidado. Enquanto a última questão que, na verdade, configurou o período mais recente de investigação, dava ênfase à forte migração de profissionais para áreas mais desenvolvidas economicamente o que acabava por provocar desequilíbrios na assistência (PIRES-ALVES *et al.*, 2008).

Esse recorte, concatenado à baixa cobertura dos serviços de saúde, foi que elevou, conforme Pires-Alves *et al.* (2008) concluem, o conceito de desenvolvimento pessoal de saúde para uma posição que o colocava diretamente associado à ideia de administração de recursos humanos<sup>3</sup> (ARH). Nessa disputa, o modelo de planejamento apenas tecnicamente orientado é substituído por um maior destaque aos aspectos políticos e econômicos, conexos por uma articulação dos componentes de planejamento, de *produção* e gestão de recursos humanos tido como parte de ações. Em outras palavras, se impõe uma nova realidade para a ARH cujo perfil dos profissionais desloca da esfera paternalista-assistencialista e passa para o estratégico operacional<sup>4</sup> (BARBOSA, 2005).

Paim (1994) repercute sobre a crescente demanda do tema particularmente nos períodos recessivos e momentos de expansão econômica, cujos efeitos caminham para contenção ou ampliação do emprego no setor, bem como nas políticas de saúde e na organização dos serviços. Esses determinantes, somados aos *modelos pedagógicos* das instituições de ensino e da *forma de organização do trabalho*, representados pelas instituições de saúde, expressam, no amago desse processo, os perfis quantitativos e qualitativos do pessoal de saúde (PAIM, 1994). Fica claro, portanto, na visão do próprio autor, que as instituições de saúde e ensino atuam diretamente na determinação da formação dos RHS, embora, sejam incapazes de alterar, por si

---

<sup>3</sup> A *transformação* do departamento de recursos humanos em administração de recursos humanos (ARH) reflete o fato de que, nas organizações contemporâneas, achatadas e competitivas, seriam os funcionários, altamente treinados e competitivos, os recursos que geralmente constituem a responsabilidade para a competitividade da empresa (DESSLER, 2003). Para Almeida *et al.* (1993), esse processo permitiu a importação de tecnologias, que permitiram a operacionalização de subsistemas de RH, desde o recrutamento e seleção de pessoal, passando pela sua manutenção, até seu desenvolvimento.

<sup>4</sup> Pimenta (1999) discute essa transição reconhecendo a nova posição assumida para os *Recursos Humanos* na qual os trabalhadores são educados e treinados na perspectiva do aproveitamento máximo de suas potencialidades. Nesse momento, o papel desempenhado pelas organizações passa a repensar as atividades próprias de RH em termos estratégicos, como modo a integrá-los aos objetivos organizacionais de longo prazo (LACOMBE e TONELLI, 2001). Barbosa (2009) traça esse novo aspecto do trabalho como um diferencial competitivo das organizações de modo que, sua adaptação às mudanças, passa a ser um imperativo de sobrevivência, assim como o desenvolvimento de habilidades e competências, que agem como prerrogativas na manutenção do mercado

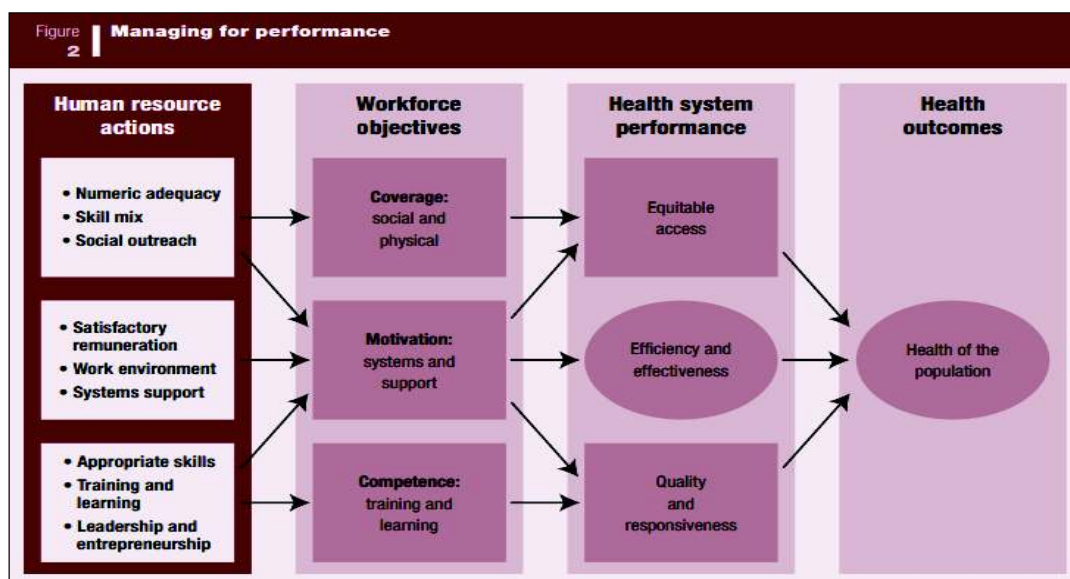
sós, a estrutura das práticas em saúde. Passados mais de vinte anos das contribuições levantadas por Paim (1994) esse cenário pouco mudou, permanecendo visíveis as dificuldades encontradas pela gestão de recursos humanos no SUS.

Desdobrando para os dias de hoje, a implementação de uma política de gestão de recursos humanos para a saúde tem aparecido ininterruptamente nas principais diretrizes de muitos sistemas nacionais. Tal como visto, o coro empírico em defesa de uma gestão mais profissional de recursos humanos para a saúde faz por desdobrar, nas várias frentes do setor, movimentos preocupados em melhorar o desempenho dos sistemas de saúde tendo como pano de fundo a gestão do trabalho (BRASIL, 2003; JOINT LEARNING INICIATIVE, 2004; KABENE *et al.*, 2006; NOVICK, 2006; ALMEIDA *et al.*, 2008; DAL POZ *et al.*, 2009).

Um desses documentos, produzido pela *Joint Learning Initiative* (2004), prega que somente por meio da ação do trabalhador, este, agente responsável por mudanças, seria factível o alcance dos objetivos do milênio para a saúde. Segundo o documento, para maximização eficiente dos recursos humanos, compartilhado também pela OMS (2007), os trabalhadores da saúde devem ser motivados, qualificados e apoiados de modo que sejam fortalecidas estratégias de força de trabalho capazes de gerar ganhos de eficiência para o sistema.

A mesma ideia é corroborada por Almeida e parceiros (2008) quando afirmam que a qualidade das ações e os serviços de saúde, oferecidos aos usuários, equivalem, na mesma medida, aos resultados da forma e das condições como são tratados, em cada local, os trabalhadores que neles atuam. E, portanto, conforme ilustrado na figura 3, para alcançar os resultados propostos nos sistemas de saúde, é necessário consolidar ações e estratégias que atuem, tanto em questões objetivas do trabalho tais como a quantidade e remuneração dos profissionais, como também naquelas subjetivas que envolvem habilidades e/ou competências. Suprida essa etapa, deve-se combinar esses elementos ao escopo do trabalho levando-se em conta os aspectos físicos, sociais, motivacionais e a própria formação e absorção de competências.

Figura 3 - Modelo de gerenciamento de recursos humanos para a saúde



Fonte - JOINT LEARNING INICIATIVE, 2004.

Seguindo esse pensamento Kabene *et al.* (2006) concluem que, para garantir a eficiência do sistema de saúde, é preciso, portanto, encontrar o equilíbrio entre os recursos humanos e físicos além de uma combinação adequada entre os agentes promotores e cuidadores da saúde, sobretudo quando os elevados gastos na área têm afetado a capacidade de contratar e manter profissionais competentes. Além do mais, questões como o tamanho, a composição e a distribuição da força de trabalho combinados com as de formação e migração dos profissionais e somadas às características sociodemográficas, geográfica e culturais, também têm-se apresentado como problemas sintomáticos da gestão de recursos humanos em saúde.

Rubio (1996), uma década antes, trabalhando o conceito de gestão de RH para a saúde, defendeu que, para que uma organização de saúde alcance suas finalidades, deveria se concentrar especificamente nas ações de coordenação e motivação das pessoas reconhecendo-as como parte dos recursos da organização. Nesse pensamento, os pressupostos resguardados pelo autor são de que os atores organizacionais são motivados por outros fatores além da mera remuneração como, por exemplo, a sua história, satisfação no emprego, motivação social e o meio ambiente.

Em que isso pese, chama a atenção a reflexão feita por Silva (1993) de que se faz necessário transcender a dimensão utilitarista do recurso humano apontando as condições que permitam o



seu desenvolvimento e a sua realização enquanto cidadão, no gozo dos seus direitos e poderes de modo que o trabalho não seja só visto como instrumento de sua participação solidária, de sua cooperação no desenvolvimento dos serviços de saúde ou da sociedade, mas também seu bem bem-estar social.

Quintana (2000) confere a gestão de recursos humanos como uma função nobre, essencial e complexa. Primeiro, por considerá-la um conchavo entre teoria e prática em torno dos processos econômicos, políticos, técnicos e culturais que afetam o trabalhador e sua contribuição para a saúde de uma determinada população. Segundo, pelo fato de os recursos humanos em saúde corresponderem à principal instância do sistema de serviços de saúde, da rede de atenção ou das próprias instituições dentro do atual quadro de políticas setoriais. E, somente nessas condições, poderia se falar de uma perspectiva estratégica da gestão de RH.

Na visão do Ministério da Saúde (2002) e também de autores como Fonseca e Seixas (2002), ao se considerar as verdadeiras questões para a construção de uma política de recursos humanos, estar-se-ia se referindo, por fim, a dois sistemas fundamentais: de um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – *a formação/preparação* para o trabalho; de outro lado, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – *a gestão do trabalho*. Por ventura, para implementação plena do SUS e para que sejam alcançados os objetivos e metas previstas nos *planos de saúde*, é crucial tratar realmente a gestão do trabalho como uma questão estratégica (ALMEIDA *et al.*, 2008). Isso permite observar aspectos acerca da implantação das políticas de recursos humanos no SUS.

Um deles é de que é crescente o consentimento entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão de pessoas afetam profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários do sistema (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; COTTA *et al.*, 2007; JUNQUEIRA *et al.*, 2010, ALMEIDA *et al.*, 2008). Sobretudo quanto a sua mão de obra que se apresenta complexa por englobar diversos grupos específicos de profissionais, com papéis distintos e estruturas de formação e regulação próprias (DAL POZ *et al.*, 2002).

Com efeito, Fonseca e Seixas (2002) defendem a priorização e a consecução das políticas de recursos humanos no SUS na busca por um sistema democrático, equitativo e eficiente. E, embora possa se aparentar óbvio, as dimensões do ideário do SUS que influenciam fortemente a formulação de políticas de recursos humanos para a saúde no Brasil precisam levar em conta

as questões conceituais, como a definição de saúde, prevista na Constituição Federal, as diretrizes (universalidade, integralidade e equidade) e a organização do sistema: pluralista, regionalizado, hierarquizado e descentralizado, com direção única em cada esfera de governo (FONSECA e SEIXAS, 2002).

Na prática, as primeiras iniciativas que retomam inquietações dessa temática na saúde foram levantadas no Programa de Preparação Estratégica de Pessoa à Saúde, na década de 70, o qual foi elaborado com a prerrogativa de criar sistemas de desenvolvimento de RH para saúde nos estados brasileiros. Entretanto, somente com a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), em 1986, um esboço de agenda para o tema foi pensado, abordando aspectos relacionados à baixa remuneração, às condições desfavoráveis de trabalho e à necessidade de incentivo para a qualificação (SILVA, 2008a).

Contudo, na mesma conferência, ficou evidente a submissão das políticas de formação de força de trabalho aos interesses empresariais lucrativos, tanto do sistema de ensino, quanto da prestação da assistência, o que acabou se manifestando numa descoordenação e multiplicidade de esforços (SILVA *et al.*, 2009). E mesmo com as propostas sendo retomadas num documento posterior do Ministério da Saúde, com intuito de explicitar diretrizes para a formulação de uma política de recursos humanos na perspectiva do SUS, ainda assim significou um movimento muito preliminar, episódico e insuficiente de direcionar a implementação dessas políticas (PAIM, 1994).

Não obstante, o balanço final acabou sendo satisfatório. A conferência conseguiu instigar debates acerca da política de desenvolvimento de trabalhadores para a saúde e, sobretudo, serviu para contribuir e reforçar todo um arcabouço de propostas sobre o tema, oriundos desde a reforma sanitária brasileira. Em termos de encaminhamentos "[...] consolidou as análises até então realizadas sobre a temática e propôs uma agenda para o movimento da Reforma Sanitária no tocante à questão da constituição da força de trabalho para o setor saúde, a ser cumprida como condição para a desejada implantação do Sistema Único de Saúde" (SILVA *et al.*, 2009, p. 28)

Transposto o campo das ideias, à medida que avançava a reforma administrativa do Estado brasileiro - em paralelo ao processo de municipalização do SUS - sustentadas pelas políticas neoliberais, com a opção por parte do governo pelo ajuste fiscal e controle dos gastos públicos,

iniciava-se, em consequência dessas alterações, um período de total retrocesso acarretando consequências negativas para as condições de vida e de trabalho dos assalariados.

De acordo com Novick (2006), a descentralização dos sistemas de saúde dos anos 90, gerados por externalidades da década anterior, processou uma gama de mudanças na gestão de recursos humanos para o setor público, e que nem sempre estiveram acompanhadas de transferências de recursos. Pelo contrário, as alterações ocorridas na época foram orientadas pela diminuição do Estado e pela flexibilização das relações de trabalho, priorizando seu papel regulador em detrimento da sua função executora (MARTINS, 2013).

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), um dos desarranjos ocorridos foram as novas formas de relação e de processos de trabalho que, no geral, foram prejudiciais para grande parte dos trabalhadores da saúde. Deluiz (2001) aponta que as alterações implementadas pelo governo brasileiro representaram o enxugamento das estruturas administrativas, na medida em que incorporava a terceirização das atividades, cujas consequências foram o desemprego e o estabelecimento de vínculos precários.

Logo, como era de se esperar, as privatizações e terceirizações dos serviços, do limite com gastos de pessoal e da não realização de concurso público acabaram por se tornar preponderantes para o crescimento do mercado informal em saúde com inúmeros prejuízos para o trabalhador, tendo como reflexo a introdução de modelos de contratação precários (MARTINS, 2013). Além do que, aumentar a flexibilização das funções estratégicas fragilizava e desalinava as ações de saúde no contexto do SUS, prejudicando, ao fim, a qualidade da assistência cuja “[...] prestação do cuidado à saúde oferecida pelos profissionais de saúde é de caráter essencial, contínuo, integral e multidisciplinar, e requer estabilidade na qualidade e quantidade da prestação do serviço” (KOSTER, 2008, p. 51). Conforme relatam Almeida *et al.* (2008), esse cenário dificultava progredirem as políticas de recursos humanos para o SUS.

Os avanços nas Políticas de Recursos Humanos para Saúde no Brasil ainda são incipientes. Os gestores de saúde são pouco sensibilizados e os trabalhadores pouco mobilizados. A precarização do trabalho em saúde é uma situação que persiste e as políticas salariais e de interiorização dos profissionais de saúde não são resolutivas. As ações em desenvolvimento ainda são frágeis não atendendo, portanto, às reais necessidades do Sistema (ALMEIDA *et al.*, 2008, p.31).

Nessas condições, o componente da gestão do trabalho se despontava como um dos principais eixos emblemáticos do SUS, à luz de um novo sistema de saúde que cobria, pela primeira vez na história, toda a população brasileira que, em decorrência, demandava um alto contingente de trabalhadores, num contexto em que, ao mesmo tempo, dialeticamente, predominava a lógica da racionalidade econômica, da contenção de gastos e da precarização do trabalho. Soma-se a isso o aspecto estrutural e sistêmico da administração dos recursos humanos que, naquela ocasião, colocava em questionamento, tanto o caráter da formação dos seus profissionais, tendo em vista as diretrizes curriculares que não expressavam o modelo de atenção à saúde exigido, como também no simples fato de que a gestão de RH e suas funções encontrava dificuldades, dado ao processo de municipalização, de estruturar determinantes práticos do trabalho como vínculo, jornada de trabalho, remuneração e carreira.

Há de se notar, contudo, que, por de trás desse cenário, se sustenta, ao mesmo tempo, uma relação, senão direta, ao menos estreita, entre as políticas de públicas junto ao modelo macroeconômico assumido pelos governos, por vezes, dirigidos por interesses próprios e sem muita objetividade com as reais demandas da população. É nesse sentido que Novick (2006), ao se debruçar sobre os recursos humanos em saúde, expõe a existência de uma justaposição de agendas, a qual ele chamou de *burocrática, flexível*, e uma agenda inacabada que refletiriam a postura assumida por muitos dos governos frente aos seus trabalhadores.

A agenda burocrática, primeira delas, diz respeito à idealização de uma estrutura de Estado sobre os preceitos do modelo weberiano<sup>5</sup> de burocracia pautado por carreiras estáveis e protegidas, baseadas em contratos por tempo indeterminado. Essa agenda incluía ainda uma preocupação na resolução dos problemas da administração pessoal, embora não necessariamente fossem solucionados. Em contraposição a primeira agenda, materializou-se a segunda, chamada de *flexível*, que surge da reforma administrativa de muitos países latinoamericanos na década de 90, baseada na versatilidade do trabalho e do emprego, na maioria das vezes, regidos pela lógica do mercado e do setor privado como elementos centrais de reestruturação.

---

<sup>5</sup>O Modelo Burocrático descrito por Weber (1982) defende que a organização ideal é caracterizada por cargos formalmente bem definidos, ordem hierárquica com linhas de autoridade e responsabilidades bem delimitadas. Segundo ele, a burocracia está presente nas grandes empresas, pois nelas existe uma necessidade crescente em se obter um controle e uma maior previsibilidade do seu funcionamento, para assim alcançar a eficiência, que é a máxima da burocracia. A superioridade técnica é que determina o progresso da organização. Nos órgãos públicos e legais, a burocracia é constituída de atividades do governo distribuídas de forma estável, sendo delimitada pelas normas, e só as pessoas qualificadas que podem exercer essas atividades.

Por último, a agenda considerada emergente, tratada comumente como o roteiro de *reconstrução das capacidades*, é o resultado da aglutinação dos problemas das reformas passadas, apontando os fracassos e necessidades de redefinição do Estado e seu papel de propositor da política social e da saúde em particular. Sobre essa agenda, Novick (2006) partilha que, em tempos de desemprego, pobreza e aparição de novas doenças, capazes de comprometer a eficácia dos sistemas de saúde, a saída seria simultaneamente priorizar a gestão de recursos humanos, relegados, até então, pelas duas primeiras reformas. Conforme atesta Paim (1994), entender a vinculação dessa problemática com o modelo econômico delineado pelo contexto da crise e pelas políticas de ajuste indicaria os obstáculos mais expressivos que contrariam o desenvolvimento dos RHS no Brasil.

Do ponto de vista da agenda flexível da década de 1990, teve-se a consolidação do Mercosul, como uma iniciativa de integração dos países da América Latina, liderados pelo Brasil, visando obter forças para seu desenvolvimento e sua estabilização econômica nesse período. Essa integração possibilitou também o fortalecimento de ações conjuntas, dentre elas, no setor saúde, que gradualmente se consolidava após a criação do SUS (GALLO, COSTA e MORAES, 2004).

Essa organização dos países no Mercosul, no que se refere ao setor saúde, tinha como objetivo “[...] definir e desencadear ações vinculadas a melhoria da qualidade e segurança dos produtos e serviços ofertados à população, à adequação dos sistemas de controle sanitário e a elaboração de propostas de procedimentos de organização, de sistematização e difusão da informação referente à área da saúde entre os Estados Membros” (ASSUNÇÃO *et al.*, 2007, p. 193). A saúde passa a ser vista como um eixo de estreita interdependência com o desenvolvimento humano podendo levar ao progresso social dos povos da região (RODRIGUEZ, 1995, *apud* ASSUNÇÃO *et al.*, 2007).

Costa (2004), citado por Gallo, Costa e Moraes (2004), corrobora, ao refutar que o desenvolvimento do setor saúde traz alguns benefícios como o aumento da inclusão social, a autonomia tecnológica ou diminuição das lacunas tecnológicas existentes, é estratégico para soberania do País, impulsiona o desenvolvimento integrado e sustentável e está diretamente relacionado com o combate à pobreza. Na mesma linha, as Nações Unidas (2005) partem da defesa de que ter uma boa saúde é um fator decisivo para o bem-estar das famílias e das comunidades que, por sua vez, é um requisito para o desenvolvimento humano com equidade.

Nessa perspectiva, Sayd, Vieira e Velandia (1998) destacam que as atividades de assistência à saúde apresentam singularidades bastante relevantes quanto aos seus princípios e regras que regem seu exercício e sua legitimidade na sociedade. Para eles, os processos de trabalho em saúde promovem uma crescente coletivização das atividades que integram profissionais de várias áreas e níveis de formação, tanto em unidade prestadora de atenção, quanto em um sistema de saúde. Reconhecem ainda que, para o trabalho em saúde, é indispensável o envolvimento de uma força de trabalho com elevado grau de habilidade e familiarizada com sua tarefa.

Dussault (1992) observa também o caráter particular das organizações de saúde, que são profissionais por conta de sua dependência em relação ao *trabalho* de seus integrantes, sua *formação* e seu *empenho*. Embora, com ressalvas, Dal Poz *et al.* (2002) indicam que a forte identidade cultural, tendência das profissões de saúde, possa ser empecilho às mudanças na promoção do trabalho de equipe ou na revisão da estrutura hierárquica, por exemplo.

Sob esse olhar, Assunção *et al.* (2007) reconhecem que os recursos humanos são, portanto, fundamentais para a realização das metas de saúde e para a identificação dos desequilíbrios existentes nos sistemas de saúde. Na atualidade, os efeitos das reformas no setor saúde, a partir das transformações surgidas no desenvolvimento dos processos produtivos sobre o campo dos recursos humanos, têm exigido novas habilidades, dado o incremento tecnológico, as implicações imediatas das metas de saúde sobre os métodos de gestão do trabalho, mutações no emprego em tempos de globalização e reestruturação produtiva (ASSUNÇÃO *et al.*, 2007). Pierantoni, Varella e França (2004) acabam por reunir alguns elementos que consubstanciarão os principais desafios para os recursos humanos na área da saúde, podendo ser resumidos como referentes a: cobertura e fixação das equipes multiprofissionais, competências e habilidades, desempenho das equipes e capacidade de gerenciamento de RH para saúde.

Para além disso, Pierantoni (2002) argumenta que as proposições para a área de recursos humanos em saúde apresentam questões mescladas por novos e antigos problemas que abrangem interesses múltiplos e diversificados, que vai, desde o extremo da reivindicação pela isonomia salarial, até o gerado pela sociedade pós-industrial.

Barros, Silva e Christófaró (1991), contundentemente, explicam o problema dos recursos humanos em saúde sob as vistas de uma análise histórica do processo de formação do trabalho em saúde que, segundo eles, não são recentes e nem resultam apenas das determinações

intrínsecas ao setor. Para tanto, a visão defendida pelos autores é de que esses problemas têm raízes na estrutura socioeconômica e política do País, em que a adoção de políticas setoriais privilegiam “[...] a dicotomia histórica entre ações curativas individuais e coletivas de saúde pública, a discriminação da oferta de serviços à população em função da sua importância relativa para o setor econômico, a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços básicos de saúde e a diminuição percentual progressiva dos recursos financeiros para o setor propriamente dito” (BARROS *et al.*, 1991, p. 7).

O fato é que as políticas de recursos humanos permanecem ainda subsidiárias de outras políticas setoriais, mantendo-se fragmentadas no próprio setor, além de retardatárias em seus efeitos e proposições, sendo paulatinamente ainda mais difícil direcionar os trabalhadores no alcance dos objetivos da saúde (ALMEIDA *et al.*, 2008)

Por essas e outras, superar a fragmentação do sistema talvez seja o principal objetivo da articulação dos sistemas de saúde em redes de atenção, especialmente quando fica banalizada a ideia de que a escassez dos recursos (físicos, financeiros e humanos) é o impedimento para galgar melhorias do sistema. De fato, a falta de insumos, sejam eles de qualquer for a natureza, é uma dificuldade. No entanto, não pode representar como principal argumento de improbidade do sistema. Nesta discussão é importante não perder de vista questões relativas ao subfinanciamento do sistema como também elementos da sua própria gestão, que representam indubitavelmente os dois maiores problemas do SUS.

A luz dessas contradições, o pressuposto aqui defendido é reconhecer que os recursos humanos na saúde são também um fator essencial pelo desempenho do sistema, e suas facetas - seja como o agente promotor de mudanças ou na forma de uma política intrassetorial - são capazes de atenuar ou, pelo menos, minimizar, em algum momento, as fragmentações geradas no sistema.

Como no setor saúde a possibilidade de substituição de pessoal na assistência do cuidado por equipamentos é mínima, pelo contrário, com frequência, gera divisão e fragmentação do trabalho, a adesão dos profissionais torna-se uma condição fundamental para sucesso de qualquer projeto de reforma que, em última análise, deve contribuir para a garantia do cuidado em saúde da população assistida (FONSECA e SEIXAS, 2002).

A julgar pelo desmembramento do trabalho em saúde, a I CNRHS tratou com preocupação este cenário.

A fragmentação que caracteriza o trabalho em saúde tem algumas implicações na qualidade da assistência: desconhecimento da finalidade da ação prestada, falta de integração da equipe, visão atomizada do corpo do usuário, atendimento desumanizado, entre outras. O trabalhador não é entendido como um gerente de seu trabalho, levando-o a não assumir responsabilidades no desenvolvimento das ações. Tendo isso em vista, propõe-se o desenvolvimento de um processo pedagógico dirigido a toda equipe com vistas à compreensão do processo de trabalho como um todo. (BRASIL - Relatório da I CNRHS, 1994, p. 29).

De todo modo, o primeiro passo a ser dado, porventura, é assumir a priorização das políticas de RH no SUS, da maneira que estejam de prontidão para coordenar os serviços, isto porque o conjunto de externalidades relacionadas à questão de recursos humanos, ou a própria dificuldade dos órgãos de administração de pessoal em elaborar estratégias de gestão de pessoas vinculadas às transformações vigentes no mundo do trabalho e, especialmente, no setor saúde, foram historicamente relegadas a um segundo plano (FONSECA e SEIXAS, 2002). Evidentemente, a baixa visibilidade política de ações nesse campo, em contraste com demandas geradas pelo ordenamento do sistema e pela montagem das estruturas assistenciais, tem contribuído para acentuar a fragmentação do sistema e de seus recursos humanos.

Do ponto de vista das Redes de Atenção Saúde, Gonçalves *et al.* (2014) apontam que a formação de recursos humanos no SUS é ponto-chave no contexto de estruturação das redes, visando à consolidação de um sistema de saúde integrado que forneça o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes (LAVRAS, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2014). Essa precaução, que já tinha sido levantada nas propostas do relatório final da I CNRHS, defendia a formação dos RHS em conformidade com os novos modelos assistências a serem coletivamente construídos tomando como base a epidemiologia e as ciências sociais (PAIM, 1994).

Visando chamar a atenção sobre o tema, a Organização Pan-Americana de Saúde (2011) aponta esse caminho sobre a essencialidade de se garantir o desenvolvimento adequado dos processos de formação e de educação permanente em saúde e que sejam focados nas necessidades da população e no processo de organização das RAS (OPAS, 2011; GONÇALVES *et al.*, 2014).

Tal qual para Fonseca e Seixas (2002), somente com a definição mais clara do modelo assistencial a ser perseguido em conjunto com a relativa estabilização do financiamento do sistema de saúde, associadas a uma razoável disponibilidade de recursos internacionais



principalmente para o desenvolvimento pessoal, poder-se-ia imaginar uma significativa inversão nessas políticas.

Posto isso, propor políticas de recursos humanos em saúde significa transformar os elementos da gestão do trabalho e seus determinantes como o vínculo, remuneração, jornada de trabalho, plano de carreiras etc. em políticas que tenham dimensões resolutivas nos processos de trabalho, capazes de avançar e repercutir na assistência à saúde, perante um modelo de atenção que represente condições epidemiológicas e demográficas dos usuários de qualquer organização ou sistema de saúde.

Nessas evidências, o hospital tido como uma dessas organizações de intensiva força de trabalho tem forte influência da gestão de recursos humanos no seu desempenho uma vez que os processos na saúde são intensivos em força de trabalho (RODRIGUES e TORRES, 2015). Sendo assim, pode-se projetar que as políticas para seu gerenciamento são capazes de contribuir para o alcance dos resultados esperados e entendendo como uma das metas dos HPPs a inserção nas redes de atenção a expectativa, portanto, é de que uma gestão mais profissional e estratégica de recursos humanos possa imprimir em maiores possibilidades de articulação desses hospitais em redes.

### **2.3 Os hospitais de pequeno porte**

Pensar a incorporação dos hospitais em RAS significa objetivamente superar a fragmentação dos sistemas de saúde e dispor o seu modelo de atenção em conformidade com as principais demandas da população. Não obstante, o estímulo em torno dessa mudança vai muito além do aspecto tangível de uma reorganização de processos, circunscrevendo-se igualmente por um ideário de paradigmas prontos para serem confrontados. O principal deles e, talvez, mais polêmico, envolve a concepção em torno do hospital que, por tempos, foi considerado como estrutura central do cuidado em saúde.

O hospital tem sua relevância e sua competência por tratar dos usuários que necessitam de cuidados. No entanto, toda dimensão criada em torno dessa instituição o tem colocado como organização mais importante dos sistemas de saúde. Em tempos passados, essa afirmação fazia sentido principalmente pelas evidências que apontavam um predomínio de cuidados episódicos

e agudos. Nesse sentido, o hospital era (o que nunca deixou de ser) um ponto elementar para o tratamento de enfermidades dessa natureza.

Todavia, com as transições demográficas e epidemiológicas que acompanharam o processo de desenvolvimento social nas últimas décadas do século XX, essa visão hospitalocêntrica foi perdendo força, em virtude, principalmente, dos altos custos hospitalares que aumentavam à medida que se elevava a prevalência de doenças crônico-degenerativas. As evidências empíricas da inversão das demandas da *cura para o cuidado* obrigou o Estado a buscar outras alternativas que gerassem maior qualidade no cuidado e que fossem, ao mesmo tempo, menos onerosas para seus sistemas de saúde.

Assim, naturalmente, os hospitais deixaram de ser o ponto de referência para atenção à saúde, desfalecendo a visão de centro do sistema, função esta que passa a ser desempenhada no modelo de atenção às condições crônicas pela Atenção Primária a Saúde (MENDES, 2011). De forma pontual, esse movimento se apresenta como uma saída para a desfragmentação dos sistemas e, por conseguinte, na organização em RAS, por fornecer um enfrentamento adequado e responsivo às principais demandas da população.

Nessas condições, a coexistência de inúmeros processos assistenciais e administrativos, interligados por diversas linhas de produção simultâneas, gerando fragmentação dos processos de decisão assistencial sob a presença de uma equipe multiprofissional detentora de elevado grau de autonomia (OSMO, 2012), torna essas organizações, segundo Mintzberg (1995), uma burocracia profissional, cujo setor operacional tem muita importância, concentrando todo o poder na organização. E, em se tratando da multiplicidade de processos e da alta tecnologia presentes no dia a dia de um hospital, tem exigido cada vez mais dessas organizações qualificações de alto nível capazes de responder rapidamente às exigências do ambiente em constante mutação (OSMO, 2012). Além do que, como pondera Trevizan (1988), os hospitais para que, possam desenvolver suas atividades de modo eficaz, dependem, sobretudo, de uma extensiva divisão do trabalho entre seus integrantes, mediante uma estrutura organizacional departamentalizada por equipes, cargos e posições sobrepostas por um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções.

Embora a influência do taylorismo<sup>6</sup> nos hospitais seja significativa, tanto pela padronização, quanto pela preocupação de estabelecer métodos uniformes de trabalho, ela é, acima de tudo, um sistema humano social que assume importância por seu papel psicossocial, em que, basicamente, é o trabalho das pessoas que determina a qualidade e a eficácia do tratamento (OSMO, 2012).

Donabedian (1980; 1987) desenvolveu um modelo conceitual para examinar os serviços de saúde e avaliar a qualidade dos cuidados em saúde a partir de três dimensões (estrutura, processos e resultados) que, equacionadas, são responsáveis por medirem o desempenho da organização. Em todas elas, embora sob diferentes níveis de intensidade, práticas de recursos humanos – objeto do estudo – estão, de alguma forma, conectadas ao seu desempenho. Seja pela dimensão da *estrutura* envolvendo a disponibilidade de recursos humanos e suas capacitações, seja pela abordagem do *processo* que trata de variáveis como as competências do trabalho ou também pela dimensão *resultado* que abrange aspectos de satisfação e motivação dos profissionais com os serviços prestados. Em ambas, ações de RH apresentam-se como variáveis importantes para a mensuração da eficiência do hospital.

Pensando no *locus* do estudo, uma organização de saúde se denomina como um hospital à medida que preserva uma característica em comum que é a prestação de cuidados de saúde a pacientes internados em leitos hospitalares, durante 24 horas do dia. Ou seja, o que justamente permite nomear uma instituição enquanto hospital é a oferta, por parte dela, de serviços de assistência à saúde em regime de internação (NETO *et al.*, 2008).

Conforme Neto *et al.* (2008) relatam, os primeiros hospitais registrados são datados da idade média, criados sob forte influência da Igreja Católica que os mantinha como reduto de espiritualidade, no papel de transição entre a vida e a morte, abrigando basicamente pobres e moribundos e os afastando do convívio social. Com o fim da idade média, as transformações

---

<sup>6</sup> O taylorismo foi postulado a partir das ideias defendidas por Taylor (1990), precursor da administração científica. Para ele, o conceito de eficiência está diretamente relacionado com a capacidade de produção dos empregados: quanto mais eles produzem, maior é a eficiência da organização. Taylor (1990) propõe como um dos princípios básicos da administração científica a ideia do trabalho planejado, na qual, conforme diz, o trabalho de cada operário deve ser planejado com antecedência pelos seus superiores de forma que ele receba instruções escritas de forma minuciosa para o trabalho que lhe foi destinado. Esses elementos fomentam a definição dos princípios básicos da administração científica a partir da substituição do critério individual do operário por uma ciência; a seleção e o aperfeiçoamento científico do trabalhador que é estudado, instruído e treinado e, sobretudo, a cooperação íntima da administração com os trabalhadores.

econômicas e sociais alteraram o caráter da inserção dos hospitais na vida urbana e passaram a ganhar uma nova funcionalidade sustentada, a partir de então, pela cura dos doentes.

Borba e Lisboa (2006) observam que, para atender um maior número de pessoas, em menor espaço de tempo e aumentar, assim, sua eficiência, dois movimentos na época foram feitos. O primeiro deles, na primeira metade do século XVII, buscou uma incipiente especialização dos hospitais, assumindo prioritariamente as tarefas de cuidados aos enfermos. Já a segunda, em meados do século XVIII, consistiu no estabelecimento de um novo tipo de instituição sanitária denominada *dispensário* ou *ambulatório*, que viriam a servir como um complemento dos novos hospitais para caso mais simples em que as pessoas se locomoviam pelos seus próprios meios sem a necessidade de internação.

Na Primeira Revolução Industrial se converteram de vez em locais de instrumentos terapêuticos, validados num maior grau de legitimidade social dos médicos, cada vez mais influentes nos debates das questões de saúde. Uma nova concepção teórica sobre o processo saúde-doença é desenvolvida desde então e, na qual, o adoecimento passa a ser visto como um fenômeno natural originado da ação do ambiente sobre o indivíduo (NETO *et al.*, 2008). Dessa forma:

O hospital além de curar transforma-se também em local de registro, de acúmulo e de formação do saber: este saber médico que, até o começo do século XVIII, estava localizado em livros, compêndios, tratados, passa a ser contido no hospital, não mais apenas escrito e impresso, mas cotidianamente assentado na tradição viva, ativa e atual em que a instituição se torna (BORBA e LISBOA, 2006, p. 20).

O começo do século XIX até o início do século XX foi marcado por representar um intenso período de progresso científico e tecnológico da medicina. Num primeiro momento, tem-se o desenvolvimento metodológico do processo saúde e doença, isto é, passa-se a investigar sistematicamente, por meio de inquéritos e observações, as ações curativas da medicina, sob o enfoque hospitalar. Paralelamente a esse movimento, as técnicas curativas são disseminadas, surgem a *anatomia*, a *cirurgia*, a *anestesia*, a *teoria microbiana*, a *higienização*, as *vacinas* e o *raio-x*, de modo que todas essas *inovações* avançam no sentido de dar maior resposta no combate às doenças. Durante o período de guerras, essas técnicas foram aprimoradas e outras foram incorporadas como a *transfusão sanguínea*, sendo que todas essas descobertas

consolidariam, naquele momento, as características essenciais do hospital moderno (NETO *et al.*, 2008).

Passado o período de guerras, os debates em torno do *Welfare States*<sup>7</sup> (Estado do Bem-Estar Social) e do direito à saúde, estes, atrelados ao desenvolvimento econômico, entram nas pautas dos países desenvolvidos. Nesse sentido, muitos deles que já reconheciam a saúde como um direito social, passando a responsabilidade do Estado por ofertá-las, reproduzem e aprofundam um modelo de saúde de base hospitalar em que os hospitais passam a assumir um papel de destaque no processo de atenção à saúde (NETO *et al.*, 2008).

No entanto, ao longo dos anos subsequentes, esse *boom* da medicina hospitalar suscita preocupações pelo fato do enorme crescimento dos custos e gastos em saúde, colocando em risco o modelo de financiamento desses países.

No Brasil, a instauração da Previdência Social e a compra de serviços de saúde pelo governo implicou a crescente expansão dos hospitais, em sua grande maioria, privados com ou sem fins lucrativos, tendo seu aumento significativo pelas décadas de 1960 e 1970. A facilidade de empréstimos com juros subsidiários viabilizou, segundo Carmo (2016), a ampliação da rede hospitalar privada, com aumentos de 500% dos leitos, consolidando-se, assim, no País, o modelo médico assistencial privatista. Desse modelo se intensificou o processo de privatização de prestação dos serviços, o que levou também ao surgimento de um complexo médico-industrial, na sua maioria, em áreas de medicamentos e equipamentos. Nessa altura a ênfase passa a ser dada à assistência individual curativa em detrimento das ações coletivas e preventivas (CARMO, 2016).

Tampouco, a compra de serviços e a modalidade de cobranças por parte do Estado facilitaram fraudes no sistema da previdência que somadas com o aumento do número de leitos nas enfermarias e o superfaturamento de materiais e medicamentos como meio de compensar a defasagem entre custos e remuneração dos serviços prestados, levaram a uma crise do setor previdenciário (CARMO, 2016).

---

<sup>7</sup>Medeiros (2001), utilizando-se de uma visão ampla da expressão, afirma que *Welfare State* é compreendido como a mobilização em larga escala do aparelho do Estado face aos instrumentos da política macroeconômica existentes em uma sociedade capitalista, a fim de executar medidas orientadas diretamente ao bem-estar de sua população.

La Forgia e Couttolenc (2009), após um inquérito desenvolvido no âmbito do universo dos hospitais brasileiros, diagnosticaram que o setor apresentava cerca de 7.400 hospitais somando um total de 471 mil leitos – divididos entre hospitais públicos, privados (conveniados ou contratados pelo SUS) e os hospitais particulares com fins lucrativos. E, desse montante, a grande maioria (mais de 60%) são hospitais de pequeno porte apresentando até 50 leitos. Os HPPs, segundo Lopez (2004), são aqueles estabelecimentos que têm, pelo menos, cinco leitos disponíveis para internação, que possam garantir o atendimento básico de diagnóstico e tratamento, contando com equipe clínica organizada e assistência permanente dos médicos. Além disso, devem apresentar serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente durante 24 horas por dia, ter a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para observação e acompanhamento dos casos.

Sua origem no País é produto do processo de municipalização de unidades mistas ou de hospitais de ordem federal, assim como também da municipalização de pequenos hospitais filantrópicos (CARMO, 2016). E, sobretudo, face à desarticulação entre os entes federados e ao caráter autônomo de cada um deles de formular e implementar suas políticas de investimentos, sucumbidas por vezes a fatores com finalidade política (emendas parlamentares, por exemplo) sua proliferação nas últimas décadas se manteve acentuada.

Nessa conjuntura, a constatação de que há uma supremacia, em termos quantitativos, dos hospitais de pequeno porte no SUS, gera um desconforto para os gestores do SUS, sobretudo pelo fato de que, em suma maioria, são ineficientes para o sistema (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Isso acontece devido a os hospitais não aturarem com ganhos de escala e escopo que, segundo Mendes (2011), deve ser uma premissa básica para a organização dos hospitais nas redes de atenção à saúde.

Entende-se por economias de escala quando os custos médios de longo prazo diminuem à medida que aumente o volume das atividades dos hospitais em que seus custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, de modo que, no longo prazo, seus insumos sejam variáveis (MENDES, 2011). Há, no caso brasileiro, portanto, principalmente nesses hospitais de pequeno porte, deseconomias de escala, operando com um baixo nível de eficiência e consumindo mais recursos do que o necessário (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Essas ineficiências e os custos elevados, como mostram La Forgia e Couttolenc (2009), estão associados, dentre outros, à pequena escala de operações desses hospitais, à distribuição da

infraestrutura, à variação existente na prática médica, à ênfase dada à atenção hospitalar, além da própria falta de informação sobre os custos.

Da mesma forma, o mesmo sentido lógico da economia de escala também se aplica pela economia de escopo, nas quais a diversidade de atividades desenvolvidas contribui para a redução dos gastos. É comum se observar essa situação quando se têm hospitais especializados, com capacidade instalada reduzida e que tenham seus gastos distribuídos em poucos diferentes tipos de serviços. Isso contribui para aumentar o custo final dos procedimentos individualizados e, conseqüentemente, a ineficiência do serviço (SILVA e MAGALHÃES JR., 2008).

Em consequência, a construção de estabelecimentos de saúde, tais como os hospitais de pequeno porte, deve, por assim dizer, ser orientada por diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços sob a forma de redes cooperativas intermunicipais e estaduais, tendo em vista que a execução de alguns serviços exige escala de produção incompatível com a demanda de municípios de menor porte. Toma-se, como exemplo, a existência de muitos municípios com população pequena que faz com que não se justifique a oferta local de todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde (CUNHA e BAHIA, 2014).

Ugá e Lopez (2007) corroboram essas evidências ao verificarem no SUS a existência de estabelecimentos hospitalares sem um papel específico na rede regional de serviços, resultando em uma capacidade instalada completamente ociosa, sendo, na sua maior parte, unidades públicas e que, portanto, não prestam serviços a nenhum outro sistema. Cunha e Bahia (2014) destacam que a política de construção de hospitais deve se pautar pelo acúmulo de conhecimentos nacionais e internacionais existentes respaldados por diretrizes de regionalização e hierarquização do SUS, para não ocorrer como no Estado do Maranhão cujos estabelecimentos hospitalares, basearam-se, sobretudo, em intenções, certamente bem intencionadas, de ocupantes de cargos eletivos, mas que não possuíam um conhecimento aprofundado sobre a organização de sistemas de saúde. Nesse sentido, a construção de HPPs no Brasil, em sua grande maioria não são justificáveis tanto no que diz respeito às necessidades epidemiológicas, tendo em vista que boa parte das condições de saúde são resolvidas numa APS resolutive, quanto no que se refere às recomendações nacionais e internacionais para organização de serviços de saúde (CUNHA e BAHIA, 2014).

Vê-se, pois, que os hospitais nas RAS devem desempenhar uma função diferente do que até então tem sido feito. Isso por que a atuação fragmentada e hospitalocêntrica vigente é

incompatível com o modelo poliárquico das redes. Em outras palavras, os hospitais devem estar inseridos sistemicamente e de forma integrada como pontos de atenção e devem cumprir, principalmente, conforme Mendes (2011) assimila,

[...] a função de responder as condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências. Para isso, os hospitais em redes devem ter uma densidade tecnológica compatível com o exercício dessa função e devem operar com padrões ótimos de qualidade (MENDES, 2011, p. 108).

O próprio autor afirma que há também uma imposição para a inserção dos hospitais na rede que é o desenvolvimento de um processo de substituição que supõe uma profunda reorganização dos recursos humanos, das competências, dos equipamentos e das instalações físicas, a fim de se prestar atenção hospitalar no lugar certo, com o custo certo e, principalmente, com a qualidade certa.

Não por menos, visando implementar um novo modelo de organização e financiamento para os HPPs de modo a estabelecer a sua adequada inserção na rede hierarquizada de atenção à saúde, nos preceitos da resolubilidade e qualidade sob os diferentes níveis de complexidade, o MS instituiu, por meio da Portaria GM/MS n. 1.044, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP). Essa portaria dentre outras atribuições orientava os hospitais a aderirem voluntariamente a portaria, desde que fossem respeitados determinados critérios, tais como contrato de metas; possibilitava ainda que o perfil assistencial dos HPPs poderia ser adequado de forma alternativa dado as características das condições de saúde prevalentes; definia a oferta quantitativa de leitos; e estabelecia a alocação de recursos para investimento e custeio etc.

Sendo assim, é possível inserir o setor hospitalar, em especial, os de pequeno porte, seus papéis e funções, como pontos de atenção da rede, estruturados sob o modelo de atenção às condições crônicas não figurando mais como elemento central, hierárquico e fragmentado.



## 2.4 As Redes de Atenção à Saúde

Compreender a importância da organização dos sistemas de saúde em redes de atenção passa naturalmente por reconhecer que as mudanças epidemiológicas e demográficas que afetam as populações se relacionam diretamente com suas condições de saúde. Nessa relação, o estado de saúde do usuário deve, ou pelo menos deveria ser, parâmetro para a oferta de ações e de serviços. O que se vê, no entanto, são sistemas voltados, ou para demanda espontânea (modelo de saúde médico hegemônico), ou para atender necessidades que nem sempre se expressam em demanda (modelo sanitaria) (PAIM, 2008).

Via de regra, o enfoque em torno dos axiomas econômicos de *oferta e demanda* permanece vertiginoso no debate da construção das Redes de Atenção, sobretudo, à medida que, conforme discutido na seção anterior, existe uma limitação dos recursos para o setor que, dada a sua complexidade, é insuficiente para garantir a *plenitude* de alguns serviços. Além disto, há também uma má alocação dos recursos e um mau uso dos mesmos, diminuindo a eficiência do sistema.

Mendes (2011) confirma que os sistemas de atenção à saúde que, como o SUS, constituem respostas sociais que devem ser deliberadamente organizadas em formatos de rede, têm por obrigação responder às demandas e preferências das sociedades, articuladas pelas necessidades de saúde da população e expressadas, em boa parte, por situações demográficas e epidemiológicas singulares.

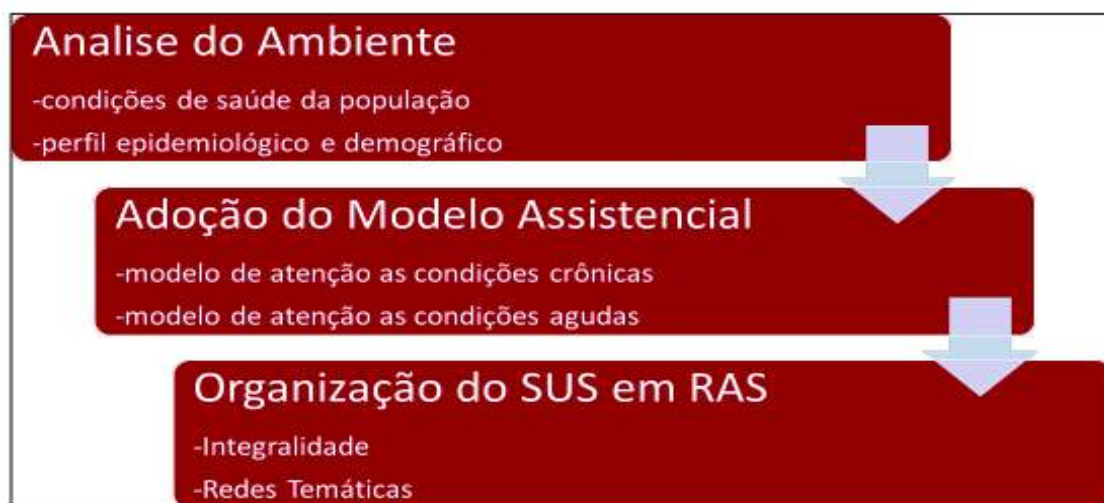
Levando em consideração as limitações do sistema, pensar a adoção do SUS em RAS nos remonta como num planejamento estratégico na análise do ambiente da qual ele se deve configurar. Precisamente, o reconhecimento situacional das condições de saúde da população, dos seus níveis de morbi-mortalidade, de sua carga de doenças, além de seu perfil demográfico deve fornecer informações acerca da situação de saúde prevalecente servindo como base para a formulação do restante do planejamento. Conforme destaca Silva (2008b), é necessário conhecer a lógica que predomina no território que está sendo analisado, em seus diferentes aspectos, e que envolve dentre outras coisas, a configuração do modelo de saúde, as normas e regras adotadas para orientar o acesso e o fluxo dos usuários, os mecanismos de regulação, os processos de decisão.

Silva e Magalhães Jr. (2008) afirmam que um dos grandes desafios que cercam esse processo está na mudança do modelo assistencial e de uma maior perspectiva de avanço na integralidade

da atenção. Na Constituição Federal (CF), por exemplo, como aponta Magalhães Jr. (2014), o conceito de integralidade já está depreendido em vários ensejos, com destaque para aqueles que dispõem sobre as ações e serviços integrados sob uma rede regionalizada e hierarquizada. Tal indício tem se apoiado nos próprios estudos empíricos que vêm demonstrando que estruturar sistemas em rede tem sido a forma mais eficiente para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS (SILVA e MAGALHÃES JR., 2008). Silva (2008b) lembra, ainda, que a organização do SUS em redes, garantida pela CF, esteve sempre à frente, de forma implícita ou explícita da agenda da reforma sanitária ao ponto em que, sem uma rede de serviços, descentralizada e regionalizada, não seria possível garantir a integralidade da atenção à saúde (SANTOS e ANDRADE, 2011).

Tomando como base as ideias trabalhadas anteriormente, as quais envolvem, sobretudo, o mapeamento dos processos que levam à construção das RAS ousou-se, mesmo que timidamente, resumi-los na figura 5, embora não se tenham explícitos os meandros que envolvem cada uma dessas etapas, mas que, de certa forma, indicam, por ora, o melhor percurso a ser tomado.

Figura 4 - Etapas do processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde



Fonte - Elaborada pelo autor da dissertação.

Dois elementos são importantes para a análise situacional do ambiente e que, no mais tardar, irão justificar as mudanças do modelo assistencial: i) o reconhecimento das transições

demográfico-epidemiológico como inversores da demanda e ii) sua repercussão nas condições de saúde dos usuários.

No caso da transição epidemiológica, a literatura diz que são modificações, ao longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, vêm acompanhadas de outras transformações demográficas, sociais e econômicas (CHAIMOWICZ, 1997) e Omran (1971), *apud* Prata (1992), caracteriza esse processo como uma evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para um outro em que predominam as mortes por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas.

A despeito dessas transformações e, muito embora, em decorrência delas, alteram-se num longo prazo as condições de saúde sob a égide, de um lado, da prevalência das doenças de longa duração e, do outro, de uma população gradualmente mais idosa e usuária dos serviços. Particularmente, são resumidas por Mendes (2011, p. 25) como “[...] circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde”. No entendimento do próprio autor, haja vista a necessidade de reorganizar os sistemas de atenção, são distinguidas entre condições agudas e crônicas, substituindo a divisão comumente utilizada pela epidemiologia de doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis.

Chaimowicz (1997) descreveu que a velocidade com a qual esse processo vem ocorrendo deverá impor desafios às sociedades para lidar com esse novo perfil que, aos poucos, se sobrepõe, sem substituir completamente o perfil anteriormente predominante. De acordo com o autor, a tendência é que, nesse novo cenário, se modifique o perfil de saúde da população que, ao invés de processos agudos que *se resolvem* rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se sobrelevantes as doenças crônicas e suas complicações, que implicarão décadas de utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Ou seja, as condições de saúde presentes na população, tanto quanto as respostas sociais impetradas para atuar sobre seus agravos, devem ser regidas sob uma lógica que possa orientar as ações e os serviços de modo a enfrentar essas condições. E considerando a história do desenvolvimento médico-científico, são identificados modelos de atenção que vão atuar nessas situações (PAIM, 2008).

Paim (2008), resumidamente, define modelos de atenção à saúde como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução dos problemas e para o atendimento de necessidades individuais e coletivas. Numa análise mais exímia do autor, pode-se deduzir que

[...] modelos de atenção à saúde ou **modelos assistências** podem ser definidos genericamente como combinações de tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas nas intervenções sobre problemas e necessidades sociais da saúde. Modelo, nessa concepção, não é padrão, não é exemplo, não é burocracia, nem é organização de serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Modelo é uma **razão de ser** – uma racionalidade; uma espécie de **lógica** que orienta a ação. (PAIM, 2009, p. 168, - grifos do autor da dissertação).

Da mesma forma, Silva e Magalhães (2008) consideram que

[...] o modelo é uma espécie de **paradigma** que define o que são necessidades assistenciais, como deve ser organizada a oferta, como se compreende, enfim, o processo saúde/doença e as formas de intervenção. (SILVA e MAGALHÃES JR., 2008, p.82 – grifos do autor da dissertação);

Ayres (2009), por sua vez,

[...] entende-se por modelo de atenção a saúde a **convergência de horizontes** entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção a saúde de indivíduos e populações (AYRES, 2009, p. 12 – grifos do autor da dissertação)

Por isso, a implantação das RAS para que provoque uma mudança radical no SUS exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas (MENDES, 2011). Ao mesmo tempo, deve ser amparada por princípios que estabeleçam elementos fundamentais para a compreensão e crítica dos modelos de atenção à saúde, sem perder de vista conceitos como práticas de saúde, com ênfase na sua dimensão técnica; processos de trabalho (saberes e instrumentos) que permitem a articulação de tecnologias; e o trabalho propriamente dito, cujas atividades são de grande utilidade para o reconhecimento desses modelos enquanto meio para intervir sobre os problemas e necessidades de saúde (PAIM, 2008).

Mendes (2011), justapondo essas dimensões na perspectiva das RAS, reitera que o modelo de atenção deve operar como um sistema lógico tendo como principal prerrogativa organizar o seu funcionamento. Pragmaticamente, deve articular de forma singular as relações entre a população e sua subpopulação estratificada por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de ações sanitárias tracejadas em função da visão prevalente da saúde, das situações epidemiológicas e demográficas, além, dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Quanto a isso, tal e qual a necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para responder com efetividade, eficiência e segurança as situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou-se, como destaca Mendes (2011), o desenvolvimento dos modelos de atenção com destaque para o manejo as condições crônicas, muito embora se observem, principalmente se considerado os modelos percussores da atenção à saúde, uma gama deles voltados para as condições agudas.

Com base nessa divisão que Mendes (2011) trabalha, no plano da saúde, a coexistência em regra de dois modelos de atenção: o de condições agudas e o de condições crônicas. Como o próprio nome diz, procuram dar respostas àquelas situações em que predominam, respectivamente, os eventos agudos (ou agudizações das condições crônicas) e os eventos crônicos. A diferença primordial entre as redes de atenção voltada para as condições agudas e as crônicas está no componente coordenador da rede que, enquanto na primeira é a central de regulação de serviços de urgência e emergência, no segundo, é APS que desempenha o papel de organizador da rede. E, embora sustentados por essas duas condições, a grande maioria dos modelos existentes são formas derivadas e adaptadas desses dois modelos, embora a principal abordagem (crônico ou agudo) se mantenha como vértices desses modelos.

Silva e Magalhães Jr. (2008) chamam a atenção para a relação entre esses dois modelos de modo a não reforçar e acentuar a histórica fragmentação dos serviços de saúde. Segundo eles, não se pode e nem se deve, por razões de eficácia e economicidade, segregá-los em subsistemas de cuidados crônicos e agudos ao passo que o resultado dessa dicotomia seria a hegemonia clara da rede hospitalar, com uma necessidade cada vez mais maior de drenagem dos recursos financeiros para sua sustentação e, acima de tudo, poucos resultados na qualidade da atenção. O enfrentamento desse impasse só pode ser feito com construção de efetivas redes de atenção, expressão concreta da busca do princípio da integralidade a ser abordada a seguir (SILVA e MAGALHÃES JR., 2008)

Nesse sentido, os dois modelos que convivem atualmente de forma contraditória ou complementar no País são o modelo médico-hegemônico e o modelo sanitarista (PAIM, 2008). Apesar desse caráter de complementariedade, nenhum deles tem compilado em suas ações o princípio da integralidade, tendo em vista a histórica fragmentação do sistema.

A discussão em torno da integralidade se torna essencial na discussão das RAS, sobretudo quando estudos confirmam que a efetividade da atenção é muito reduzida em sistemas de saúde fragmentados e direcionados principalmente para condições agudas e regidos por um modelo de atenção em que prevalece assistência privativista, com ênfase para a assistência médico-hospitalar e para os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Para que os usuários tenham assegurada a continuidade do atendimento bem como a ampliação da adesão ao tratamento, é indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas de promoção e de proteção da saúde sejam mais efetivas (SILVA e MAGALHÃES JR., 2008).

Corroborado por Silva e Magalhães Jr. (2008) e Santos e Andrade (2011), entende-se que o motivo central para a construção das redes de atenção à saúde deve permear a busca pela integralidade. Para que isso ocorra, três elementos devem se articular mediante um conjunto de ações e serviços de saúde interdependentes em especialidades, complexidades, conhecimentos e tecnologias: i) a unicidade do sistema a ser conduzido por entes; ii) estes, *descentralizados e autônomos*, os quais têm o dever de garantir ao indivíduo; iii) a integralidade de sua saúde (SANTOS e ANDRADE, 2011). Porter e Teisberg (2007), citados por Mendes (2011), reforçaram esses elementos ao certificarem que as RAS devem ser estruturas aptas para enfrentar uma situação de saúde específica por meio de um ciclo completo de atendimento que implicaria a continuidade e integralidade da atenção à saúde.

O conceito de Redes de Atenção à Saúde pode ser definido como

[...] a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, 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 uma lógica técnico-sanitária (SANTOS E ANDRADE, 2011, p. 1675).

Silva e Magalhães Jr. (2008) traçam a mesma concepção das RAS sob a ótica da especialização, caracterizada por representar uma malha de interconexão e integração dos estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, afim de organizá-los sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados no atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

Fazem parte ainda das motivações de adoção das RAS a 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 a busca de forma organizativa que permita monitoramento e avaliação (CARMO, 2016).

No âmbito governamental e visando dar sustentação à articulação do SUS em RAS, o Ministério da Saúde elaborou o documento: "Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação" na tentativa de ressaltar a importância da estruturação das redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS (SILVA, 2011). Nesse documento, o MS classifica as redes como estruturas integradas sob a provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas por políticas públicas num determinado espaço regional apoiados no trabalho coletivamente planejado bem como no aprofundando das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

Dois anos depois, em 2010, consolidado os resultados das discussões propostas pelo documento anterior, instaura-se a Portaria GM/MS n. 4.279 que prevê a organização da Rede de Atenção à Saúde. A partir desse instante, o MS estabelece as diretrizes para sua implantação definindo-as 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 a integralidade do cuidado"(BRASIL, 2010, p. 4).

Hartz e Contadriopoulos (2004) consideram que, na conformação de redes para além da estrutura organizacional, os papéis dos atores devem estar em permanente negociação para que possam favorecer soluções para problemas em contexto de mudanças. Aliás, como assinalam Santos e Andrade (2011), na rede, à medida em que seus agentes abrem mão de determinados poderes isolados, insuficientes por si sós de garantia dos direitos individuais, emerge uma nova

capacidade de gestão e administração pública que são aquelas fundamentadas no consenso e na negociação.

O Ministério da Saúde elegeu como política estruturante no campo da assistência a implementação dessas redes temáticas que incluíam o cuidado materno-infantil (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 Doenças Crônicas (CARMO, 2016). A escolha dessas redes temáticas se deu por prioridade epidemiológica e assistencial e por compromissos públicos assumidos pelo governo como o tema da urgência e emergência (MAGALHÃES, 2014).

Nessa perspectiva, em conclusão aos debates teóricos gerados, é possível acreditar que a junção dos elementos que transcendem os eixos conceituais abordados e suas nuances possa inverter o cenário de ineficiência do sistema, principalmente dos hospitais de pequeno porte, otimizando-os dentro de uma rede composta por recursos (físicos, tecnológicos, humanos, financeiros) distribuídos espacialmente de forma equitativa, apoiados sob um modelo de atenção condizente com as necessidades da população usuária.

Somente nessas condições, respeitando toda a especificidade que envolve o setor saúde, é factível imaginar a concretização, no longo prazo, de um SUS *real*.<sup>8</sup> Para isso, deve se fundamentar, dentre outras estratégias, no fortalecimento da APS, repercutindo na reorientação do modelo guiada por ações como a medicina baseada em evidências e a gestão clínica do caso; na própria discussão do papel assistencial dos hospitais de pequeno porte, por vias não somente de seu custo-benefício, ou de seu caráter fragmentado, mas contemplando toda uma trajetória que perpassa a função social que o envolve e, por fim, no reposicionamento da gestão de recursos humanos, deslocando-a de fato para uma visão mais estratégica nas organizações de saúde, cujos objetivos e metas devem estar em conformidade com os elementos

---

<sup>8</sup> Santos (2011) faz uma separação conceitual do SUS entre *real* e *legal*. No SUS *real* o acesso se mantém segmentado por estratos sociais, incluindo afiliados aos planos privados, ao mesmo tempo desigual e desumano aos que só dependem do SUS. Já o SUS *legal*, diz respeito ao pleno funcionamento do sistema apontando para mudança do modelo assistencial, baseados nas necessidades e direitos das populações, com fortalecimento da APS e com projeção da cobertura em aproximadamente 90% da população, além da resolutividade em aproximadamente 90% das necessidades de saúde, e seu papel de ser porta de entrada preferencial, orientadora e ordenadora das linhas de cuidado integral, incluindo a assistência de média e alta densidade tecnológica. Neste modelo de SUS *legal* o acesso é gratuito, humanizado, equitativo, de qualidade e responde ao direito humano de cidadania



inerentes da gestão de pessoal, de modo a possibilitar o aperfeiçoamento de modelos, sobretudo relacionados a estruturação de vínculos, remunerações, carreiras e jornadas de trabalho.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Desenho geral do estudo

Este estudo, de natureza quantitativa, adotou como estratégia metodológica análise de dados obtidos a partir do estudo censitário realizado por Facchini e Barbosa (2014) feito nos hospitais de pequeno porte brasileiros. Denominado Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Especialização, foi coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais via Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e financiado pelo Ministério da Saúde. Esse projeto teve como objetivo realizar diagnóstico situacional dos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) do SUS a partir da caracterização das suas dimensões de infraestrutura, assistência, recursos humanos, financiamento, qualidade e segurança do paciente, responsabilidade na rede de atenção à saúde loco-regional e desempenho. O projeto teve início no ano de 2013 e a aplicação dos instrumentos de coleta de dados ocorreu no segundo semestre de 2014, tendo a consolidação de sua base de dados ocorrido em novembro e dezembro do mesmo ano.

Dentro do objetivo e da problemática que o acompanham, o estudo de natureza explicativa se mostrou mais adequado como forma de investigação, tendo em vista que a pesquisa explicativa tem como preocupação identificar os fatores que contribuem ou determinam a ocorrência dos fenômenos e, sobretudo, é a que mais aprofunda o conhecimento da realidade, ao explicar a razão do porquê dos eventos (GIL, 2002). O fato de se apresentar enquanto abordagem quantitativa indica que esse trabalho se utiliza de alegações pós-positivistas para desenvolver o conhecimento (CRESWELL, 2007) e, conforme explicado por Martins e Théophilo (2009), pesquisas dessa natureza buscam explicação dos fenômenos a partir da identificação de suas relações, considerando que nessa abordagem a exaltação à observação dos fatos é imprescindível.

Nesse sentido, esta dissertação utilizou-se como método a coleta de dados secundários do projeto dos HPPs com a proposta de examinar a relação entre as categorias de recursos humanos, processos e estruturas desses hospitais e a sua inserção em redes de atenção à saúde. Portanto, todas as análises apresentadas se basearam nas informações coletadas do banco de dados provenientes da pesquisa desenvolvida e coordenada por Facchini e Barbosa (2014).

No que diz respeito ao universo do estudo dos HPPs pode se dizer que o mesmo se fundamentou numa pesquisa de levantamento, cuja coleta de dados se deu a partir da aplicação de um *survey* censitário *a priori* em todos os 3.524 hospitais de pequeno porte. De acordo com Batista e Campos (2007), a pesquisa levantamento tem como objetivo chegar à descrição, explicação e exploração do fenômeno proposto. Ao se fazer um levantamento, frequentemente se descreve como se aparece naquela amostra o comportamento ou atitude da informação levantada. O questionário ou *survey* é o principal instrumento de coleta de dados para esse tipo de pesquisa que, segundo Babbie (1999), deve permitir enunciados descritivos sobre alguma determinada população, afim de se descobrir a distribuição de certos traços e atributos.

Facchini e Barbosa (2014) estabeleceram quatro etapas na execução do estudo: definição do marco conceitual e universo dos estabelecimentos hospitalares a serem pesquisados; levantamentos de dados secundários nas bases do Sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH), desses estabelecimentos hospitalares a fim de balizar as análises a serem realizadas e definição do instrumento de coleta de dados a ser utilizados no conjunto dos hospitais, de acordo com a sua natureza jurídica. Esses autores utilizaram preliminarmente estudo desenvolvido por Veillard *et al.* (2006) e dele definiram as seguintes dimensões.

**Infraestrutura:** Nesta dimensão foi investigada a existência de dados selecionados da base CNES referentes aos aspectos jurídicos/legais, físicos, equipamentos, administrativos. A partir das fichas de cadastramento do CNES, houve uma seleção das variáveis a serem confirmadas.

**Assistencial:** Nos aspectos assistenciais foram pesquisados variáveis indicativas da presença de ambulatórios, urgência, internação, serviços de apoio diagnósticos, leitos, clínicas, especialidades, regulação assistencial, presença de profissionais, turnos de trabalho e outros que caracterizem a assistência prestada, origem da clientela, e dados de ocupação de leitos.

**Recursos Humanos:** confirmação de categorias profissionais existentes, tipos de contrato informado, carga horária e outros quesitos a partir do perfil profissional do estabelecimento e informado no CNES.

**Financiamento:** levantamento das fontes regulares e extraordinárias de financiamentos de origem municipal, estadual e federal, bem como os dados referentes às despesas de cada instituição.

**Qualidade e Segurança do Paciente:** estabelecer os quesitos de verificação em relação: qualificação profissional, estratégias e planos de ação visando a qualidade da atenção prestada e a segurança do paciente. A partir do perfil assistencial do estabelecimento, foram coletadas informações que permitem inferir sobre a qualidade do serviço assistencial.

**Responsabilidades Na Rede de Atenção à Saúde Loco-Regional:** informação sobre responsabilidades junto aos serviços loco-regionais, incluso relação com os gestores, instrumento, relação com regulação municipal/estadual, Conselho de Saúde e outros.

**Desempenho:** balizar parâmetros de desempenho junto aos HPP que permitam a realização de comparações entre os diferentes contextos, bem como análises com base em cortes (FACCHINI e BARBOSA, 2014, p. 12).

No intuito de responder aos objetivos propostos a amostra deste trabalho se estruturou a partir do recorte de algumas categorias oriundas do *survey* e, que estavam relacionadas diretamente com as dimensões aqui trabalhadas: redes de atenção à saúde, recursos humanos, estruturas e processos. Em relação aos hospitais, ainda que foram levantados a existência de 3.524 só foi possível a coleta de dados em 2.777 HPPs, por motivos que variaram desde a recusa em participar da pesquisa ou até mesmo pelo motivo do hospital se encontrar fechado.

Com base no desenho metodológico apresentado, a relevância do estudo está ligada à posição que os hospitais de pequeno porte têm como componentes estratégicos para a reorientação do modelo de atenção à saúde por representarem 62% das unidades hospitalares do SUS, como também por desempenharem um papel de destaque como referência para a estratégia de saúde da família (UGA e LOPEZ, 2007). Acrescenta-se, ainda, segundo os mesmos autores, que os HPPs correspondem a 18% dos leitos do sistema de saúde brasileiro, cujas vinculações ao SUS é muito expressiva, isto é, 78% dos HPPs realizam internação para o SUS.

Nesse sentido, o universo do estudo abrangeu a totalidade de HPPs cadastrados até novembro de 2013 nas bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A listagem na tabela 1 apresenta a distribuição dos hospitais selecionados para a avaliação totalizando 3.524 HPPs brasileiros.

Tabela 1

## Distribuição dos HPPs nos estados brasileiros

<b>Região</b>	<b>Estados</b>	<b>HPPs</b>	<b>% em relação ao Brasil</b>
<b>Centro Oeste</b>	Distrito Federal	25	0,71%
	Goiás	269	7,63%
	Mato Grosso	114	3,23%
	Mato Grosso do Sul	80	2,27%
<b>Nordeste</b>	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%
<b>Norte</b>	Sergipe	26	0,74%
	Acre	21	0,60%
	Amapá	11	0,31%
	Amazonas	56	1,59%
	Pará	119	3,38%
	Rondônia	68	1,93%
	Roraima	13	0,37%
<b>Sudeste</b>	Tocantins	43	1,22%
	Espirito Santo	49	1,39%
	Minas Gerais	334	9,48%
	Rio de Janeiro	190	5,39%
<b>Sul</b>	São Paulo	324	9,19%
	Paraná	247	7,01%
	Rio Grande do Sul	119	3,38%
	Santa Catarina	110	3,12%
<b>Brasil</b>		<b>3524</b>	<b>100%</b>

Fonte - FACCHINI e BARBOSA, 2014, a partir de CNES, 2013.

Todos os dados do estudo foram obtidos *in loco* por pesquisadores treinados, cuja responsabilidade pela resposta ficou a cargo dos gestores dessas unidades por meio de ferramenta eletrônica de coleta dados, visando agilizar o trabalho de campo e melhorar a qualidade dos dados levantados junto aos HPPs. Vale ressaltar, no entanto, uma certa limitação deste estudo tendo em vista que as respostas ao *survey* foram de caráter autodeclaratório, ou seja, não houve comprovação por meio de documentos ou relatórios que atestasse a veracidade das informações, mas que nada invalidou os dados coletados. A tabela 2 apresenta o número total de participantes do estudo que responderam ao instrumento, assim como também informa a distribuição dos HPPs por faixa de leitões.

Tabela 2

Número dos HPP que participaram da pesquisa e por faixa de leitos

<b>Em relação a entrevista, resposta</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Foi possível realizar a entrevista	2.777	78,8
Não foi possível - recusa em participar	373	10,6
Não foi possível - imóvel inexistente/não encontrado	37	1,1
Não foi possível - hospital fechado	151	4,3
Não foi possível - recusa por outros motivos	186	5,3
<b>Total</b>	<b>3524</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa de leitos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Entre 0 a 19 Leitos	833	30,0
Entre 20 e 29 Leitos	751	27,0
Entre 30 e 39 Leitos	617	22,2
Entre 40 e 49 Leitos	355	12,8
50 Leitos ou mais	221	8,0
<b>Total</b>	<b>2777</b>	<b>100,0</b>

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014.

### 3.2 Variáveis escolhidas para o estudo

Com o intuito de investigar a associação entre recursos humanos e inserção dos hospitais nas Redes de Atenção à Saúde, essa fase, antecedente da análise dos dados, consiste na seleção das variáveis, tanto de recursos humanos, quanto de Rede de Atenção à Saúde a partir banco de dados da pesquisa dos HPPs. Nesse sentido, partindo-se do pressuposto de que o objetivo é verificar se a inserção dos hospitais nas RAS é influenciada a partir das práticas de RH, trabalhou-se, portanto, como variáveis *dependentes* aquelas referentes às RAS e as variáveis *independentes* como sendo as de recursos humanos. Usualmente, na linguagem econométrica, essas duas variáveis apresentam algumas outras denominações, representadas no quadro 1, ficando a critério do pesquisador a nomenclatura a ser utilizada. De todo modo, a natureza da análise é a mesma, as variáveis dependentes são aquelas cujo comportamento pretende-se ser explicado a partir da ação das variáveis independentes.

Quadro 1 - Terminologia e notação das variáveis

Variável Dependente (Y)	Variável Independente (X)
Variável explicada	Variável explicativa
Variável prevista	Previsor
Regressando	Regressor
Variável resposta	Estímulo
Variável endógena	Variável exógena
Saída	Entrada
Variável controlada	Variável de controle

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

Num segundo momento foram selecionadas algumas outras variáveis do banco de dados, relacionadas a características gerais e informações assistenciais dos HPPs, com a intenção de examinar outros fatores que podem estar associados com a inserção desses hospitais em RAS. Essas variáveis também serão trabalhadas na análise como variáveis independentes a fim de se controlar sua ocorrência com a inclusão ou não dos HPPs em redes.

### 3.2.1 Variáveis dependentes

As variáveis de RAS selecionadas dentro do *survey* foram aquelas localizadas na dimensão de *Inserção dos Hospitais nas Redes de Atenção à Saúde*. Em consonância com o modelo estruturado por Mendes (2011) e também pelo Ministério da Saúde via Portaria n. 4.279 (BRASIL, 2010), essas variáveis procuravam responder, a partir das informações coletadas em cada um dos HPPs, se estes tinham responsabilidades na rede de atenção à saúde loco-regional a partir da evidência de determinadas ações na gestão dessas organizações ou, pelo menos, se haveria uma tentativa de se organizá-los em RAS que, por sua vez, conforme discutido no capítulo anterior, geram ganhos de eficiência e qualidade para o sistema.

O quadro 2 descreve detalhadamente cada uma dessas variáveis-resposta, que compreendem às RAS e são dimensionadas sob seis diferentes componentes, seguindo a lógica de estruturação do próprio *survey*, que são: redes temáticas, desenvolvimento de ações com a atenção primária a saúde, regulação, existência de plano diretor, pactualizações e conselhos assistenciais.

Quadro 2 - Variáveis dependentes de RAS

<b>Redes Temáticas</b>	<b>Descrição</b>
O hospital está inserido na rede cegonha?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
O hospital está inserido na rede de urgência e emergência?	
O hospital está inserido na rede de atenção psicossocial?	
O hospital está inserido na rede atenção a pessoas com doenças crônicas?	
O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais?	
<b>Desenvolvimento do Conjunto de Ações com a Atenção Básica</b>	<b>Descrição</b>
O estabelecimento atua de forma conjunta com a AB?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
HPP compartilha médicos do HPP com a AB ou outros pontos da rede?	
HPP compartilha enfermeiros com a AB ou outros pontos da rede?	
HPP compartilha prof. de enfer. de nível médio com a AB ou outros pontos da rede?	
HPP compartilha outra prof. de nível superior com a AB ou outros pontos da rede?	
HPP compartilha ações de educação permanente com a AB ou outros pontos da rede?	
<b>Regulação</b>	<b>Descrição</b>
O hospital atua sob regulação de internação?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
O hospital atua sob regulação de exames?	
O hospital atua sob regulação de atendimento de ambulatorial geral?	
O hospital atua sob regulação de atendimento de ambulatorial especializado?	
O HPP é referência para UPA 24h?	
O hospital atua sobre central de regulação de urgências do Samu192?	
<b>Pactuações</b>	<b>Descrição</b>
Há existência de fluxos pactuados entre os serviços do município?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
Há fluxos intergestores pactuados?	
Há protocolos formalizados para regulação de acesso?	
Há protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar?	
O gestor hospitalar conhece as atribuições do hospital junto ao sistema de saúde local?	
O Hospital é referência para atendimento à população indígena?	
<b>Plano Diretor Hospitalar</b>	<b>Descrição</b>
O hospital tem Plano Diretor Hospitalar?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
No PDH, há proposição de missão hospitalar?	
No PDH, há proposição de metas institucionais?	
No PDH, há proposição de qualificação gerencial?	
No PDH há necessidade de readequação para o perfil almejado?	
No PDH há proposição investimentos em infraestrutura predial?	
No PDH há proposição de ampliação dos serviços assistenciais?	
No PDH há proposição de alteração do perfil assistencial?	
<b>Conselhos Assistenciais</b>	<b>Descrição</b>
O hospital tem conselho de saúde próprio?	<u>Variável Binária</u> 0.Não 1. Sim
O hospital tem conselho gestor?	
O HPP tem participação no CMS?	
O HPP tem participação no fórum de reunião com outros hospitais?	
O HPP tem participação no fórum de reunião com a AB?	
O HPP tem participação no colegiado municipal de dirigentes de saúde?	
O HPP tem participação no colegiado regional de dirigentes de saúde?	

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014



Todas as variáveis aqui apresentadas são variáveis *dummy* ou binárias e assumem o valor de 1 (um) caso apresentem determinada característica ou evento e 0 (zero) em caso contrário. Nesse sentido, trabalhar-se-á a inserção em redes de atenção à saúde a partir dos seis componentes destacados que serão analisados separadamente. Acentua-se que este trabalho não teve a pretensão de gerar um modelo final de inserção em RAS a partir da junção de todos os seis eixos. Acreditou-se que se poderia limitar demais o trabalho se fosse proposto um variável desfecho de inserção ou não inserção em redes. Dessa forma, todos os resultados e análises apresentados indicaram, do ponto de vista desses seis componentes (expressos a seguir), se os HPPs estão inseridos nas redes, ou se caminham para essa direção, na perspectiva das dimensões, em separado.

**Redes Temáticas:** Nesta dimensão foi investigado se os HPPs estavam inseridos nas 5 redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde: Cegonha, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas e Cuidados a Portadores de Necessidades Especiais

**Ações com Atenção Básica:** compartilhamento de ações e profissionais entre os HPPs e atenção primária à saúde

**Regulação:** atuação dos hospitais sob regulação de seis componentes: internação, exames, atendimento ambulatorial geral, atendimento ambulatorial especializado, se é referência para UPA 24 horas e se atua sob central de regulação de urgência do SAMU 192.

**Pactuações:** formalização de pactuações entre o hospital e os serviços do município além da existência de protocolos formalizados entre demais pontos de atenção do sistema

**Plano Diretor Hospitalar:** existência de plano diretor hospitalar e proposições de missão hospitalar, metas, qualificação gerencial, etc.

**Conselhos Assistenciais:** informação sobre a existência de conselho de saúde próprio ou conselho gestor, bem como a participação ne instancias de governança: conselho municipal de saúde, fórum de hospitais, reuniões com AB, colegiado municipal e regional de saúde,

### 3.2.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes, também chamadas de controle ou explicativas, englobam as variáveis de recursos humanos e que foram selecionadas a partir de uma investigação criteriosa do questionário na qual se procurou eleger aquelas que envolviam, de certa forma, gestão de pessoas, distribuição de pessoal e práticas de recursos humanos (quadro 3). No total foram trabalhadas nesse estudo com dez práticas/ações de RH que os hospitais poderiam ter implementado à época. Essa informação é importante, pois, numa próxima etapa, se irá agrupar esses HPPs a partir de graus de desenvolvimento dessas práticas. Além disso, conforme trabalhado nas variáveis dependentes, essas também admitem somente dois valores “0” para não adoção dessas práticas de RH e “1” para a ocorrência do evento.

Com o propósito de atender o objetivo específico de relacionar a inserção dos HPPs em redes de atenção controladas por outras variáveis, que não somente as de RH, traçou-se a análise em dois grupos de variáveis distintas. Um primeiro grupo na qual se buscou explicação pela estrutura e os processos dos HPPs a partir da existência de serviços de apoio diagnóstico, unidades de internação, unidades ambulatoriais, unidades de urgência, e o segundo grupo dizendo respeito a variáveis mais gerais do hospital e que englobam o atendimento e a contratualização com o SUS, tipologia, natureza jurídica, faixa de leitos, porte do município, região metropolitana e IDH. Todas essas variáveis seguem descritas nos quadros 3, 4 e 5 respectivamente.

Quadro 3 - Variáveis independentes de RH

Práticas de RH	Descrição
1. O hospital desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento?	<u>Variável Binária</u> 0. Não 1. Sim
2. O hospital desenvolve ações de avaliação de desempenho?	
3. O hospital registra indicadores de gestão de recursos humanos?	
4. O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de gestão participativa?	
5. O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de valorização do trabalhador?	
6. O hospital tem adotado algum mecanismo/dispositivo de gestão de risco e/ou saúde do trabalhador?	
7. O hospital oferta vagas para programas de residência médica?	
8. O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores e/ou cursos técnicos ou de nível médio?	
9. O hospital tem projetos de educação permanente?	
10. O hospital participa de projetos de pesquisa?	

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quadro 4 - Variáveis independentes de Unidades Assistenciais

Variáveis	Descrição
<b>Unidade de Apoio e Diagnóstico</b>	
O HPP tem serviço de laboratório?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
O HPP tem serviço de imagem?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
O HPP desenvolve ações de padronização de medicamentos?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital desenvolve 0 se não desenvolve
<b>Unidades de Internação</b>	
O HPP tem grupos de pacientes em tempo integral?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
O HPP tem pacientes monitorados ou entubados fora do CTI/UTI?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
O HPP tem disponibilidade de médico para interconsulta??	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem disponibilidade e 0 se não tem
<b>Unidades Ambulatoriais</b>	
Consultas marcada por meio da central de regulação?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se a consulta é marcada 0 se não é marcada
Consultas marcadas diretamente pelo usuário presencial?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se a consulta é marcada 0 se não é marcada
Consultas marcadas por telefone pelo usuário?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se a consulta é marcada 0 se não é marcada
Consultas marcadas diretamente da Unidade Básica de Saúde?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se a consulta é marcada 0 se não é marcada
O hospital tem ambulatório?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
O hospital tem ambulatório de especialidades?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital tem e 0 se não tem
<b>Unidades de Urgência</b>	
O HPP adota diretrizes para o acolhimento?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital adota 0 se não adota
O HPP adota Diretrizes para Classificação de Risco?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital adota 0 se não adota
O HPP atua em regime de PA?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital adota 0 se não adota

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quadro 5 - Variáveis independentes gerais

Variáveis	Descrição
O HPP atende ao SUS?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o perfil da clientela atendida pelo hospital é SUS e 0 se o perfil atendido é de saúde suplementar ou desembolso direto
O HPP é contratualizado com o SUS?	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital é contratualizado com o SUS somente ou com base na Portaria GM/MS 1.004/2004 e 0 se não contratualizado
Qual a natureza jurídica do HPP?	<u>Variável categórica</u> : 1- Público; 2- Hospital privado s/fins lucrativos; 3- Hospital privado c/fins lucrativos
Faixa de leitos	<u>Variável categórica</u> : 1- 0 a 19 leitos; 2- 20 a 29 leitos; 3- 30 a 39 leitos; 4- 40 a 49 leitos; 5- 50 ou mais
Tipologia	<u>Variável categórica</u> : 1- Hospital geral; 2- Hospital geral c/especialidade; 3- Hospital especializado
Porte do município do HPP	<u>Variável categórica</u> : 1- até 50mil hab.; 2- Entre 50 e 100mil hab.; 3- Entre 100 e 250mil hab.; 4- Entre 250 e 500mil hab.; 5- Acima de 500mil hab.
Região metropolitana	<u>Variável binária</u> igual a 1 se o hospital está na região metropolitana e 0 se não está
IDH	<u>Variável categórica</u> : 1- Muito Baixo/Baixo; 2- Médio; 3- Alto/Muito Alto

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

### 3.3 Análise dos dados

Para a interpretação dos dados, foram feitas análises descritivas das variáveis bem como estimados modelos de regressão logística utilizando o programa estatístico STATA 13. A análise de regressão, conforme conceituam Gujarati e Porter (2011, p. 39),

[...] diz respeito ao estudo da dependência de uma variável, a variável dependente, em relação a uma ou mais variáveis, as variáveis explanatórias, visando estimar e/ou prever o valor médio (da população) da primeira em termos dos valores conhecidos ou fixados (em amostragens repetidas) das segundas.

Ou seja, permite estimar a probabilidade de ocorrência de um evento a partir da ocorrência de outro. Quando a relação ocorre entre somente duas variáveis, será estabelecida a análise de regressão logística simples; já no cenário em que se tem mais de uma variável-controle, o modelo aplicado será de análise de regressão logística múltipla. No presente estudo, haverá momentos em que se trabalhou com ambos os modelos, cujo critério está relacionado com as variáveis a serem estimadas.

Face aos inúmeros modelos estatísticos de regressão existentes, o modelo de regressão logística ou modelo *logit* se mostrou adequado ao estudo, pois, nesses modelos, o regressando (variável dependente) assume valor qualitativo. Ou seja, enquanto nos modelos estimados o regressando (Y) for quantitativo, seu resultado passa ser a estimação do seu valor esperado, ou médio, dados os valores dos regressores (X), ao passo que, quando a variável dependente (regressando) é qualitativa, o objetivo passa a ser em encontrar a probabilidade de que algo aconteça. Por isso, são, muitas vezes, conhecidos como modelos de probabilidade (GUJARATI e PORTER, 2011).

Incorporando esse cenário ao objetivo do trabalho, em que se propôs avaliar quais variáveis estão associadas com a chance ou probabilidade de o hospital estar inserido em alguns dos componentes das redes de atenção, tem-se que variável dependente do modelo é uma medida binária que assume valor igual a 1 (um) se o hospital estiver inserido em alguns dos componentes de inserção em RAS e 0 (zero) em caso contrário. Por vezes, os dois valores assumidos por essa variável são denominados *sucesso* e *fracasso*, respectivamente e, nesse caso, o sucesso é o evento de interesse. A mesma lógica ocorre para as variáveis explicativas. No entanto, haverá momentos em que essas variáveis se apresentarão como categóricas de modo que, então, a análise ocorrerá em torno de uma variável de referência dentre as categorias dessa *proxy*.

Por fim, a interpretação dos resultados dos modelos de regressão logística é direta. Para variáveis explicativas (independentes) modeladas como variável contínua, se a razão de chance ( $\beta$ ) estimada pelo modelo for maior que 1, indica que uma variação de uma unidade na variável explicativa aumenta em  $(\beta-1)\%$  a chance de ocorrência do atributo (neste estudo, a chance de inserção em RAS). Por outro lado, se a razão de chance ( $\beta$ ) for menor que 1, diz-se que uma variação de uma unidade na variável explicativa se reduz em  $(1-\beta)\%$  a chance de ocorrência desse atributo. No caso de a variável explicativa ser modelada como uma variável binária (*dummy*),

se a razão de chance for maior do que 1, indica que o indivíduo (hospital) que tem determinado atributo (práticas de RH, por exemplo) tem uma chance ( $\beta-1$ )% maior de estar inserido em RAS do que aquele que não dispõe desses atributos (se utiliza dessas práticas, ações ou estratégias de RH).

Sendo assim, para cada um dos seis componentes da rede de atenção (redes temáticas, desenvolvimento de ações com a atenção primária a saúde, regulação, existência de plano diretor, pactualizações e conselhos assistenciais), elaboraram-se cinco tabelas que pretendem cumprir os objetivos do estudo procurando medir a relação entre gestão de recursos humanos e RAS nos HPPs, bem como levantar quais outros preditores geram impactos para a inserção dentro dos componentes de redes de atenção. A síntese explicando essas tabelas é apresentada no quadro 6.

Quadro 6 - Síntese das tabelas

<b>Variáveis de RH</b>	<b>Descrição</b>
Tabelas 10, 16, 22, 28, 34, 40	Análise descritiva do percentual dos HPPs que adotam ações do respectivo componente da rede
Tabelas 11, 17, 23, 29, 35, 41	Análise descritiva da relação dos HPPs que adotam ações do respectivo componente da rede por graus de adoção de práticas de RH
Tabelas 12, 18, 24, 30, 36, 42	Razões de chance de adotar ações do componente da rede por graus de adoção de práticas de RH
Tabelas 13, 19, 25, 31, 37, 43	Razões de chance do HPP adotar ações do componente da rede por práticas de RH
Tabelas 14, 20, 26, 32, 38, 44	Razões de chance do HPP adotar ações do componente da rede pela existência de serviços de unidades de apoio e diagnóstico, internação, ambulatoriais e urgência
Tabelas 15, 21, 27, 33, 39, 45	Razões de chance do HPP adotar ações do componente da rede por características gerais do hospital

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

### 3.4 Síntese metodológica

De forma sintética, os procedimentos metodológicos desta dissertação seguiram a seguinte caracterização, conforme apresentado no quadro 7.

Quadro 7 - Síntese metodológica

Variáveis de RH	Descrição
Natureza da pesquisa	Descritiva quantitativa
Método de pesquisa	Análise de dados secundários do <i>survey</i> censitário desenvolvido por Facchini e Barbosa (2014)
Unidade de análise	Hospitais de pequeno porte
Universo	3524 hospitais de pequeno porte brasileiros
Coleta de dados	Dados secundários do questionário estruturado aplicado <i>in loco</i> nos hospitais
Modelo estimado	Modelo Logit de razões de chance
Amostra	Categorias (variáveis) de RH, Estrutura e Processos de 2.777 HPPs
Variáveis dependentes	Redes temáticas; desenvolvimento de ações com a atenção primária a saúde; regulação; existência de plano diretor; pactualizações e conselhos assistenciais
Variáveis Independentes	<u>Recursos humanos</u> : Treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho, indicadores de RH, gestão participativa, valorização do trabalhador, gestão de riscos e saúde do trabalhador, residência médica, programas de estágio, educação permanente, projetos de pesquisa; <u>Variáveis assistenciais</u> : Serviços de apoio e diagnóstico, serviços de internação, serviços ambulatoriais e serviços de urgência; <u>Variáveis gerais</u> : Atende SUS, contratualiza com o SUS, tipologia, natureza jurídica, faixa de leitos, porte do município, região metropolitana e IDH
Fontes de Referência	Gestores, coordenadores e analistas que atuam na interface entre as categorias de análise previamente identificados em cada HPP estudado

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação.

## 4 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir estão divididos em dois momentos. O primeiro deles descreve as informações acerca das práticas de recursos humanos desenvolvidas nos HPPs, buscando relacioná-las com algumas características desses hospitais. E, em um segundo momento, respeitando a ordem descrita na metodologia, são estimados os modelos de regressão para cada dos seis componentes da rede.

### 4.1 Práticas de recursos humanos

Conforme indicado nos processos metodológicos, foi analisada a existência de dez práticas de recursos humanos nesses hospitais. Os percentuais de adoção dessas práticas são apresentados na tabela 3.

Tabela 3

Percentual de cada umas práticas de RH adotadas nos HPP		
Variáveis de RH	n	%
Treinamento e desenvolvimento	885	32,75
Avaliação de desempenho	541	20,01
Indicadores de RH	444	16,51
Gestão participativa	1012	36,64
Valorização do trabalhador	1066	38,57
Gestão de riscos e saúde do trabalhador	992	35,86
Residência médica	130	4,68
Programas de estágio	1367	49,23
Educação permanente	807	29,06
Projetos de pesquisa	162	5,83

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Analisando a tabela 3, pode-se perceber que, de modo geral, os HPPs brasileiros adotam poucas práticas de RH. Um a cada três hospitais desenvolvia Treinamento e Desenvolvimento (T&D). Esse número caía para um em cada quatro HPPs, no que diz respeito à Avaliação de



Desempenho (AD) e, dentre os que tinham como ação registrar os indicadores de RH, o percentual era de apenas 15%. Ter instituído programas de residência médica ou de atividades de ensino e pesquisa representou os menores percentuais de ocorrência. Em contrapartida, programas de estágio estavam sendo desenvolvidos na metade desses hospitais.

Nesse sentido, buscando verificar as características em comum dos hospitais de pequeno porte que adotavam práticas de RH, elaboraram-se as tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 na tentativa de descobrir quais informações estavam relacionadas a essas duas dimensões – RH e HPPs. Para estabelecer de forma mais clara essas respostas, os hospitais foram agrupados, por conveniência, em quatro categorias e o critério se deu pela quantidade de práticas de RH empregadas: i) o HPP não adota ou adota até uma prática; ii) o HPP adota entre duas, três ou quatro práticas de RH; iii) o HPP adota cinco, seis ou sete práticas de RH; iv) o HPP adota oito ou mais práticas desenvolvidas (tabela 4).

Tabela 4

## Número de práticas de RH adotadas pelos HPPs

<b>Variáveis de RH</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nenhuma ou pelo menos 1 prática de RH	896	33,8
Entre 2 e 4 práticas de RH	1178	44,4
Entre 5 e 7 práticas de RH	460	17,4
Acima de oito práticas de RH	117	4,4

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Logo, já na primeira tabela, constatou-se que à medida que se elevava o nível de práticas adotadas de RH, diminuía em termos percentuais os HPPs que atendiam e que estavam contratualizados com o SUS. Esse comportamento mostra, *a priori*, que os hospitais que não atendem e não contratualizam com SUS estão mais concentrados na faixa de maior adoção de práticas de RH, indicando que os HPPs de natureza privada desenvolvem mais essas práticas (tabela 5).

Tabela 5

Práticas adotadas de RH por atendimento e contratualização ao SUS								
Práticas de RH	Atende SUS				Contratualizado com o SUS			
	Não		Sim		Não		Sim	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma ou 1	72	8,0	824	92,0	184	22,3	641	77,7
Entre 2 e 4	113	9,6	1.065	90,4	208	18,8	899	81,2
Entre 5 e 7	83	18,0	377	82,0	118	26,7	324	73,3
8 ou mais	27	23,1	90	76,9	36	31,9	77	68,1
Total	295	11,6	2356	88,4	546	22,5	1941	77,5

Nota: 126 casos foram omitidos na categoria *práticas de rh*; 290 casos foram omitidos na categoria *contratualizado com o SUS*

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Outro resultado importante nesta diz respeito à tabela 6, a qual infere uma relação próxima entre o número de leitos e práticas de RH. Dentre os HPPs que não tinham ou adotaram até uma prática de recursos humanos, 9,8 e 3,2% tinham entre 40 e 49 leitos e 50 leitos ou mais, respectivamente. Contudo, esse percentual aumentou para 18 e 27,4% entre os hospitais que adotam oito ou mais práticas. Em tese, há uma forte evidência, considerando que os HPPs que adotam entre cinco a sete, ou oito ou mais práticas de RH estavam mais concentrados nas duas últimas faixas de leitos, de que, quanto maior a estrutura do hospital, maior será a possibilidade de implementar ações de recursos humanos.

Tabela 6

Práticas adotadas de RH por porte de leitos										
Práticas de RH	Porte de Leitos									
	Entre 0 e 19		Entre 20 e 29		Entre 30 e 39		Entre 40 e 49		50 ou mais	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma ou 1	353	39,4	264	29,5	162	18,1	88	9,8	29	3,2
Entre 2 e 4	316	26,8	329	27,9	291	24,7	154	13,1	88	7,5
Entre 5 e 7	98	21,3	114	24,8	115	25,0	75	16,3	58	12,6
8 ou mais	22	18,8	14	12,0	28	23,9	21	18,0	32	27,4
Total	789	30,0	721	27,0	596	22,2	338	12,8	207	8,0

Nota: 126 casos foram omitidos na categoria *práticas de rh*

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Nas categorias natureza jurídica e tipologia (tabela 7), os resultados expressam uma concentração maior de HPPs privados com e sem fins lucrativos e HPPs gerais com especialidade e especializados, no grupo dos hospitais que desenvolvem oito ou mais práticas. Embora em termos absolutos o HPP de natureza pública ou geral se apresente maior, quando se agrupam as demais categorias, constata-se a superioridade desses hospitais em relação aos primeiros. E à medida que vão diminuindo os níveis de práticas de RH, essa relação vai se invertendo.

Tabela 7

Práticas de RH	Práticas adotadas de RH por natureza jurídica e tipologia											
	Natureza Jurídica						Tipologia					
	Público		Privado s/fins Lucrativos		Privado c/fins Lucrativos		Geral		Geral c/Especialidade		Especializado	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma ou 1	634	70,9	134	15,0	126	14,1	734	82,1	129	14,4	31	3,5
Entre 2 e 4	752	64,1	195	16,6	227	19,3	908	77,2	200	17,0	68	5,8
Entre 5 e 7	223	48,7	115	25,1	120	26,2	298	65,2	106	23,2	53	11,6
8 ou mais	49	41,9	37	31,6	31	26,5	47	41,2	36	31,6	31	27,2
Total	1658	62,7	481	18,2	504	19,1	1987	75,2	471	17,8	183	6,9

Nota: 134 casos foram omitidos na categoria *natureza jurídica*; 136 casos foram omitidos na categoria *tipologia*

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Em relação ao porte do município onde estão dispostos esses HPPs com exceção daqueles localizados em cidades de 50 a 100 mil habitantes, à medida que se elevou o nível de adoção de práticas aumentava-se a concentração deles nos municípios maiores. No caso de hospitais que adotavam oito ou mais práticas de RH, 30% deles eram de cidades com mais de 500 mil habitantes. Em contrapartida, esse percentual foi de 2,5% quando os HPPs eram os que não desenvolviam ou tinha, pelo menos, uma prática estruturada de recursos humanos (tabela 8).

Tabela 8

## Práticas adotadas de RH por porte do município

Práticas de RH	Porte do Município									
	Até 50mil hab		Entre 50 e 100mil hab		Entre 100 e 250mil hab		Entre 250 e 500mil hab		Acima de 500mil hab	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma ou 1	788	88,0	49	5,5	24	2,7	13	1,5	22	2,5
Entre 2 e 4	967	82,1	65	5,5	48	4,1	26	2,2	72	6,1
Entre 5 e 7	312	67,8	32	7,0	31	6,7	22	4,8	63	13,7
8 ou mais	49	41,9	5	4,3	17	14,5	11	9,4	35	29,9
Total	2116	79,8	151	5,7	120	4,5	152	2,7	507	7,2

Nota: 126 casos foram omitidos na categoria *práticas de rh*

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Analisando a tabela 9 contendo informações das práticas de recursos humanos, nota-se que, nos municípios onde os HPPs adotam oito ou mais práticas de RH, 44% são integrados por regiões metropolitanas e 72% dispostos em regiões com alto e muito alto IDH. Esses valores se invertem à medida que se exploram os hospitais com menos práticas de RH, tendo em vista, por exemplo, que, nos HPPs com até uma prática de RH adotada, 17% apenas estão incorporados a regiões metropolitanas e 25% em cidades com o IDH elevado (tabela 9).

Tabela 9

## Práticas adotadas de RH por região metropolitana e IDH

Práticas de RH	Região Metropolitana				IDH Município					
	Não		Sim		Muito Baixo/ Baixo		Médio		Alto/ Muito Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Nenhuma ou 1	742	82,8	154	17,2	288	32,1	384	42,9	224	25,0
Entre 2 e 4	949	80,6	229	19,4	321	27,3	446	37,9	411	34,9
Entre 5 e 7	327	71,1	133	28,9	58	12,6	148	32,2	254	55,2
8 ou mais	66	56,4	51	43,6	7	6,0	26	22,2	84	71,8
Total	2084	78,6	567	21,4	674	25,4	1004	37,9	973	36,7

Nota: 126 casos foram omitidos na categoria *práticas de rh*

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

## 4.2 Redes temáticas

A instituição das Redes Temáticas representou o momento inicial de implantação das RAS no SUS. Foram constituídas pelo Ministério da Saúde num contexto em que se tomou a iniciativa política de trazer para o centro da política de atenção à saúde a implantação das redes. Apoiada sob o lema de acesso e qualidade, sua construção se articulou e compartilhou a prioridade política da gestão juntamente com o fortalecimento da Atenção Básica e de uma ampliação substancial do orçamento (MAGALHÃES JR., 2014). Todavia, ainda que estabelecida como política estruturante do SUS do ponto de vista assistencial, tinha-se pouca prática interfederativa no processo, o que levou o MS, após discussão com estados e municípios, a priorizar a implantação de Redes Temáticas, sendo elas: Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Pessoas com Doenças Crônicas, Atenção Psicossocial e Cuidados a Pessoas com Deficiência que, segundo Magalhães Jr. (2014), foram escolhidas por razões de prioridades epidemiológicas e assistenciais.

Tabela 10

Percentual dos HPPs inseridos em redes temáticas

<b>Redes Temáticas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Rede Cegonha	387	16,9
Rede de Urgência e Emergência	1.465	52,8
Rede de Atenção Psicossocial	299	10,8
Rede de Doenças Crônicas	414	14,9
Rede de Cuidado de Portadores de Necessidades Especiais	221	8,0

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Cumprindo com um dos objetivos de colher informações sobre as responsabilidades dos HPPs junto aos serviços loco-regionais, a tabela 10 apresenta o percentual de adesão às redes temáticas, destacando o quão se encontram vinculados a essas redes. Percebe-se um número expressivo deles se mantendo inseridos na rede de Urgência e Emergência, representando um percentual de mais da metade de todos os HPPs. Em contrapartida, considerando-se as demais redes, a taxa de inserção variou entre 8 e 17%.

A julgar pelo elevado percentual de HPPs conectados à Rede de Urgência e Emergência, pode-se, por um lado, reforçar que esse diagnóstico é reflexo, tanto da insuficiência de resposta da atenção primária a saúde, que de certa forma obriga esses hospitais a atuarem de porta aberta, quanto pelo fato de que permanecem evidentes os processos de trabalho ainda hegemônicos em seu caráter hospitalocêntrico. Ademais, em decorrência desses fatos, confirma-se também o modelo de atenção às condições agudas o qual o SUS tem como referência.

E já pensando na própria reorganização frente ao modelo de condições crônicas, a tabela 10 será ótima balizadora indicada pela porcentagem de HPP vinculadas às demais redes

Tabela 11

Percentual dos HPP inseridos nas redes temáticas por grau de adoção de práticas de RH				
Redes Temáticas	Práticas de RH adotadas			
	Nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Cegonha	12,6	19,0	19,7	15,0
Urgência e emergência	39,7	56,8	62,8	63,3
Atenção psicossocial	4,6	9,0	19,4	29,9
Doenças crônicas	7,0	14,9	22,8	29,9
Cuidados portadores de nec. esp.	3,9	7,5	12,0	22,2

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

No propósito de investigar a relação entre o desenvolvimento de práticas de RH com a adesão em as Redes Temáticas, elaborou-se a tabela 11 cruzando essas duas informações. A interpretação desses resultados indica, tomando como base a rede de UeE que, dentre todos os HPPs que não desenvolviam ou desenvolviam pelo menos uma prática de RH, 40% deles estavam inseridos na rede. Já, quando se consideram somente os hospitais que desenvolviam oito ou mais ações de recursos humanos, o percentual que estava vinculado a essa mesma rede passava para 64%. Dessa forma, com exceção da Rede Cegonha, todas as demais redes apresentaram proporções maiores de inserção de seus hospitais na medida em que aumentava o grau de adoção de práticas de RH. Enquanto os HPPs que não adotavam ou adotavam até uma

prática de RH apresentaram uma taxa de inserção de 3,9% e 7% nas redes de Cuidados a Portadores de Necessidades Especiais e Doenças Crônicas respectivamente, esse percentual aumentou para 22,2 e 29,9% entre aqueles que adotavam muitas práticas de RH.

Tabela 12

## Inserção em redes temáticas pelo grau de adoção de práticas de RH

Práticas de RH adotadas	Redes Temáticas									
	Cegonha		Urgência e Emergência		Atenção Psicossocial		Doenças Crônicas		Cuidados Portadores de Nec. Esp.	
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,63	***	1,99	***	2,06	***	2,31	***	1,99	***
Entre 5 e 7	1,70	***	2,56	***	5,00	***	3,91	***	3,34	***
8 ou mais	1,22	NS	2,61	***	8,90	***	5,64	***	7,03	***

Nota - \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Como meio de avaliar a força da relação entre essas duas variáveis, RH e inserção em RT, estimam-se, na tabela 12, as razões de chance de o HPP estar inserido nas redes temáticas a partir do grau de adoção das práticas de RH, tendo como categoria de referência a não adoção de práticas ou adoção de pelo menos uma prática. Dito isso para todos os cenários, são maiores as chances de estar inserido em qualquer uma das redes aquele hospital que adota entre duas a quatro, cinco a sete, oito ou mais práticas de RH quando comparados com aqueles que não adotam ou adotavam apenas uma.

Destacam-se as maiores chances de inserção na rede de atenção psicossocial doenças crônicas e portadores de necessidades especiais que se mostraram, à primeira vista, mais sensíveis à adoção de práticas de RH o que, em tese, pode ser explicado pela própria característica dos cuidados que circunscrevem essas redes intensivas em condições de longa duração e que induzem, na própria transformação do RH, ao cumprimento das diretrizes dessas redes e das linhas de cuidado dessas enfermidades.

Do ponto de vista específico das práticas de RH, a tabela 13 desagrega as razões de chances de inserção nas RTs, a partir das ações de gestão de pessoas desenvolvidas nos HPPs. Na sequência, as tabelas 14 e 15 buscam explicar a inserção nessas redes pela existência de serviços assistenciais por meio de unidades funcionais existentes nos HPPs além de variáveis mais gerais contemplando características da natureza e da gestão do hospital.

Tabela 13

## Inserção em redes temáticas por variáveis de RH

Variáveis de RH	Rede Temáticas									
	Cegonha		Urgência e Emergência		Atenção Psicossocial		Doenças Crônicas		Portadores de Nec. Especiais	
Treinamento e Desenvolvimento	1,06	NS	1,39	***	1,24	NS	1,44	***	1,09	NS
Avaliação de Desempenho	1,09	NS	1,02	NS	1,37	*	0,88	NS	0,82	NS
Indicadores de RH	0,54	***	0,98	NS	0,79	NS	0,93	NS	0,99	NS
Gestão Participativa	1,39	**	1,45	***	1,53	***	1,54	***	1,73	***
Valorização do Trabalhador	0,77	*	0,83	**	0,98	NS	0,92	NS	1,23	NS
Gestão de Riscos e Saúde do Trab.	1,18	NS	1,83	***	2,03	***	2,18	***	1,73	***
Residência Médica	1,10	NS	0,73	NS	0,81	NS	0,65	NS	1,00	NS
Programas de Estágio	2,01	***	1,65	***	2,19	***	1,38	***	1,58	***
Educação Permanente	1,16	NS	1,08	NS	1,56	***	1,40	***	1,67	***
Projetos de Pesquisa	1,08	NS	0,68	**	1,53	*	1,42	NS	1,13	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Ao analisar a regressão logística da tabela 13 que estimou as razões de chances de inserção dos HPPs em redes temáticas sobre a ótica das práticas de recursos humanos, observou-se que hospitais que incentivavam ou adotavam mecanismos de gestão participativa e também promoviam intercâmbio de estágios (graduação para nível superior ou estágios de curso técnico ou de nível médio) apresentaram maiores chances de estarem inseridos em qualquer uma das redes temáticas. Resultado semelhante ocorreu para a variável de adoção de mecanismo de



qualidade para gestão de risco e saúde do trabalhador, significativa para todas as redes com exceção da Rede Cegonha.

O indicador de *treinamento e desenvolvimento* bastante aplicado na gestão de pessoas de muitas organizações se apresentou significativo para as redes de UeE e Atenção as Doenças Crônicas. Desse modo, pode-se dizer que os HPPs que adotavam T&D no período investigado tinham probabilidades mais elevadas de estarem inseridos nessas duas redes temáticas. Por outro lado, as variáveis como avaliação de desempenho ou monitoramento de indicadores de RH não apresentaram relações significativas com a inserção nas redes temáticas.

De certa forma, tais resultados demonstram preliminarmente que o desenvolvimento de estágios, associado a uma maior inserção às RTs, promovem o intercâmbio de conhecimento que se mostra fundamental para possibilitar a vinculação dos HPPs às linhas de cuidado materno-infantil (Rede Cegonha), Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Doenças Crônicas, Portadores de Necessidades Especiais.

A mesma lógica pode ser dita para a variável de Educação Permanente (EP) que, de acordo com Merhy (2005, p. 173), deve “[...] ter força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção de cuidado em saúde, transformações da sua prática, o que implicaria força de produzir capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações” e é nessas condições que a variável de EP se encaixa nos resultados apresentados, à medida que mostrou uma relação positiva para as redes de doenças crônicas, atenção psicossocial e necessidades especiais cuja natureza exige processos de cuidado em saúde efetivos a partir de questões objetivas e subjetivas do modo de agir em saúde.

Tabela 14

Inserção em redes temáticas por unidades assistenciais											
Variáveis Assistenciais	Redes Temáticas										
	Cegonha		Urgência Emergência		Atenção Psicossocial		Doenças Crônicas		Portadores Nec. Especiais		
<i>Unidades de Apoio e Diagnóstico</i>											
Serviço de Laboratório	1,39	NS	0,62	***	0,77	NS	1,39	*	0,84	NS	
Serviço de Imagem	0,90	NS	1,20	*	1,05	NS	0,88	NS	0,89	NS	
Ações de padronização de medicamentos	1,10	NS	1,23	**	1,12	NS	1,17	NS	1,49	*	
<i>Unidades de Internação</i>											
Grupos de Pacientes em Tempo Integral	1,02	NS	0,79	***	0,78	*	0,96	NS	0,95	NS	
Pacientes Monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	1,22	NS	1,80	***	1,52	**	1,25	NS	0,95	NS	
Disponibilidade de Médico p/ Interconsulta	1,13	NS	1,54	***	1,74	***	1,85	***	2,01	***	
<i>Unidades Ambulatoriais</i>											
Marcada por meio da central de regulação	1,70	***	1,28	*	0,87	NS	1,06	NS	1,25	NS	
Marcação direta do usuário presencial	1,14	NS	0,85	NS	0,78	NS	1,15	NS	0,89	NS	
Marcação por telefone pelo usuário	0,39	***	0,54	***	0,91	NS	0,77	*	1,15	NS	
Marcação direta da UBS	1,33	*	1,67	***	1,85	***	1,69	***	1,84	***	
Possui ambulatório	2,84	**	1,37	*	0,94	NS	1,07	NS	0,74	NS	
Possui ambulatório de especialidades	1,20	NS	1,33	***	1,77	***	1,30	*	1,28	NS	
<i>Unidades de Urgência</i>											
Diretrizes para o acolhimento	1,64	***	1,40	***	1,83	***	1,33	**	1,45	*	
Diretrizes para Classificação de Risco	1,06	NS	1,58	***	1,31	*	1,30	*	1,40	*	
O HPP atua em regime de PA	1,41	**	1,14	NS	1,06	NS	0,86	NS	0,94	NS	

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Em relação à tabela 14 que apresenta algumas das variáveis vinculadas às unidades assistenciais e suas razões de chance de influenciarem a inserção dos HPPs nas redes temáticas, os resultados apontam o esperado. No que diz respeito a unidades de apoio e diagnóstico, ter um serviço de laboratório diminui em 38% as chances de estar inserido na rede de UeE. No entanto, aumentou

em 39% a chance de estar inserido na rede de doenças crônicas. Ter um serviço de imagem ou adotar ações de padronização de medicamentos aumentou as chances de ter adotado as redes de Urgência e Emergência e Portadores Necessidades Especiais respectivamente.

Para a categoria das Unidades de Internação chama a atenção o fato de que ter disponibilizado um médico para a realização de interconsultas aumentou as chances de estar inserido nas redes temáticas, com ressalvas para a Rede Cegonha. Quanto às unidades ambulatoriais, a marcação direta pela unidade básica de saúde significou maiores chances de inserção em todas as redes. Da mesma forma, ter ambulatório geral ou de especialidades também representou para algumas redes maiores chances de estarem inseridas. No caso da Rede Cegonha, por exemplo, os HPPs que tinham ambulatório tiveram 184% a mais de chances de estarem inseridos. Já aqueles que tinham ambulatório de especialidades aumentaram em 77% as chances de estarem inseridos nas redes de atenção psicossocial. Por último, no que concerne às variáveis vinculadas às unidades de urgência, constatou-se que aqueles hospitais que adotavam diretrizes para o acolhimento ou para a classificação de riscos obtiveram mais chances de estarem inseridos em todas as redes.

À vista desses resultados, pode-se dizer que a existência de determinados serviços nos hospitais é condicionante para a sua inserção nas RTs. O ato de o usuário ter sua consulta marcada pela central de regulação, ou mesmo, a existência de regime de pronto-atendimento nos HPPs confirma, a princípio, que a rede, no caso de UeE, se utiliza desses serviços/procedimentos para seu funcionamento. Portanto, a manutenção desses serviços se fundamenta na sua própria vinculação com a rede temática da qual ele fez parte como um de seus componentes.

Por outro lado, quanto determinado serviço é intrínseco a uma rede específica e os dados estimados não mostram uma relação, é sinal de poder estar havendo uma falha de cobertura desse serviço. Analisando a rede de atenção psicossocial em que ter pacientes em tempo integral diminuiu as chances de sua adesão à rede, vai no desencontro, numa primeira impressão, daquilo que se foi pactuado que, dentre outras coisas, estabelece o acompanhamento integrado de um conjunto de serviços desde a atenção básica, a disponibilidade de leitos especializados de retaguarda em hospitais gerais, a ampliação dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 24 horas com equipes capacitadas, Unidades de Acolhimento Transitório e apoio as instituições de mais longa permanência as chamadas Unidades Terapêuticas (MAGALHÃES JR, 2014)

Tabela 15

Inserção em redes temáticas por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Gerais	Redes Temáticas									
	Cegonha		Urgência e Emergência		Atenção Psico.		Doenças Crônicas		Portadores Necessidades Especiais	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>										
Sim	Omitido		2,27	***	0,88	NS	0,89	NS	1,53	NS
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>										
Sim	1,33	NS	1,42	***	1,37	NS	1,95	***	0,98	NS
<b>Porte de Leitos (ref. Até 20 leitos)</b>										
Entre 20 e 29 leitos	1,80	***	1,28	**	1,21	NS	1,07	NS	1,03	NS
Entre 30 e 39 leitos	2,45	***	1,48	***	1,70	***	1,14	NS	1,26	NS
Entre 40 e 49 leitos	2,29	***	1,42	**	1,54	*	1,11	NS	0,70	NS
50 ou mais	2,48	***	1,86	***	2,45	***	1,29	NS	1,77	**
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>										
Privado com Fins Lucrativos	0,25	***	0,68	**	0,30	***	0,63	*	0,62	NS
Privado sem Fins Lucrativos	0,19	***	0,57	***	0,47	***	0,65	**	0,64	**
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>										
Hospital Geral c/ especialidades	1,13	NS	1,20	NS	1,67	***	1,54	***	1,35	NS
Hospital Especializado	1,52	NS	1,14	NS	1,87	**	1,70	**	2,26	***
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>										
Entre 50 e 100 mil hab	1,24	NS	0,82	NS	0,81	NS	1,16	NS	1,35	NS
Entre 100 e 250 mil hab	0,13	***	1,13	NS	0,94	NS	0,82	NS	0,91	NS
Entre 250 e 500 mil hab	0,23	*	1,05	NS	1,04	NS	0,79	NS	0,67	NS
Acima de 500 mil hab	0,53	NS	0,65	**	0,93	NS	1,04	NS	1,55	NS
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>										
Sim	1,23	NS	1,11	NS	0,89	NS	0,81	NS	0,63	*
<b>IDH (ref. Nível Baixo/Muito)</b>										
IDH: Nível Médio	0,93	NS	0,98	NS	1,28	NS	1,00	NS	1,38	*
IDH: Nível Alto/Muito Alto	0,85	NS	1,13	NS	1,43	*	1,02	NS	1,04	NS

Nota - \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Por fim, analisando as razões de chances do último modelo estimado para o componente Redes Temáticas por informações gerais relacionadas com o hospital, observam-se fatos interessantes. O HPP que atende unicamente no SUS tinha 127% de chances a mais de estar inserido na rede de urgência e emergência. Da mesma forma, ocorre com o hospital que é contratualizado com o SUS. Nesse caso, para a rede de doenças crônicas, as chances são as mais elevadas, na ordem de 95%.

Em relação ao porte do hospital, fica evidente que, quanto maior o número de leitos, maiores as chances de estar inserido nas redes: cegonha, urgência e emergência, doenças crônicas e portadores de necessidades especiais. Essa informação alerta para, conforme discutido no marco teórico do trabalho, a necessidade de se obter ganhos de escala e escopo afim de aumentar a produtividade e a possibilidade de novos procedimentos no hospital que, naturalmente conforme discutido a partir da tabela 14, são essenciais para proporcionar as intervenções necessárias para as redes temáticas.

No aspecto da natureza jurídica do hospital, aqueles com ou sem fins lucrativos têm menores chances de estarem inseridos nas redes temáticas demonstrando o distanciamento muito grande desses hospitais em servir o SUS. Em todos os casos com nível de significância, o HPP privado sem fins lucrativos ou com fins lucrativos apresentaram menores chances de adotar as redes quando comparado aos hospitais públicos. No caso da tipologia, os hospitais gerais com especialidades tinham 67% e 54% mais chances de estarem inseridos nas redes de atenção psicossocial e doenças crônicas respectivamente em relação aos hospitais gerais. Já o HPP especializado tinha 87% e 70% de estar inserido também nessa rede quando comparado ao hospital geral.

Face aos resultados encontrados, pode-se dizer com otimismo que os HPPs públicos estão mais inseridos nessas redes que os demais, embora os hospitais filantrópicos, que também prestam serviços para o SUS, ainda se encontram em dificuldades de se aderir às redes temáticas. Na perspectiva de sua tipologia, os HPPs especializados ou com ambulatório de especialidades são mais propensos à vinculação às redes de atenção psicossocial, doenças crônicas e portadores de necessidades especiais sinalizando a disponibilidade, nesse tipo de organização, por meio de leitos específicos ou não, de ser referência, como ponto de atenção a algum desses de cuidados.

### 4.3 Compartilhamento de ações com a atenção primária

Reconhecer a Atenção Primária a Saúde como o principal mote de reorientação do modelo de atenção do SUS ajuda a entender por que ser ela tão relevante para a organização das redes de atenção à saúde. Nessa lógica, a APS se desloca de coadjuvante para protagonista do sistema, passando a ser o principal responsável pela ordenação dos processos que envolvem, no tocante às RAS, a integralidade do usuário, desde ações de promoção e prevenção até os casos mais densos tecnologicamente como as intervenções hospitalares. Além disso, seja nas redes temáticas, seja na própria rede de atenção à saúde em si, a APS deve ser o ponto estruturante e coordenador do cuidado individual como porta prioritária das redes de atenção e, conseqüentemente, assumir a posição de centro organizador das redes regionalizadas (CHUEIRI *et al.*, 2014).

Dito isso, nesta seção, vai-se analisar o segundo componente de inserção em RAS deste trabalho, que diz respeito ao compartilhamento de ações da atenção básica com os HPPs. Seguindo as informações levantadas por Facchini e Barbosa (2014), as variáveis que vão sustentar essa investigação envolvem as ações partilhadas entre os dois pontos de atenção e são enumeradas na tabela 15.

Tabela 16

Percentual dos HPP que compartilham ações com a atenção básica		
<b>Compartilhamento de Ações com a Atenção Básica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Atua de forma conjunta com a Atenção Básica	2.119	77,0
Compartilha médicos	1.579	57,3
Compartilha enfermeiros	982	35,6
Compartilha profissionais de enfermagem de nível médio	897	32,5
Compartilha outros profissionais	937	34,0
Compartilha ações de Educação Permanente	945	34,4

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Analisando a tabela 16, constata-se que 77% dos hospitais afirmaram atuar de forma conjunta com atenção primária a saúde. Esse percentual cai 20% entre os que afirmaram compartilhar médicos com a AB, alcançando uma taxa de 57% dos HPPs. As demais categorias apresentam proporcionalidades semelhantes, seja no compartilhamento de enfermeiros, profissionais de enfermagem de nível técnico, outros profissionais e ações de educação permanente apresentando variações entre os 32 e 35%.

Uma ressalva a ser feita dessas informações é que não foi possível medir o quão esses hospitais atuam verdadeiramente de forma conjunta com AB. A pergunta feita, assim como as demais, não exigia a comprovação por meio de dados ou documentos acerca do compartilhamento dessas ações, tornando-se uma resposta mais subjetiva, mas que não invalida as estimações que forem feitas, embora fique difícil saber o quanto é significativa essa atuação com a atenção primária.

Tabela 17

Compartilha ações com Atenção Básica	Práticas de RH adotadas			
	Nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Atua de forma conjunta	77,88	80,65	70,35	70,09
Médicos	55,81	61,69	53,61	41,03
Enfermeiros	34,87	36,29	34,5	31,62
Profissional de enfermagem. de nível médio	30,78	32,59	34,93	30,77
Outros Profissionais	31,42	35,09	36,11	29,06
Ações educação permanente	24,86	36,73	43,49	48,72

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Os dados encontrados a despeito das ações compartilhadas entre os HPPs e a atenção básica sob enfoque das práticas de RH são expressos na tabela 17. A única variável que apresenta ter uma associação significativa com a adoção de práticas RH é a variável de educação permanente, pois, à medida que se elevou o grau de adoção de práticas, aumentava-se a porcentagem dos

HPPs que adotam as ações de educação permanente. Ou seja, enquanto aproximadamente 25% do total de hospitais que não desenvolviam ou tinham apenas uma prática de RH em seus processos de trabalho adotavam ações de educação permanente, esse percentual subia para quase 50% entre os hospitais que já adotam oito ou mais práticas de RH. E, embora os resultados, de uma forma geral, não aparentam relacionar os componentes da AB com práticas de RH, pelo menos em relação aos hospitais que não adotam práticas ou tem implementado uma prática, o percentual do compartilhamento de ações foi o menor para todas as categorias da AB se comparado aos demais níveis de adoção das práticas de RH (duas a quatro, cinco a sete e oito ou mais).

O comportamento dessas ações deixa claro que o compartilhamento existente entre os dois pontos de atenção não necessariamente está vinculado às práticas desenvolvidas de gestão de pessoas pelos hospitais. O que leva a pensar que, em algumas dessas instituições, o simples fato de compartilhar, no caso de profissionais com a atenção básica, indica basicamente a coexistência de outro tipo de vínculo trabalhista entre o profissional e essas instituições. Não necessariamente é acompanhada por uma troca de expertises e conhecimento se valendo por um sentido de complementaridade entre as intervenções ou qualificação do cuidado, mas, sim, situa-se como uma possibilidade empregatícia a mais para esses profissionais.

Tabela 18

Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica pelo grau de adoção de práticas de RH

Práticas de RH	Ações compartilhadas com a Atenção Básica											
	Atua de Forma Conjunta		Médicos		Enfermeiros		Prof. de Enf. Nível Médio		Outros Profissionais		Ações de Educação Permanente	
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,18	NS	1,28	***	1,06	NS	1,09	NS	1,18	*	1,75	***
Entre 5 e 7	0,67	***	0,92	NS	0,98	NS	1,21	NS	1,23	*	2,33	***
8 ou mais	0,67	*	0,55	***	0,86	NS	1,00	NS	0,89	NS	2,87	***

Nota - \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014



A fim de mensurar a grandeza da relação entre práticas de RH e compartilhamento de ações com a AB, estimaram-se, na tabela 18 as razões de chance entre essas categorias. Chama a atenção o fato de que adotar mais práticas de RH diminuiu as chances de atuar de forma conjunta com a atenção básica quando comparado aos hospitais que não adotam ou adotam até uma prática de RH. No cenário de compartilhamento de médicos, as relações são avulsas. Quando se adotavam de duas a quatro práticas de RH, a chance de compartilhar médico aumentava em 28% tendo como referência desenvolver até uma prática. Agora, quando os hospitais adotavam oito ou mais práticas, as chances de compartilhar médico diminuíram em 45% tendo novamente a categoria de não adotar ou adotar uma prática de RH como referência. Entre os hospitais que adotavam duas a quatro ou cinco a sete práticas de RH, as chances de compartilhar outros profissionais com a Atenção Básica aumentaram em relação aos HPPs que não tinham implementadas ou adotavam uma ação de RH.

Em todo caso, conforme previsto anteriormente, a tabela 18 confirma que, para a variável de Educação Permanente, os HPPs que adotam oito ou mais práticas apresentaram maiores chances de compartilhar essas ações com a AB do que aqueles que não adotavam práticas de RH ou tinham desenvolvido apenas uma. De todo modo é importante investigar mais a fundo quais seriam essas ações e o porquê de elas estarem relacionados com a adoção de práticas de recursos humanos. Uma hipótese é que elas envolvem serviços que transcendem o ambiente hospitalar ou a atenção básica, sendo organizadas em nível local, num contexto macropolítico das intervenções e dos processos de trabalho relacionados a essas ações de educação permanente.

Tabela 19

Inserção no compartilhamento de ações/profissionais com a Atenção Básica por práticas de recursos humanos

Variáveis de RH	Atua de Forma Conjunta com a Atenção Básica		Médicos		Enfermeiros		Profissionais de Enfermagem de nível médio		Outros profissionais de nível superior		Educação Permanente	
Treinamento e desenvolvimento	1,06	NS	1,15	NS	0,97	NS	1,13	NS	1,30	**	1,41	***
Avaliação de desempenho	0,82	NS	0,89	NS	0,87	NS	1,03	NS	0,92	NS	0,68	***
Indicadores de RH	0,83	NS	0,67	***	0,88	NS	0,76	**	0,70	***	0,92	NS
Gestão participativa	1,76	***	1,45	***	1,12	NS	1,05	NS	1,21	***	1,28	***
Valorização do trabalhador	0,64	***	0,83	**	1,03	NS	1,15	NS	0,91	NS	1,28	**
Gestão de riscos e saúde do trabalhador	0,86	NS	1,01	NS	1,08	NS	0,98	NS	1,08	NS	1,05	NS
Residência médica	0,59	**	0,54	***	0,67	*	0,79	NS	0,64	**	0,90	NS
Programas de estágio	1,85	***	1,48	***	1,26	***	1,27	***	1,40	***	1,62	***
Educação permanente	0,78	**	0,90	NS	1,00	NS	0,95	NS	1,02	NS	1,81	***
Projetos de pesquisa	0,66	**	0,48	***	0,79	NS	0,98	NS	0,76	NS	0,89	NS

Nota - \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quanto às razões de chances de compartilhamento de diferentes ações para a atenção básica tendo como referência as ações de RH adotadas pelos HPPs, observam-se resultados poucos expressivos do ponto de vista de sua significância (tabela 19). Assim, como ocorre na análise ds redes temáticas, constata-se que as variáveis de gestão participativa e programas de estágio foram as que melhor associaram maiores chances de compartilharem ações com a atenção básica.

Chama a atenção a variável de oferta de vagas para residência médica na qual, em quase todos os casos, expressou menores chances de compartilhar ações e profissionais com a Atenção Básica. Ou seja, os hospitais que adotavam programas de residência médica no período investigado tinham menores chances de atuar de forma conjunta ações com a AB. Uma das explicações para esse fenômeno é pelo fato de os HPPs que, em sua maioria, se situam em municípios de pequeno e médio portes, concentrarem uma parte considerável desses médicos e demais profissionais de saúde que, porventura, escassos na região, os *obrigam* a estar totalmente vinculados ao hospital, pelo menos, no período de sua residência e/ou de processos de capacitação.

Outro ponto interessante diz respeito às práticas de T&D as quais significaram, com maiores chances, o compartilhamento, tanto de outros profissionais com a atenção básica, quanto de ações de educação permanente. Nesse caso, há de se considerar que o mesmo profissional que trabalha no HPP, salvo médicos e enfermeiros, é também aquele que atua na ESF, e o fato de passarem por processos de capacitação nos HPPs abre novas possibilidades e tende a facilitar sua inserção profissional em outros espaços como na atenção básicas, gerando, por exemplo, oportunidades de atuação em cargos de gestão.

Tabela 20

Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica por unidades assistenciais												
Variáveis Assistenciais	Compartilha Ações Com A Atenção Básica											
	Atua de forma Conjunta	Médico	Enfermeiros	Profissionais Enfermagem nível médio	Outros profissionais de nível superior	Ações de Educação Permanente						
<b>Unidades de Apoio e Diagnóstico</b>												
Serviço de laboratório	1,85 ***	1,19 NS	0,92 NS	0,87 NS	0,98 NS	1,01 NS						
Serviço de imagem	0,54 ***	0,71 ***	0,67 ***	0,83 *	0,94 NS	0,94 NS						
Ações de padronização de medicamentos	1,18 NS	1,15 NS	1,29 **	1,15 NS	1,10 NS	1,55 ***						
<b>Unidades de Internação</b>												
Grupos de pacientes em tempo integral	0,80 *	0,74 ***	0,78 ***	0,83 **	0,90 NS	0,70 ***						
Pacientes Monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	0,70 **	0,80 *	0,96 NS	0,95 NS	0,84 NS	0,87 NS						
Disponibilidade de Médico p/ Interconsulta	0,98 NS	0,87 NS	0,99 NS	1,07 NS	1,01 NS	1,46 ***						
<b>Unidades Ambulatoriais</b>												
Marcada por meio da central de regulação	1,85 ***	1,22 NS	1,67 ***	1,30 *	1,22 NS	1,81 ***						
Marcação direta do usuário presencial	1,45 *	0,98 NS	1,07 NS	1,01 NS	1,04 NS	1,06 NS						
Marcação por telefone pelo usuário	0,16 ***	0,41 ***	0,52 ***	0,54 ***	0,47 ***	0,48 ***						
Marcação direta da UBS	4,66 ***	2,21 ***	1,56 ***	1,64 ***	1,80 ***	1,91 ***						
Tem ambulatório	1,93 ***	1,06 NS	0,73 *	0,68 **	0,70 *	0,94 NS						
Tem ambulatorio de especialidades	0,88 NS	0,95 NS	1,22 *	1,32 ***	1,47 ***	1,12 NS						
<b>Unidades de Urgência</b>												
Diretrizes para o acolhimento	1,59 ***	1,23 **	1,10 NS	1,06 NS	1,18 NS	1,41 ***						
Diretrizes para Classificação de risco	1,12 NS	1,13 NS	0,99 NS	1,07 NS	1,14 NS	1,17 NS						
O HPP atua em regime de PA	1,69 ***	1,58 ***	1,27 **	1,26 **	1,20 *	1,14 NS						

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Em relação à tabela 20, cujos números apresentados expressam as razões de chance de compartilhar ações com a AB por unidades assistenciais, algumas informações destoam. A primeira delas infere que os HPPs que tinham em sua estrutura serviços de laboratório

apresentaram 85% a mais de chances de atuarem de forma conjunta na atenção básica. O oposto ocorre para o serviço de imagem no qual suas chances de atuar de forma conjunta caía para 46%, da mesma forma que caía também para o compartilhamento de médicos (28%) e enfermeiros (33%).

Pensando no fortalecimento das redes temáticas, em especial, a de Pessoas com Condições Crônicas, exige-se da Atenção Primária à Saúde, por meio da ESF que, nesse nível de atenção para que se tenha resolutividade imprescindível ao seu papel na rede, obrigatoriamente necessitará de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como dos pontos de atenção especializados (ambulatoriais e hospitalares) para, só assim, colocar o cuidado integral das pessoas no centro do debate da questão da regionalização do SUS (CHUEIRI *et al.*, 2014). E, sustentados nessa premissa, alguns dos resultados encontrados vão de encontro a essas expectativas com destaque ao fato de que o HPP que dispunha de ambulatório tinha mais chances de atuar em conjunto com a atenção básica, da mesma forma que também aumentava para o hospital que tinha pronto-atendimento, indicando que tal estabelecimento se comporta como referência para a APS.

Acerca das unidades de internação, os HPPs que tinham grupo de pacientes em tempo integral, para quase todas as variáveis, diminuía suas chances de compartilhar qualquer uma dessas ações com a AB. Uma das considerações nesse caso é que há um conflito de ações e uma sobreposição de procedimentos, já que o esperado era que a AB fosse responsável por esse cuidado integral.

Quanto à marcação das consultas, destaca-se a forte relação com os usuários que tinham marcado consultas diretamente pela unidade básica de saúde. Vê-se, pois, que aumentaram em 366% as chances de o HPP atuar de forma conjunta com a AB, 221% de compartilhar médicos, 56% de compartilhar enfermeiros, 64% de compartilhar profissionais de enfermagem de nível médio, 80% de outros profissionais e 91% de ações de educação permanente. Relevante também foi o fato de o hospital ter ambulatório o que aumentou em 93% a chance de atuar de forma conjunta com a AB. De modo parecido também aumentaram as chances de compartilhar enfermeiros, profissionais de enfermagem de nível técnico e outros profissionais de nível superior para aqueles que tinham ambulatório de especialidades. Essas constatações reforçam ainda mais o caráter de funcionamento da rede de atenção estruturada pela APS, visto que, quando há marcação de consultadas ou pela central de regulação ou pela unidade básica de saúde, aumentam as chances de aproximação dos HPPs junto aos pontos de atenção do nível primário a saúde, imprimindo, concomitantemente, a desfragmentação do sistema.

Por fim, no que diz respeito às unidades de urgência ter implantado diretrizes para o acolhimento elevou as chances de atuarem de forma conjunta com a AB, de compartilhar médicos e instaurar ações de educação permanente. Além do mais, conforme já mencionado, ter um regime de pronto- atendimento também elevou as chances de desenvolver qualquer uma das ações com AB com exceção para a variável de educação permanente.

Tabela 21

Inserção no compartilhamento de ações com a Atenção Básica por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Gerais	Compartilha Ações Com A Atenção Básica											
	Atua de forma Conjunta		Médico		Enfermeiro		Prof. Enf. Nível médio		Outro profissional nível superior		Educação Permanente	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>												
Sim	1,76	***	2,97	***	2,65	***	2,45	***	1,92	*	2,98	***
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>												
Sim	0,38	***	1,60	***	1,33	**	1,22	NS	1,38	**	1,51	***
<b>Porte de Leitos (ref. Até 20 leitos)</b>												
Entre 20 e 29 leitos	0,16	NS	1,15	NS	1,00	NS	0,95	NS	1,13	NS	0,85	NS
Entre 30 e 39 leitos	0,15	NS	0,83	NS	0,95	NS	1,01	NS	1,05	NS	0,83	NS
Entre 40 e 49 leitos	0,15	NS	0,70	**	0,72	**	0,79	NS	1,00	NS	0,76	*
Entre 50 Leitos ou mais	0,19	NS	0,84	NS	0,89	NS	0,96	NS	1,23	NS	1,25	NS
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>												
Privado com Fins Lucrativos	0,03	***	0,41	***	0,44	***	0,50	***	0,29	***	0,28	***
Privado sem Fins Lucrativos	0,09	***	0,73	**	0,83	NS	0,79	*	0,56	***	0,69	***
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>												
Hospital Geral c/ especialidades	0,12	NS	1,01	NS	1,19	NS	1,07	NS	1,19	NS	1,10	NS
Hospital Especializado	0,13	***	0,74	NS	0,87	NS	0,62	*	0,98	NS	1,05	NS
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>												
Entre 50 e 100 mil hab	0,08	***	0,44	***	0,72	NS	0,85	NS	0,55	***	0,73	NS
Entre 100 e 250 mil hab	0,12	***	0,32	***	0,85	NS	0,75	NS	0,59	*	0,65	NS
Entre 250 e 500 mil hab	0,15	**	0,31	***	0,83	NS	0,87	NS	0,71	NS	1,00	NS
Acima de 500 mil hab	0,15	**	0,22	***	0,74	NS	0,88	NS	0,66	NS	1,04	NS
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>												
Sim	0,17	NS	1,02	NS	0,96	NS	0,95	NS	0,90	NS	0,86	NS
<b>IDH (ref. Nivel Baixo/Muito)</b>												
IDH: Nivel Médio	0,22	NS	1,12	NS	0,89	NS	0,91	NS	0,96	NS	1,00	NS
IDH: Nivel Alto/Muito Alto	0,26	NS	1,17	NS	0,77	**	0,77	**	0,90	NS	1,00	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Última tabela do componente de compartilhamento de ações com a AB, a tabela 21 remete alguns dados que geram importantes reflexões. Os HPPs que atendem SUS têm mais chances de atuar de forma conjunta com a atenção básica, de compartilhar médicos, enfermeiros, profissionais de enfermagem de nível médio e outros profissionais, além de compartilhar ações de educação permanente. Quando se analisa se o HPP é contratualizado com SUS, apenas a variável de atuação de forma conjunta com AB apresentou chances menores de ocorrência.

Da mesma forma, constata-se que os hospitais privados com ou sem fins lucrativos também tinham menos chances de compartilhar qualquer uma das ações da atenção básica quando comparados aos hospitais públicos. O hospital com fins lucrativos tinha 97% de chance a menos de atuar de forma conjunta com a atenção básica. No que tange à tipologia, o HPP que atua como hospital especializado tem 87% chances menos de atuar de forma conjunta com a AB quando comparado ao hospital geral. Esta última informação gera uma preocupação extra considerando que condições de saúde mais específicas tais como materno-infantil, mental, necessidades especiais ou, até mesmo, doenças crônicas, que carecem de um cuidado integral por parte da estratégia de saúde da família, apresentaram-se com menores chances de compartilhar ações com a AB. Eventualmente será preciso, como já mostrado na seção anterior, que se refere às maiores chances de inserção desses hospitais especializados nas redes temáticas, fortalecer essas conexões para atuarem em conjunto com as ações da AB.

Por fim, os dados inferiram que os municípios acima de 50 mil habitantes tinham muito menos chances de compartilhar ações com a AB do que os municípios de até 50 mil habitantes, o que pode ser reflexo da cobertura da estratégia de saúde da família ser menor para as cidades mais populosas. Além do mais, ainda que os HPPs no geral apresentassem estarem desarticulados de grande parte dos serviços de saúde, aqueles que se situam em localidades menores, a proximidade que têm junto à estratégia de saúde da família em termos espaciais, é mais preponderante do que os HPP em grandes centros urbanos.



#### 4.4 Regulação

Atuar sob regulação das ações e intervenções dentro do sistema de saúde é uma das formas mais eficazes para diminuir a fragmentação do sistema, pois a demanda tende a ser *controlada*, possibilitando organizar as filas pelas necessidades de cuidado, ao mesmo tempo em que garante a integralidade e equidade, princípios básicos do SUS. Além do mais, possibilita minimizar as dificuldades de acesso da população aos serviços recorridos por elas.

Considerado por Magalhães Jr. (2014) como um dos grandes desafios não cumpridos do SUS, a regulação assistencial é compreendida como um aparato simples ou complexo, que vai depender da situação, de combinar as demandas do sistema e de seus usuários, com as ofertas mais adequadas em cada momento, de modo que se priorize quem mais precisa, sobretudo baseado em evidências claras, dotando, ainda, o sistema de maiores transparência e eficiência.

Mendes (2011), ao discorrer sobre o tema, diz ser fundamental implementar os sistemas de regulação de acesso para o funcionamento pleno das redes de atenção. Sua incorporação às RAS se justifica por facilitar a organização do acesso de forma equitativa, transparente e com segurança; por organizar o acesso com foco na pessoa usuária; por desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde organizadores do processo de regulação de acesso; por instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso; pela implementação de uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; pela manutenção de um corpo de profissionais capacitados para regulação do acesso e para gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades por meio da geração de relatórios padronizados (Mendes, 2011).

Dito isso, com o intuito de desvendar se os HPPs brasileiros atuam sobre regulação, elaborou-se a tabela 22 fornecendo essa informação a partir de diferentes níveis de serviços.

Tabela 22

Percentual dos HPP que atuam sob regulação dos seguintes níveis		
O HPP atua sob regulação	n	%
Internação	1.275	45,9
Exames	945	34,1
Atendimento ambulatorial geral	839	30,3
Atendimento ambulatorial especializado	641	23,2
Referência UPA24h	318	11,5
Central de Regulação SAMU	623	22,5

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quando se analisam os HPPs que atuam sobre regulação, verifica-se que quase a metade deles (45%) atuam sobre regulação de internação, seguido de regulação de exames (34%), atendimento ambulatorial geral (30%) e o atendimento ambulatorial especializado com 23%. Em relação a atuar sob a regulação da UPA 24 horas ou do Samu 192, pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência, os percentuais se mantiveram baixos com 11 e 22%, respectivamente. De uma forma geral, os dados indicam uma baixa cobertura dos hospitais que atuam sob níveis de regulação principalmente no tocante aos pontos de atenção do modelo de condições agudas, sugerindo que os hospitais ainda encontram dificuldades de se estruturarem, na concepção da regulação de acesso, mesmo na rede temática de UeE, vista como a mais desenvolvida do sistema.

Tomando como referência a UPA24 horas especificamente, cujo percentual de hospitais regulados foi o mais baixo de todos, levanta-se preocupação tendo em conta que, dentre suas atribuições, está a de servir de contrarreferência aos hospitais. Contudo, a constatação de que os HPPs não estão atuando sob sua regulação sustenta novamente a natureza fragmentada do sistema, desarmônico e ineficiente na oferta de acesso.

Tabela 23

Percentual dos HPP que atuam sob regulação por grau de adoção de práticas de RH				
Atuas sobre regulação de	Práticas de RH adotadas			
	Nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Internação	34,93	49,15	54,57	58,97
Exames	27,79	35,51	38,56	37,61
Atendimento ambulatorial geral	25,03	31,55	33,7	34,19
Atendimento ambulatorial especializado	16,89	23,89	27,67	35,04
Referência UPA24h	7,05	11,17	16,19	24,79
Central de Regulação SAMU	15,4	23,53	29,13	29,06

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Ao cruzar essas informações com a quantidade de práticas adotadas pelos HPPs, obtém-se a tabela 23 na qual se conclui que os HPPs que adotam mais práticas de RH estão proporcionalmente mais inseridos nos diferentes níveis de regulação do que aqueles que não adotam práticas de RH ou adotam pelo menos uma. Tomando como análise todos os hospitais que não desenvolvem ou desenvolviam no máximo uma prática de RH, cerca de 35% atuam sobre regulação de internação, mas esse percentual aumentou para quase 60% no universo que adotava muitas práticas de RH. Essa mesma tendência é observada para todos os outros níveis de regulação.

Essas informações aparentemente corroboram o componente das redes temáticas de que, quanto maior o número de práticas de RH adotadas, maior as possibilidades de inserção nesses componentes. Analisando pragmaticamente o efeito que pode estar associado a essa lógica é que se desenvolvem mais as práticas nesses HPPs maiores, aparentando ser: i) as chances de capacitar os profissionais em torno de um objetivo, que seja a inserção em RAS; ii) a concepção do trabalhador enquanto capital intelectual capaz de imprimir mudanças na organização; iii) as estratégias de gestão participativa; iv) as ferramentas de valorização dos processos de trabalho desenvolvidos; v) o número de profissionais capazes de enxergar a contribuição em termos financeiros e assistenciais que esses hospitais podem ganhar com a inserção nas RAS dentre outros.

Tabela 24

Inserção de atuar sob os diferentes níveis de regulação pelo grau de adoção de práticas de RH

Práticas de RH	Níveis de Regulação											
	Internação		Exames		Atendimento Ambulatorial Geral		Atendimento Ambulatorial Especializado		UPA 24 horas		Samu 192	
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,80	***	1,43	***	1,38	***	1,54	***	1,66	***	1,69	***
Entre 5 e 7	2,24	***	1,63	***	1,52	***	1,88	***	2,55	***	2,26	***
8 ou mais	2,68	***	1,57	**	1,56	**	2,65	***	4,35	***	2,25	***

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Examinando mais detalhadamente a influência de práticas de RH sob os níveis de regulação (tabela 24), nota-se que os hospitais que adotam mais práticas de RH têm maiores chances de atuar sob regulação em comparação com os hospitais que não adotam nenhuma ou até uma prática de RH. Um dos resultados estimados apontou uma chance 335% maior de atuar sob regulação da UPA24h os HPPs que adotaram oito ou mais práticas em relação aos hospitais que não adotaram nenhuma ou somente uma prática de RH, o que aviva instigar do porquê desse comportamento destoante dos demais. Contudo, o que se tem de concreto relacionado exclusivamente às práticas desagregadas de recursos humanos, é apresentado na tabela 25.

Tabela 25

Inserção de atuar sobre regulação por práticas desagregada de recursos humanos												
Variáveis de RH	Internação		Exames		Atendimento Ambulatorial Geral		Atendimento Ambulatorial Especializado		UPA 24h		SAMU 192	
Treinamento e desenvolvimento	1,50	***	1,34	***	1,38	***	1,43	***	1,17	NS	1,28	**
Avaliação de desempenho	0,99	NS	0,78	**	0,96	NS	0,82	NS	1,21	NS	0,91	NS
Indicadores de RH	0,97	NS	1,00	NS	0,88	NS	1,05	NS	1,15	NS	0,82	NS
Gestão participativa	1,49	***	1,60	***	1,54	***	1,43	***	1,64	***	1,43	***
Valorização do trabalhador	0,71	***	0,72	***	0,65	***	0,75	***	0,83	NS	0,82	*
Gestão de riscos e saúde do trabalhador	1,17	*	1,00	NS	1,00	NS	1,03	NS	1,00	NS	1,22	*
Residência médica	1,12	NS	1,25	NS	1,10	NS	1,75	***	1,00	NS	1,27	NS
Programas de estágio	1,76	***	1,65	***	1,53	***	1,57	***	1,80	***	1,60	***
Educação permanente	1,44	***	1,06	NS	1,11	NS	1,19	NS	1,80	***	1,49	***
Projetos de pesquisa	0,79	NS	1,16	NS	1,15	NS	1,42	*	0,82	NS	0,91	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Conforme descrito, são observadas as razões de chance de os HPPs atuarem sob regulação por qualquer um dos níveis de referência apresentados a partir das dez práticas de RH (tabela 25). Em suma, observa-se a probabilidade de chances mais elevadas de atuarem sob regulação os hospitais que desenvolvem ações de treinamento e desenvolvimento, gestão participativa, programas de estágio, gestão de riscos e saúde do trabalhador e educação permanente.

No que diz respeito especificamente ao TeD, suas chances de estarem regulados para todos os níveis são da ordem de (50% maior para internação, 34% a mais para exames, 38% a mais para o atendimento ambulatorial geral, 43% a mais para atendimento ambulatorial especializado, 28% a mais para o SAMU). A implementação de mecanismos de gestão participativa, bem como o intercâmbio de programas de estágio seguem na mesma lógica, apresentando probabilidades mais elevadas para os HPPs que implementam tais práticas em sua estrutura.

Em menor quantidade de instâncias reguladas, os projetos de educação permanente aumentam em 44% as chances de os HPPs atuarem regulados sob o nível de internação, em 80% de

chances de serem referência para UPA 24h e 49% de serem regulados pela Central de Urgências do SAMU192. Já a adoção de mecanismos de gestão de riscos e a saúde do trabalhador se mostrou significativa para regulação sob o nível de internação (17% a mais de chances) e a regulação só pelo SAMU (22% a mais de chances). Salienta-se também que os hospitais que ofertam vagas para residência médica apresentam 75% a mais de chances de serem regulados por atendimento ambulatorial especializado. Este último dado reflete as contribuições levantadas até aqui de que boa parte dessas residências ocorrem nas especialidades que não sejam das clínicas básicas, logo, apresentar um leque de especialidades no hospital parece ser interessante sob esse ponto de vista.

De forma oposta, no que tange à adoção de incentivos de valorização do trabalhador, observou-se que diminui na sua grande maioria as chances de os HPPs se manterem regulados independentemente de qual for o nível de regulação. E, embora o fato de mecanismos de valorização do trabalhador serem importantes para a motivação do profissional em seu ambiente de trabalho, no caso dos HPPs, não estimulou maiores chances de atuarem sob regulação, pelo contrário, diminuiu as chances de estarem regulados.

Novamente a categoria de gestão participativa se apresenta como uma categoria de destaque entre as ações de RH imprimidas, despontando como fator relevante para inserção nos componentes da RAS, embora não se saiba quais seriam os mecanismos implantados pelos HPPs referentes a essa ação. Em relação à variável de T&D ter se apresentado de maneira positiva para atuação dos hospitais sob regulação, pode-se inferir que o exercício dessa atividade tende a proporcionar melhores condições de entendimento dos profissionais, tanto do aspecto da gestão financeira, quanto da estruturação dos processos de trabalho.

Tabela 26

Inserção de atuar sob regulação por unidades assistenciais												
Variáveis Assistenciais	Atua sob regulação											
	Internação		Exames		Atendimento Amb. Geral		Atendimento Amb. Espec.		UPA 24 horas		Samu 192	
<b>Unidades de Apoio e Diagnóstico</b>												
Serviço de laboratório	1,33	**	1,56	***	0,95	NS	1,00	NS	0,92	NS	1,71	***
Serviço de imagem	1,33	***	1,26	**	1,13	NS	1,38	***	1,77	***	1,23	NS
Ações de padronização de medicamentos	1,14	NS	0,89	NS	1,03	NS	0,93	NS	1,53	**	1,33	**
<b>Unidades de Internação</b>												
Grupos de pacientes em cuidado integral	0,75	***	0,73	***	0,74	***	0,73	***	0,76	*	0,78	**
Pacientes Monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	1,20	NS	1,04	NS	1,03	NS	1,36	**	1,15	NS	1,84	***
Disponibilidade de Médico p/ Interconsulta	1,26	**	1,19	*	1,45	***	1,25	**	1,84	***	1,22	*
<b>Unidades Ambulatoriais</b>												
Marcada por meio da central de regulação	1,94	***	2,84	***	2,52	***	3,13	***	1,65	***	2,01	***
Marcação direta do usuário presencial	1,29	*	1,17	NS	1,27	NS	1,15	NS	0,86	NS	1,44	**
Marcação por telefone pelo usuário	0,54	***	0,42	***	0,43	***	0,58	***	0,67	**	0,42	***
Marcação direta da UBS	1,74	***	1,55	***	1,52	***	1,40	***	1,46	**	1,68	***
Tem ambulatório	1,40	*	1,10	NS	1,08	NS	1,45	NS	0,49	***	1,16	NS
Tem ambulatório de especialidades	0,99	NS	1,40	***	1,44	***	1,52	***	0,94	NS	1,03	NS
<b>Unidades de Urgência</b>												
Diretrizes para o acolhimento	1,12	NS	1,20	*	1,09	NS	1,30	**	1,08	NS	1,40	***
Diretrizes para Classificação de risco	1,64	***	1,31	***	1,35	***	1,33	**	1,93	***	1,79	***
O HPP atua em regime de PA	0,90	NS	0,92	NS	0,91	NS	1,05	NS	0,89	NS	0,78	**

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Já a tabela 26 promove as razões de chance de atuar sob regulação dada a existência de serviços/procedimentos nos HPPs. Em referência aos serviços de apoio diagnósticos (serviço laboratorial, de imagem, ou ações de padronização de medicamentos) em sua grande maioria aumentaram as chances de os hospitais de atuarem sob regulação de alguns serviços.

Obviamente os hospitais que tinham serviços ligados a determinados níveis de regulação aumentava suas chances de atuarem sob essa instância, como é o caso dos HPPs que prestavam serviços de imagem e laboratoriais indispensáveis para atuarem sob o regime de regulação de exames.

A disponibilidade de médicos para interconsulta elevava as chances para estar atuado sob a regulação de todas as instâncias. Ponderando-se face ao princípio da integralidade, esse resultado reflete a congruência entre os sistemas de regulação de acesso e a própria singularidade das ações em saúde que exigem o cuidado integral ao usuário, a ponto de ser quase uma condição a disponibilidade de outros profissionais médicos para a gestão do caso clínico.

O mesmo fundamento é visto quando a marcação ocorre pela central de regulação ou pela unidade básica de saúde cujas chances de estarem inseridos em qualquer um dos níveis aumentou. Como era de se esperar, esse dado mostra, novamente, em certa medida, que as centrais de regulação estão cumprindo o seu propósito de encaminhamento nos serviços.

Quanto ao hospital ter ambulatório, suas chances de atuar sob regulação da UPA diminuíram em quase 50% indicando que o fato de dispor de ambulatório substituiria a função da UPA de encaminhar ou, até mesmo, de realizar procedimentos de natureza ambulatorial. Em contrapartida, o hospital que tem o ambulatório de especialidade indicava chances maiores de atuar sob regulação do atendimento ambulatorial geral e especializado.

Por fim, entre todas as categorias, sublinham-se as diretrizes para a classificação de risco visto que os hospitais que adotavam tal protocolo aumentavam suas chances de se manter regulado em todos os níveis de serviços com destaque para UPA 24h e o SAMU 192. Tal qual frisa Mendes (2011), para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelas agudizações das condições crônicas, impõe-se, na perspectiva das RAS, a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema, afim de se estabelecer o melhor local para a resposta a uma determinada situação. Nesse sentido, experiências mundiais vêm demonstrando que essa linguagem, estruturada por diretrizes clínicas, necessita ser codificada por sistemas de classificação de riscos. Sobre isso, os achados da tabela 26 confirmam que as diretrizes de classificação de riscos são elementares para os HPPs atuarem regulados.



Tabela 27

Inserção de atuar sob regulação por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Gerais	Atua sob regulação											
	Internação		Exames		Atendimento Amb. Geral		Atendimento Amb. Especi		UPA 24 horas		Samu 192	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>												
Sim	5,21	***	2,35	***	3,72	***	2,61	***	9,59	***	34,18	***
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>												
Sim	1,42	***	1,39	**	1,54	***	1,22	NS	1,29	NS	1,40	**
<b>Porte de Leitos (ref. Até 20 leitos)</b>												
Entre 20 e 29	1,36	***	1,06	NS	1,32	**	1,10	NS	1,55	**	1,15	NS
Entre 30 e 39	1,53	***	1,10	NS	1,17	NS	1,43	**	1,92	***	1,39	**
Entre 40 e 49	1,41	**	1,25	NS	1,21	NS	1,20	NS	1,77	***	1,18	NS
50 Leitos ou mais	2,12	***	1,51	**	1,35	NS	1,80	***	1,85	**	2,03	***
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>												
Privado c/fins lucrativos	0,72	**	0,36	***	0,67	**	0,42	***	0,66	*	0,47	***
Privado s/fins lucrativos	0,96	NS	0,47	***	0,63	***	0,62	***	0,83	NS	0,55	***
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>												
Hospital geral c/ especialidades	1,16	NS	1,20	NS	1,38	***	1,99	***	1,04	NS	1,09	NS
Hospital especializado	1,10	NS	0,88	NS	0,86	NS	1,43	NS	1,13	NS	0,84	NS
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>												
Entre 50 e 100 mil	0,90	NS	1,32	NS	0,98	NS	1,29	NS	1,06	NS	1,07	NS
Entre 100 e 250	1,21	NS	0,53	**	0,45	**	0,67	NS	1,75	NS	0,80	NS
Entre 250 e 500	1,67	NS	1,14	NS	0,72	NS	1,43	NS	1,74	NS	1,46	NS
Acima de 500 mil	2,26	***	2,31	***	1,49	NS	2,92	***	2,85	***	1,54	NS
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>												
Sim	0,99	NS	0,90	NS	1,17	NS	0,86	NS	0,97	NS	1,45	***
<b>IDH (ref. Nível Baixo/Muito)</b>												
IDH: Médio	1,05	NS	0,86	NS	1,00	NS	0,89	NS	1,61	***	1,18	NS
IDH: Alto/Muito	0,90	NS	0,78	*	0,88	NS	0,79	NS	1,66	**	1,44	**

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS Não estatisticamente significativa

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Finalizando as conclusões da componente regulação, por intermédio da tabela 27, acentua-se que as chances de os hospitais se manterem regulados por qualquer um dos pontos de atenção é consideravelmente maior entre os que atendem ao SUS do que aqueles que não atendem. Especificamente, para os HPPs regulados junto com a UPA 24horas e o SAMU, essas chances chegam num grau de aproximadamente 10 e 34 vezes mais de atuarem nesses serviços quando comparados aos hospitais que não atendem ao SUS. Conclui-se desses fatos que atuar sob regulação do Samu é quase uma condicionante de eles atenderem ao SUS

Outro fator importante da tabela 27 diz respeito ao porte do hospital. Tomando como base os hospitais com mais de 50 leitos o que, na verdade, *foge* do escopo deste trabalho, as chances de atuarem sob regulação de internação, exames, atendimento ambulatorial especializado, UPA 24 horas e SAMU 192 aumentavam em todos os cenários se comparados aos hospitais com menos de 20 leitos. Os hospitais com fins lucrativos tinham, na época, menos chances de atuarem sob regulação de todos os serviços quando se comparam os hospitais públicos.

Na mesma lógica, os hospitais com especialidades tiveram mais chances de atuarem sob regulação justamente nos níveis de atendimento ambulatorial (38% a mais), e 99% a mais no atendimento ambulatorial especializado quando comparados aos hospitais gerais. Um dado interessante mostra que os HPPs situados nos municípios acima de 500 mil habitantes tiveram mais chances de atuarem sob regulação com exceção do atendimento ambulatorial especializado e o SAMU 192, reflexo talvez da melhor estrutura dessas cidades em manter as centrais de regulação, da mesma forma que pode ser um indicativo de maior acesso dos serviços nesses municípios quando comparados àqueles de porte inferior a 50 mil habitantes. O fato de o SAMU não apresentar dados significantes é que experiências de regulação do SAMU têm sido experimentadas primeiro fora dos grandes centros, como foi observado na macrorregião Norte de Minas Gerais. Municípios cujo IDH é médio ou alto/muito alto tinham mais chances de atuarem sob regulação do SAMU e da UPA 24.

#### 4.5 Existência de pactualizações

A formalização de pactos entre os entes prestadores de serviços é de suma importância para a organização dos serviços em redes de atenção, isto porque minimiza a distância entre os pontos de atenção, organiza o acesso da população e, sobretudo, gera ganhos de eficiência para o sistema. Dessa maneira, uma das formas de consolidação das RAS, respaldadas pelo princípio da integralidade, é a formalização de pactos gestores afortunados por gerarem ganhos epidemiológicos e econômicos para o sistema. Só assim, torna-se possível pensar a articulação dos níveis de atenção e fomentar a mudança do modelo assistencial.

Via de regra, sem uma rede de serviços, não é possível garantir a integralidade de cuidado. Pensar redes nessa altura implica garantir a manutenção dos serviços de saúde, em todos os seus níveis, de forma articulada, coesa e regionalizada para assim garantir ao usuário a integralidade de suas condições de saúde. E, nessas condições, é fundamental para o setor saúde que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros para que, como lembram Santos e Andrade (2008), seja capaz de garantir aos municípios a integralidade de sua saúde, uma vez que a maioria deles não é capaz de arcar sozinhos com a assistência do cidadão.

Nessa perspectiva, nasce a necessidade de articulação entre os entes políticos para a composição das redes de saúde, dotando-as de instrumentos jurídicos-administrativos que lhes permitam, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir os serviços, transferir os recursos, além de se referenciar uns aos outros, de modo sistêmico numa interdependência política, administrativa e financeira (SANTOS e ANDRADE, 2008). Soma-se isso a necessidade de gestão intergovernamental e, não apenas, das relações entre governos, em que, para o setor saúde, é imperioso que haja gestão compartilhada entre os atores públicos priorizando o planejamento integrado e o financiamento tripartite.

Sob esse prelúdio findam as variáveis trabalhadas nessa categoria as quais buscaram localizar os HPPs que instituíam pactos e protocolos formalizados de prestação de serviços às voltas de sua rede loco-regional. Após categorização, essas respostas foram dispostas na tabela 28.

Tabela 28

## Percentual dos HPP quanto a existência de pactualizações

<b>Existências de Pactualizações</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Fluxos pactuados entre os serviços do município	1.704	63,5
Fluxos intergestores pactuados	1.390	52,6
Protocolos formalizados para regulação de acesso	1.293	48,6
Protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar	1.750	64,5
O gestor conhece as atribuições do hospital junto ao sistema de saúde local	2.291	85,2
O Hospital é referência para atendimento à população indígena	385	14,3

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014.

Encontram-se percentuais satisfatórios no que diz respeito às ações empreendidas, tendo em vista que 64% desses HPPs tinham fluxos pactuados com o município e 53% fluxos intergestores formalizados. Em se tratando dos protocolos estabelecidos, 49% são para a regulação de acesso e 65% para transferência inter-hospitalar. Melhor ainda era conhecimento do gestor acerca das atribuições do hospital junto ao sistema de saúde da região cuja proporção foi de 85% dos gestores desses HPPs. No entanto, de forma oposta, apenas 14,3% dos hospitais são referência para a população indígena, embora, na prática, as populações indígenas são bem delimitadas em termos espaciais, o que demanda poucos hospitais a se referenciar para esse grupo.

Em síntese, pode se dizer que a tabela 28 realça a busca desses HPPs para se manterem articulados junto ao sistema loco-regional. Esse movimento tende a indicar preocupações desses hospitais da inviabilidade de isolamento dentro do sistema. Entretanto, fica difícil afirmar se o fato de procurarem formalizar essas ações é dado a uma visão mais estratégia do gestor que reconhece as limitações do seu hospital e entende que, para que ele seja mais eficiente, precisa se organizar em torno de uma rede ou se é essencialmente uma questão de necessidade frente à falta de recursos do seu hospital.

Tabela 29

Percentual dos HPP que adotam actualizações por grau de adoção de práticas de RH

Actualizações	Práticas de RH adotadas			
	Nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Fluxos entre os serviços do município	61,5	66,0	60,6	64,0
Fluxos intergestores	48,5	55,6	51,8	57,7
Protocolos para regulação de acesso	46,9	48,2	50,4	57,7
Protocolos para transferência inter-hospitalar	60,9	65,0	68,1	77,9
O gestor conhece as atribuições do HPP junto ao sistema de saúde local	81,7	87,5	86,2	88,6
Referência para à população indígena	12,7	14,6	16,0	18,4

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Com o intuito de avaliar a relação dos fluxos pactuados com as práticas de recursos humanos, elaborou-se a tabela 29. Em linhas gerais, ela evidencia que os HPPs que adotavam oito ou mais práticas tinham proporcionalmente o maior número de HPPs que instituíam protocolos e pactos intergestores. A diferença mais acentuada ocorre quando os hospitais adotam protocolos de transferências inter-hospitalares na qual entre todos aqueles que não adotam nenhuma ou uma prática de RH, 61% firmaram esse tipo de actualização. Já, entre os HPPs que adotavam oito ou mais práticas esse número alcançava os 78%. As demais categorias apresentaram comportamento semelhante, mas não foi tão significativo quanto a transferência inter-hospitalar.

No caso desse componente, especificamente, traçam-se algumas hipóteses que devem explicar essa relação ou, até mesmo, enfraquecê-la. A primeira é que parece que o fator político pode ser um elemento determinante para a formalização dessas actualizações, muito em decorrência da própria posição em que se encontram os gestores dessas unidades que são estimuladas em decorrência dos crescentes custos de suas organizações a encontrarem meios que possam minimizar suas despesas, e a saída encontrada tem sido o compartilhamento e fortalecimento de ações junto ao município e a outros hospitais. Por outro lado, a adoção de práticas de RH pode ser um forte incentivo para essas contratualizações, tendo em vista a existências de programas de residência, estágios, ações de educação permanente e projetos de pesquisa que

tendem a possibilitar que o HPP seja referência nos demais serviços que buscam para formalizar ações em conjunto. Outro efeito indireto está nos processos de treinamento e desenvolvimento, avaliação de desempenho, gestão participativa e valorização do trabalhador que, se desenvolvidas nos hospitais, abrem possibilidades de uma gestão mais aberta, estratégica e futurista que abre possibilidades de construção desses pactos.

Tabela 30

Chances de firmar pactualizações pelo grau de adoção de práticas de RH

Práticas RH	Pactualizações												
	Serviços do município		Fluxos intergestores		Regulação de acesso		Trasferência inter-hospitalar		O gestor conhece as atribuições do HPP no sistema de saúde local		Referência para à população indígena		
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,24	**	1,33	***	1,05	NS	1,19	NS	1,57	***	1,18	NS	
Entre 5 e 7	0,96	NS	1,14	NS	1,15	NS	1,37	***	1,40	**	1,32	*	
8 ou mais	1,11	NS	1,45	*	1,54	**	2,26	***	1,74	*	1,56	*	

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

No tocante à tabela 30, que apresenta as razões de chance de os hospitais pactuarem ações a partir do grau de adoção das práticas de RH, destaca-se que, entre os resultados significativos, os HPPs que adotam entre duas e quatro práticas têm 33% de chances a mais de terem pactuados fluxos intergestores comparados aos que não adotam ou têm implementado até uma prática de RH. Essa chance chega a 45% a mais quando o hospital tem implantada oito ou mais práticas. Já, para a regulação de acesso, os hospitais que adotam oito ou mais práticas têm 54% de chances a mais de pactuarem essa ação. Quanto à transferência inter-hospitalar, esse valor é 126% a mais de chance entre os hospitais que adotam oito ou mais práticas e 37% para aqueles que adotam entre cinco e sete práticas, sempre tendo como categoria de referência a não adoção de práticas de RH ou adoção de até uma prática.

No caso de o gestor conhecer as atribuições do hospital como um HPP junto ao sistema de saúde local, para todos os casos em que o hospital adota práticas, expressou maiores chances de terem o conhecimento dessas atribuições quando o hospital não adota nenhuma prática. Ser referência para população indígena também expressa maiores chances para os hospitais que adotam mais práticas de RH

Tabela 31

## Chances de firmar pactualizações por práticas de RH

Variáveis de RH	Existências de Fluxos pactuados entre os serviços do município		Fluxos Intergestores Pactuados		Protocolos formalizados para regulação de acesso		Protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar		O gestor conhece as atribuições do HPP junto ao sistema de saúde local		O HPP é referência para população indígena	
Treinamento e desenvolvimento	1,04	NS	1,02	NS	0,87	NS	0,96	NS	1,17	NS	0,89	NS
Avaliação de desempenho	0,81	*	0,92	NS	0,89	NS	1,18	NS	1,18	NS	0,95	NS
Indicadores de RH	0,89	NS	0,88	NS	1,17	NS	1,03	NS	0,91	NS	0,92	NS
Gestão Participativa	1,74	***	1,72	***	1,41	***	1,42	***	1,97	***	1,59	***
Valorização do trabalhador	0,69	***	0,79	**	0,75	***	0,68	***	0,62	***	0,74	**
Gestão de riscos e saúde do trabalhador	0,94	NS	0,95	NS	1,14	NS	1,22	**	0,71	***	1,18	NS
Residência médica	1,12	NS	1,20	NS	1,23	NS	1,27	NS	0,91	NS	1,59	*
Programas de estágio	1,64	***	1,71	***	1,28	***	1,57	***	2,39	***	1,32	**
Educação permanente	1,07	NS	0,97	NS	1,15	NS	1,25	**	1,52	***	1,13	NS
Projetos de Pesquisa	0,77	NS	0,95	NS	0,99	NS	0,70	*	0,49	***	1,00	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Trabalhando com as razões de chances para averiguar a existência de fluxos pactuados entre o hospital e o município pela adoção de práticas de RH, observa-se, de acordo com a tabela 31, que, nessas circunstâncias, apenas as variáveis de gestão participativa e programas de estágio se mantiveram significativas para a elevação das chances, e os HPPs que adotavam essas duas práticas no período investigado tinham suas possibilidades aumentadas para formalizar pactos gestores entre o hospital e as diversas instâncias. De modo inverso, os hospitais que desenvolveram algum incentivo de valorização do trabalhador tiveram novamente menores chances de pactuarem ações dos HPPs com os serviços e as instâncias gestoras externas.

Levando-se em conta a significância na variável de avaliação do desempenho, constatou-se que os hospitais que tinham como ação essa prática apresentaram 19% de chances a menos de pactuarem fluxos entre os serviços do município. Já aqueles que tinham programas de educação permanente apresentaram 25% e 52% de chances a mais de formalização de protocolos para transferência inter-hospitalar e conhecer as atribuições dos HPPs junto ao sistema de saúde local.

O desenvolvimento de mecanismos de gestão participativa tem se apresentado até agora relacionada à inserção em todos os componentes das RAS e, não por menos, apresentou as maiores chances da construção de pactos gestores. Aliás, não é de hoje a relevância dada a modelos de gestão participativa. Souza (2001) afirmou que os novos paradigmas gerenciais requerem cada vez mais funções descentralizadas, participativas, interdependentes e integradas. Nessa premissa, o desenvolvimento organizacional depende da melhoria contínua dos processos de gestão, apoio e de base, de forma que a eficiência desses processos dependerá dos referenciais e recursos neles utilizados. Sendo assim, os recursos humanos são determinantes, pois sua capacitação e sua motivação é que tornam possível o aumento da eficiência dos processos. A vontade e a capacidade dos agentes organizacionais, em última instância, configuram uma cultura organizacional de desenvolvimento, estagnação ou regressão.



Tabela 32

Chances de firmar pactualizações por unidades assistenciais

Variáveis Assistenciais	Existências de Pactualizações							
	Serviços do Município	Intergestores	Regulação de Acesso	Transferência Inter-Hospitalar	Atribuições do HPP ao sistema de saúde local	População Indígena		
<b>Unidades de Apoio e Diagnóstico</b>								
Serviço de laboratório	1,56	***	1,34	**	1,21	NS	1,12	NS
Serviço de imagem	0,94	NS	1,02	NS	1,15	NS	1,12	NS
Ações de padronização de medicamentos	1,41	***	1,44	***	1,68	***	1,57	***
<b>Unidades de Internação</b>								
Grupos de pacientes em tempo integral	0,84	*	0,99	NS	1,14	NS	1,06	NS
Pacientes monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	0,97	NS	1,26	*	1,09	NS	1,07	NS
Disponibilidade de médico p/ Interconsulta	0,87	NS	0,95	NS	1,14	NS	1,36	***
<b>Unidades Ambulatoriais</b>								
Marcada por meio da central de regulação	1,89	***	1,89	***	1,54	***	1,17	NS
Marcção direta do usuário presencial	1,12	NS	0,91	NS	1,14	NS	1,06	NS
Marcção por telefone pelo usuário	0,29	***	0,35	***	0,52	***	0,53	***
Marcção direta da Unidade Básica de Saúde	2,65	***	1,99	***	1,69	***	1,62	***
Tem ambulatório	2,07	***	1,77	***	1,67	***	1,69	***
Tem ambulatório de especialidades	0,92	NS	1,03	NS	0,89	NS	0,95	NS
<b>Unidades de Urgência</b>								
Diretrizes para o acolhimento	1,41	***	1,26	**	1,38	***	1,31	***
Diretrizes para Classificação de Risco	1,14	NS	1,08	NS	1,21	*	1,34	***
O HPP atua em regime de PA	1,09	NS	1,05	NS	0,88	NS	1,09	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \*Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quando se apresenta a formalização de protocolos por práticas de RH, conforme disposto na tabela 32, pode-se dizer que ter serviços de apoio e diagnóstico aumentou, em certa medida, as chances de pactuar ações e desenvolver protocolos intergestores.

No que se resume à unidade de internação, os resultados, na sua maioria, não apresentaram ser estatisticamente significativos. Já, a respeito das unidades ambulatoriais, quando o HPP recebe pacientes cuja marcação foi feita por meio da central de regulação ou marcação direta pela unidade básica de saúde, as chances de ter protocolos formalizados aumentam quando não se marcam consultas por essas instâncias, indicando uma certa concordância no acesso ao usuário dado que há protocolos de regulação de acesso. Inversamente, a marcação pelo telefone do usuário diminuiu as chances de pactuações para todas as ações mostrando que, nesses locais, o sistema em redes não aparenta estar organizado.

Tabela 33

Chances de firmar pactualizações por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Assistenciais	Existências de Pactualizações											
	Serviços do Municip.		Fluxos Inter Gestores		Regulação de Acesso		Transf. Inter Hospitalar		Atribuições do HPP ao sistema de saúde local		Pop. Indígena	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>												
Sim	16,68	***	9,77	***	5,26	***	2,93	***	5,69	***	5,84	***
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>												
Sim	1,47	***	1,13	NS	1,60	***	1,03	NS	1,20	NS	0,72	*
<b>Porte de Leitos (ref. Até 20 leitos)</b>												
Entre 20 e 29 leitos	0,99	NS	1,07	NS	1,00	NS	1,21	NS	1,17	NS	1,05	NS
Entre 30 e 39 leitos	1,33	**	1,44	***	1,06	NS	1,51	***	1,26	NS	1,38	*
Entre 40 e 49 leitos	0,80	NS	1,29	*	1,12	NS	1,44	**	1,11	NS	1,42	*
50 Leitos ou mais	1,20	NS	1,28	NS	1,04	NS	1,26	NS	1,87	**	1,68	**
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>												
Privado c/fins lucrativos	0,31	***	0,24	***	0,47	***	0,43	***	0,51	***	0,73	NS
Privado s/fins lucrativos	0,70	***	0,49	***	0,60	***	0,62	***	0,82	NS	0,46	***
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>												
Hospital geral c/ especialidades	0,86	NS	0,96	NS	1,11	NS	1,06	NS	1,33	NS	0,81	NS
Hospital especializado	0,62	**	0,83	NS	0,79	NS	0,71	*	1,06	NS	1,01	NS
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>												
Entre 50 e 100mil	0,90	NS	1,24	NS	1,38	NS	1,10	NS	0,67	*	1,41	NS
Entre 100 e 250mil	1,07	NS	1,33	NS	0,99	NS	0,93	NS	0,83	NS	0,89	NS
Entre 250 e 500mil	1,07	NS	1,02	NS	1,63	NS	1,80	*	0,72	NS	0,27	*
Acima de 500mil	2,03	**	2,04	***	1,59	*	1,14	NS	0,62	NS	0,80	NS
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>												
Sim	0,74	**	0,75	**	0,78	**	0,81	*	1,26	NS	0,95	NS
<b>IDH (ref. Nível Baixo/Muito)</b>												
IDH: Médio	1,25	*	1,40	***	1,49	***	1,36	***	0,89	NS	1,07	NS
IDH: Alto/Muito	1,18	NS	1,22	NS	1,99	***	1,48	***	0,82	NS	1,04	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Encerrando os modelos estimados para o componente de pactualizações, apresenta-se a tabela 33 demonstrando que os HPPs que atendem o SUS estão muito mais propensos a terem pactuados serviços do município, protocolos intergestores, regulação de acesso, transferência hospitalar, além de terem mais chances de o gestor conhecer as atribuições do HPP junto ao sistema de saúde local ou mesmo ser referência para população indígena. Na mesma lógica, o HPP que é contratualidade com o SUS aumentava em 47% as chances de ter protocolos formalizados entre os serviços do município. Outros dados significativos são que os hospitais de 40 a 49 leitos têm 29% mais chances de terem formalizados fluxos intergestores, 44% mais de chances de terem formalizados protocolos de transferência intra-hospitalar e 42% a mais de chances de serem referência para população indígena quando comparados aos hospitais de até 20 leitos.

Da maneira semelhante, os hospitais privados com e sem fins lucrativos têm menores chances de formalizar qualquer um desses protocolos em comparação aos hospitais públicos. Em relação ao porte dos municípios onde se encontram os HPP, destacam-se aqueles com população acima de 500mil habitantes que apresentam maiores chances de terem pactuados serviços do município, fluxos intergestores e regulação de acesso sempre comparando com os HPPs das cidades de até 50 mil habitantes. Apesar desses dados, fazer parte da Região Metropolitana (RM) diminui as chances de formalizar esses mesmos protocolos além de ter instituído ações de transferência hospitalar, mostrando que somente as grandes cidades da RM apresentam as chances mais elevadas. Quando se separam por IDH, municípios que têm IDH médio ou alto/muito alto apresentaram maiores chances de pactualizarem algumas das variáveis tais como serviços do município, regulação de acesso, pactos intergestores, transferência inter-hospitalar.

Em conclusão a essas informações, pode-se dizer que os hospitais privados com e sem fins lucrativos se mantêm à margem das redes de atenção dado que não existe preocupação, principalmente, a de fins lucrativos em pactuar ações e protocolos. Esse fato levanta preocupações principalmente para os hospitais filantrópicos (sem fins lucrativos em sua grande maioria) que recebem aportes financeiros para a manutenção de seus leitos SUS. No entanto, não aparenta haver um movimento por parte deles em se articularem em torno dos serviços de saúde loco-regional. No que tange ao município onde se situam os HPPs, quando são acima de 500 mil habitantes, as chances de formalizar protocolos aumentam muito devido aos inúmeros serviços à disposição para referenciamento e pactualização. Logo, indica contrariamente que os HPPs dispostos em municípios menores encontram grandes dificuldades de firmar

pactualizações reproduzindo ainda mais seu isolamento, embora os que estivessem fora da RM também apresentaram chances elevadas de pactuar alguns serviços

#### **4.6 Plano diretor hospitalar**

Muito se tem cobrado maior profissionalização da gestão das organizações de saúde, principalmente as hospitalares, consideradas instituições complexas, cujos objetivos têm se limitado na minimização de seus custos em detrimento da oferta de serviços de qualidade. Essa visão demasiadamente financeira acaba por mascarar a função mais importante desse tipo de instituição que é de gerar resultados assistenciais e epidemiológicos para a população à qual ela serve. E, conforme ressalta Campos (1997), sem uma clareza da sua missão e do seu papel na rede assistencial, nenhuma instituição de saúde poderá ser planejada e adequada para dar uma resposta competente aos desafios colocados.

Rivera e Artmann (2012), nessa linha, reiteram que os profissionais são atores fundamentais nesse processo de planejamento, devendo participar e necessariamente serem ouvidos nas organizações de saúde. Enquanto atores *intrainstitucionais*, estão representados, muitas vezes, não apenas como categorias profissionais organizadas, mas também pela sua atuação individual munida pela capacidade de transformação de seu trabalho, sobretudo em se tratando da área da saúde.

Por esse ângulo, torna-se crucial estabelecer um sistema de governança nas RAS que articule os objetivos das organizações ali dispostas juntamente com os profissionais que ali atuam. Sinclair *et al.*, citados por Mendes (2011), apontam justamente que um dos objetivos da governança é criar uma missão e uma visão nas organizações, com o propósito de se definir objetivos e metas que devem ser cumpridas no curto, médio e longo prazos, articulando as políticas institucionais, as finalidades traçadas e, acima de tudo, desenvolvendo a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.

É apoiado nessa prerrogativa e entendendo as possibilidades da gestão de recursos humanos para a produção de aportes que promovam o planejamento estratégico, que a análise do componente do Plano Diretor Hospitalar se fundamenta. Os pressupostos estabelecidos nessa

dimensão envolvem os benefícios da existência do PDH para a instauração das RAS tendo em vista que as metas dispostas nesse plano servirão como base para fomentar a organização dos HPPs frente às demandas de sua população, além de incitar os caminhos que o irão levar a se estruturar de forma mais eficiente.

Posto isso, na tabela 34, os resultados sobre a existência de Plano Diretor Hospitalar são descritos.

Tabela 34

Percentual dos HPP quanto a existência do plano diretor		
Quanto à existência de Plano Diretor Hospitalar	n	%
O Hospital tem plano diretor?	501	18,0
Necessidade de adequação do perfil almejado?	342	12,3
Proposição de missão hospitalar	393	14,2
Proposição de metas institucionais	418	15,1
Proposição de investimentos de infraestrutura	426	15,3
Proposição de qualificação gerencial	414	14,9
Proposição de ampliação dos serviços assistenciais	425	15,3
Proposição de alteração do perfil assistencial	314	11,3

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

As informações detectaram um baixo percentual para todas as categorias do PDH confirmando a precariedade na gestão desses hospitais. A grande maioria deles sequer aparenta trabalhar com alguma forma de planejamento estratégico. A julgar pela ordenação dos HPPs em redes, esses dados se mostram preocupantes, pois, nessas condições, são visíveis as dificuldades de concentrar informações que envolvem as condições nas quais o hospital se encontra, de quais são as metas estabelecidas, de qual o perfil da população predominantemente atendida e qual a resposta epidemiológica para o sistema etc.

Ao que tudo indica, alguns elementos podem estar por trás desse baixo percentual. O primeiro deles, talvez o mais importante, é o fator político. Considerando que os HPPs em sua grande

maioria são de natureza pública, as trocas nas gestões no executivo sinalizam para as mudanças na gestão do hospital gerando constante instabilidade do cargo, empecilho para o desenvolvimento de um planejamento de longo prazo. Os próprios vínculos existentes entre os profissionais nos HPPs acentuam esse cenário. Outra hipótese se sustenta no pressuposto de que os gestores da grande totalidade desses hospitais não apresentam formações na área administrativa e de gestão da saúde a ponto de vislumbrarem as vantagens do planejamento estratégico para a organização. Por último e que também deve ser levado em consideração é a provável carga extensiva de trabalho, que surge como barreira à focalização de questões administrativas, na qual é provável que parte dos gestores assumam duplas funções na instituição – administrativa e assistencial – dificultando ainda mais a concentração de esforços relacionados à área administrativa. Em todo modo, à margem desses elementos está o desenvolvimento de práticas de RH que, conforme se verá adiante, apresenta forte ligação com a existência de PDH.

Tabela 35

Percentual dos HPP que tem plano diretor por grau de adoção de práticas de RH				
Plano Diretor	Práticas de RH adotadas			
	nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Plano Diretor Hospitalar	5,7	16,5	34,6	56,4
Readequação para o perfil almejado	4,5	10,8	24,1	39,3
Proposição de missão hospitalar	4,0	12,6	28,0	50,4
Proposição de metas institucionais	4,2	13,2	30,0	52,1
Proposição de qualificação gerencial	4,6	12,6	29,6	53,9
Proposição investimentos em infraestrutura predial	4,3	13,2	30,9	54,7
Proposição de ampliação dos serviços assistenciais	4,2	13,8	30,4	50,4
Proposição de alteração do perfil assistencial	3,7	10,1	21,5	35,0

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Ao se vincular as informações da existência de PDH e ações estratégicas nos hospitais com as práticas de recursos humanos, constata-se uma diferença bem significativa para todas as

categorias entre os hospitais que não tinham nenhuma ou até uma prática adotada de RH e aqueles que adotavam oito ou mais (tabela 35). Quase metade de todos os HPPs que desenvolviam oito, nove ou dez práticas de RH tinha definido plano diretor e demais ações estratégicas empreendidas. Já, quando se focalizam somente os HPPs que não desenvolviam práticas de RH ou tinham apenas uma prática estabelecida, o percentual de existência de plano diretor e proposição de ações esse percentual não chegou a 6%.

Pelo que vê, as práticas de RH em conjunto com a existência de plano diretor se mostraram bastante associativas. Sem perder de vista o quão significativo esse resultado aparenta ser, é preciso, de antemão, levantar a hipótese de que essa relação esteja ocorrendo de forma inversa e a existência de um plano diretor, bem como metas e missões institucionais, pode ser o fato propulsor do desenvolvimento de práticas de RH, ainda que não invalide os resultados.

Tabela 36

Chances de se estabelecer plano diretor pelo grau de adoção de práticas de RH

Práticas adotadas de RH	Plano Diretor Hospitalar															
	Plano Diretor		Adequação do Perf.		Missão Hosp.		Metas Insti.		Infra-Estrut.		Qualif. Geren		Serviços Assist.		Alteração do Perf.	
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	3,29	***	2,59	***	3,43	***	3,42	***	3,35	***	3,02	***	3,63	***	2,94	***
Entre 5 e 7	8,75	***	6,81	***	9,31	***	9,68	***	9,81	***	8,75	***	9,88	***	7,17	***
8 ou mais	21,4	***	13,8	***	24,3	***	24,6	***	26,5	***	24,3	***	22,9	***	14,1	***

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Confirmando esses resultados, a tabela 36 tece as razões de chances estimadas com o intuito de medir as probabilidades de os HPPs desenvolverem plano diretor e variáveis, em relação ao grau de desenvolvimento de práticas de RH. Entre os achados, aqueles hospitais que adotavam mais práticas de recursos humanos tinham consideravelmente maiores chances de implantação



de plano diretor hospitalar e proposição de ações. Os HPPs que tinham adotado oito ou mais práticas de RH tinham cerca de 24 vezes mais chances de terem estabelecido missão hospitalar 25 vezes mais chances de terem instituído metas institucionais e 25 vezes mais qualificação gerencial quando comparados com os HPPs que não adotam nenhuma ou até uma prática de RH

Ainda que a relação entre as duas *proxys* possa estar ocorrendo de forma inversa, é preciso salientar que práticas como T&D, avaliação de desempenho, gestão participativa, valorização do trabalhador, entre outras, são essenciais para alcançar os objetivos propostos nas organizações. Dessa forma, espera-se que seu desenvolvimento esteja realmente interferindo na proposição do plano diretor, da missão e de metas institucionais dentre outros.

Tabela 37

Chances de se estabelecer Plano Diretor por práticas de RH										
Variáveis de RH	O HPP possui plano diretor?	No PDH há necessidade de readequação para o perfil almejado	No PDH há proposição de missão hospitalar	No PDH há proposição de metas institucionais	No PDH há proposição investimentos em infraestrutura predial	No PDH há proposição em qualificação gerencial	No PDH há proposição de ampliação dos serviços assistenciais	No PDH há proposição de alteração do perfil assistencial		
Treinamento e Desenvolvimento	1,29 **	1,29 *	1,30 *	1,48 ***	1,46 ***	1,29 *	1,33 **	1,35 **		
Avaliação de Desempenho	1,26 NS	1,27 NS	1,61 ***	1,45 **	1,28 *	1,32 *	1,24 NS	1,29 NS		
Indicadores de RH	1,48 ***	1,39 **	1,24 NS	1,30 *	1,42 **	1,41 **	1,33 *	1,22 NS		
Gestão Participativa	1,32 **	1,47 ***	1,45 ***	1,40 ***	1,47 ***	1,42 ***	1,47 ***	1,54 ***		
Valorização do Trabalhador	1,47 ***	1,25 NS	1,69 ***	1,59 ***	1,58 ***	1,72 ***	1,66 ***	1,69 ***		
Gestão de Riscos e Saúde do Trabalhador	2,07 ***	1,82 ***	1,66 ***	1,73 ***	1,86 ***	1,84 ***	1,87 ***	1,51 ***		
Residência Médica	1,42 NS	1,04 NS	1,22 NS	1,40 NS	1,35 NS	1,49 *	1,43 NS	1,09 NS		
Programas de Estágio	1,03 NS	1,17 NS	1,09 NS	1,11 NS	1,12 NS	1,02 NS	1,01 NS	1,02 NS		
Educação Permanente	2,11 ***	1,80 ***	2,11 ***	2,15 ***	2,13 ***	2,27 ***	2,15 ***	1,90 ***		
Projetos de Pesquisa	1,45 *	1,38 NS	1,67 **	1,52 **	1,47 *	1,52 **	1,47 *	1,32 NS		

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Desagregados pelas práticas de RH, a tabela 37 reitera uma relação estritamente positiva entre o bojo das práticas de RH e a existência de PDH. Ao analisar em separado as variáveis do PDH, por vezes, vinculadas ao planejamento estratégico da organização, constatou-se, em quase sua totalidade, que os hospitais que desenvolvem práticas de RH tinham uma forte associação com a construção dessas categorias.

Variáveis como a proposição de missão hospitalar, metas institucionais, qualificação gerencial diretamente relacionadas com o planejamento e desenvolvimento da estratégia da organização foram as que, no geral, apresentaram as chances mais elevadas entre as variáveis de recursos humanos. Embora, de todas as variáveis de RH, aquelas que mantiveram maiores associações foram por parte das variáveis de gestão de riscos e saúde do trabalhador e educação permanente.

Como balanço final dessa instância de análise, que é a existência de PD nos hospitais, pode-se afirmar que adotar práticas de recursos humanos tende a contribuir para maior profissionalização dos hospitais do ponto de vista do desenvolvimento de seu planejamento estratégico, de grande relevância para um melhor desempenho da organização.

Tabela 38

Chances de se estabelecer Plano Diretor por variáveis assistenciais

Variáveis Assistenciais	Plano Diretor Hospitalar										
	O HPP possui plano diretor?	No PDH há necessidade de readequação para o perfil almejado	No PDH há proposição de missão hospitalar	No PDH há proposição de metas institucionais	No PDH há proposição em investimentos em infraestrutura predial	No PDH há proposição em qualificação gerencial	No PDH há proposição de ampliação dos serviços assistenciais	No PDH há proposição de alteração do perfil assistencial			
<b>Unidades de Apoio e Diagnóstico</b>											
Serviço de Laboratório	0,90 NS	1,02 NS	1,10 NS	1,03 NS	1,02 NS	1,00 NS	0,98 NS	0,94 NS			
Serviço de Imagem	1,43 **	1,37 *	1,48 **	1,36 *	1,31 *	1,38 **	1,50 **	1,35 *			
Ações de padronização de medicamentos	2,00 ***	1,95 ***	2,30 ***	2,27 ***	2,07 ***	2,07 ***	1,81 ***	1,67 ***			
<b>Unidades de Internação</b>											
Grupos de Pacientes em Tempo Integral	0,99 NS	1,06 NS	1,09 NS	1,04 NS	1,04 NS	1,08 NS	1,06 NS	1,06 NS			
Pacientes Monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	1,20 NS	1,04 NS	1,13 NS	1,08 NS	1,13 NS	1,18 NS	1,26 NS	1,03 NS			
Disponibilidade de Médico p/ Interconsulta	1,67 ***	1,81 ***	1,65 ***	1,70 ***	1,68 ***	1,50 ***	1,68 ***	1,46 ***			
<b>Unidades Ambulatoriais</b>											
Marcada por meio da central de regulação	1,37 *	1,16 NS	1,29 NS	1,37 *	1,52 **	1,46 **	1,28 NS	1,31 NS			
Marcacão direta do usuário presencial	0,91 NS	0,85 NS	0,97 NS	0,98 NS	1,01 NS	1,04 NS	1,01 NS	1,06 NS			
Marcacão por telefone pelo usuário	2,03 ***	1,58 ***	2,20 ***	1,99 ***	2,08 ***	2,28 ***	1,97 ***	1,51 ***			
Marcacão direta da Unidade Básica de saúde	1,41 **	1,42 **	1,28 *	1,31 *	1,34 **	1,43 **	1,46 **	1,43 **			
Possui ambulatório	0,60 **	0,51 **	0,70 NS	0,63 *	0,67 NS	0,66 NS	0,62 *	0,72 NS			
Possui ambulatório de especialidades	1,23 NS	1,17 NS	1,25 NS	1,37 **	1,13 **	1,28 NS	1,20 NS	1,19 NS			
<b>Unidades de Urgência</b>											
Diretrizes para o acolhimento	1,45 ***	1,34 *	1,41 **	1,50 ***	1,46 ***	1,55 ***	1,47 ***	1,67 ***			
Diretrizes para Classificação de Risco	1,93 ***	1,82 ***	1,99 ***	1,92 ***	1,89 ***	1,77 ***	1,94 ***	2,07 ***			
O HPP atua em regime de PA	0,96 NS	0,99 NS	0,99 NS	0,96 NS	1,05 NS	0,98 NS	1,01 NS	0,91 NS			

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \*Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Em relação à tabela 38, na qual se analisaram as razões de chances de apresentar plano diretor em relação às variáveis assistenciais, constatou-se que os HPPs que adotam ações de padronização de medicamentos assim como disponibilidade de médicos para interconsultas apresentaram maiores chances de adotar ações do plano diretor. Sem muitos resultados surpreendentes, pode-se confirmar que os hospitais que instituíram plano diretor, bem como a proposição de ações, estão mais organizados em termos de diretrizes e serviços instituídos. Isto porque aqueles que tinham como ações padronizadas de medicamento, médicos disponibilizados para interconsultas, diretrizes para acolhimento e diretrizes para classificação de risco estavam mais propensos a terem PDH.

Esses resultados, além de tudo, mostram a importância do plano diretor no auxílio e na disposição dos serviços existentes nesses hospitais, em sua grande maioria, em conformidade com as diretrizes preconizadas pelas instituições reguladoras e pesquisas na área de saúde.

Tabela 39

Chances de se estabelecer Plano Diretor por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Assistenciais	Plano Diretor Hospitalar															
	Plano Diretor		Adequação do Perf.		Missão Hosp.		Metas Insti.		Infra-Estrut.		Qualif. Geren		Serviços Assist.		Alteração do Perf.	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>																
Sim	1,10	NS	0,86	NS	1,42	NS	1,43	NS	1,04	NS	1,12	NS	1,00	NS	1,01	NS
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>																
Sim	0,88	NS	0,91	NS	0,70	*	0,80	NS	0,92	NS	0,91	NS	0,85	NS	0,95	NS
<b>Porte de Leitos (ref. Até 19 leitos)</b>																
Entre 20 e 29	1,32	*	1,37	*	1,70	***	1,60	***	1,41	**	1,55	**	1,41	**	1,51	**
Entre 30 e 39	1,88	***	1,79	***	2,19	***	2,08	***	1,93	***	1,99	***	1,93	***	1,70	***
Entre 40 e 49	1,82	***	1,74	***	2,10	***	2,13	***	2,00	***	2,01	***	1,96	***	1,93	***
50 ou mais	3,16	***	2,54	***	4,21	***	3,65	***	3,42	***	3,32	***	3,19	***	3,12	***
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>																
Privado c/fins Lucrativos	1,10	NS	0,80	NS	1,08	NS	1,02	NS	1,04	NS	1,12	NS	1,02	NS	1,11	NS
Privado s/fins Lucrativos	1,04	NS	1,05	NS	1,32	*	1,13	NS	1,09	NS	1,07	NS	1,10	NS	1,13	NS
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>																
Hospital Geral c/ especialidades	1,44	***	1,56	***	1,28	*	1,45	***	1,37	**	1,52	***	1,45	***	1,50	***
Hospital Especializado	1,33	NS	1,13	NS	1,36	NS	1,54	*	1,27	NS	1,28	NS	1,17	NS	0,88	NS
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>																
Entre 50 e 100 mil hab	1,10	NS	0,88	NS	1,28	NS	1,22	NS	1,16	NS	1,20	NS	1,03	NS	0,91	NS
Entre 100 e 250 mil hab	1,14	NS	0,93	NS	1,35	NS	1,42	NS	1,29	NS	1,17	NS	1,34	NS	0,91	NS
Entre 250 e 500 mil hab	1,39	NS	1,39	NS	1,60	NS	1,81	*	1,62	NS	1,79	*	1,27	NS	1,30	NS
Acima de 500	2,08	***	1,45	NS	2,25	***	2,26	***	1,88	**	2,17	***	1,80	**	2,01	**
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>																
Sim	1,11	NS	1,21	NS	1,24	NS	1,09	NS	1,14	NS	1,07	NS	1,19	NS	0,95	NS
<b>IDH (ref. Nível Baixo/Muito)</b>																
IDH: Médio	1,19	NS	1,13	NS	1,09	NS	1,08	NS	1,19	NS	1,20	NS	1,18	NS	1,05	NS
IDH: Alto Muito Alto	1,98	***	1,59	**	1,63	**	1,75	***	2,03	***	1,91	***	1,87	***	1,51	**

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Já, no tocante a tabela 39, evidenciou-se que os hospitais com 20 a 29, 30 a 39 40 a 49 e 50 ou mais leitos tendem a ter chances maiores de ter o PDH em relação aos hospitais com até 20 leitos. A valer, por essa observação, dois pontos precisam ser ressaltados: o primeiro é que o número maior de leitos exige de fato uma organização maior da instituição frente aos processos existentes no hospital, o segundo mostra que um planejamento estratégico contribuiria ainda mais a sua gestão. Por outro lado, a constatação de que aproximadamente 1/3 desses hospitais são de até 19 leitos mostra que a grande maioria desses HPPs devem não ter PDH. Outros três fatores elevaram as chances de desenvolver plano diretor: os hospitais gerais com especialidades, os hospitais localizados em municípios acima de 500 mil habitantes e os localizados em municípios com alto ou muito alto IDH.

#### **4.7 Conselhos assistenciais**

O último componente analisado da inserção em RAS diz respeito à participação de conselhos assistenciais. É possível entender as categorias aqui apresentadas na perspectiva também do sistema de governança, elemento constitutivo das RAS, e que objetiva “[...] governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão, e dos objetivos comuns das redes” (MENDES, 2011 p. 157). Haja vista essas premissas. A governança das RAS leva em consideração todo o aparato institucional do SUS, inclusive as suas limitações no que concerne à estrutura regionalizada do sistema.

Para tanto, o paradigma da regionalização do SUS deve prezar pela instituição de entes regionais capazes de gerir a governança das redes de atenção à saúde, o que resultaria em duas consequências: a primeira, de que os entes devem ser constituídos nos territórios sanitários regionais, fundamentais as micro e macrorregiões e, segundo, que esses entes devem ter como objeto a governança da APS, da atenção secundária e da atenção terciária a saúde (MENDES, 2011). Conforme atesta Silva (2008b), a definição do que cada componente irá fazer, as competências e as responsabilidades que cabem a cada participante são de suma importância para a construção de RAS harmônicas.

Dada às situações condizentes ao contexto da regionalização do sistema, nas regiões de saúde em que interagem os diversos atores, construir uma gestão compartilhada, colegiada e que se responsabilizará pelo desenho da rede, pela criação de sistemas gerenciais e de regulação e pelo planejamento, avaliação e monitoramentos de ações é o cerne do debate do sistema de governança (SILVA, 2008b). Como parte dessa dinâmica do sistema de governança, necessita-se qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS. Nesse sentido, os gestores do SUS deverão construir um espaço permanente de pactuação e cogestão solitária e cooperativa por meio de colegiados de gestão.

De acordo com Santos e Andrade (2008), os colegiados regionais são fundamentais porque a lógica da implantação das RAS, bem como o princípio da integralidade da atenção à saúde exigem a superação da visão rígida do interesse local, entendido como aquele que se restringe ao âmbito municipal, não atingindo, com as mesmas intensidades, os limites extramunicipais.

No bojo dessas discussões, a importância da participação dos HPPs em conselhos assistenciais surge da possibilidade de, nesses espaços, as demandas dos prestadores de serviços, tais como os hospitais, são ouvidas e assistidas. É nessas instâncias que as pactuações são feitas e as discussões sobre a oferta e a organização dos serviços de saúde são levantadas, cujos resultados gerados contribuem para melhor funcionamento do sistema.

Tabela 40

Percentual dos HPP quanto a participação de conselhos assistências

<b>Quanto à existência de Conselhos Assistenciais</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
O hospital tem conselho de saúde próprio?	445	16,0
O hospital tem conselho gestor?	550	19,8
O HPP tem participação no CMS?	1.037	37,3
O HPP tem participação no fórum de reunião com outros hospitais?	507	18,3
O HPP tem participação no fórum de reunião com a AB?	729	26,3
O HPP tem participação no colegiado municipal de dirigentes de saúde	372	13,4
O HPP tem participação no colegiado regional de dirigentes de saúde	447	16,1

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014



Com base nessas informações, a tabela 40 destaca o percentual de HPPs quanto à existência de conselhos e a participação em instâncias colegiadas. Contudo, notam-se resultados aquém do esperado, tendo em vista o baixo percentual de hospitais que participam de fóruns ou colegiados junto aos demais serviços ou mesmos a existência de conselho gestor ou conselho de saúde próprio. Essa situação, de acordo com todo arcabouço teórico trabalhado na concepção das redes, reforça o caráter fragmentado e desarticulado do sistema em que permanece a dificuldade de aproximação entre os pontos da rede

Tabela 41

Percentual dos HPP que tem conselhos assistenciais por grau de adoção de práticas de RH				
Conselhos Assistenciais	Práticas de RH adotadas			
	Nenhuma ou 1	Entre 2 e 4	Entre 5 e 7	8 ou mais
	%	%	%	%
Conselho de saúde próprio	10,38	14,69	23,48	35,04
Conselho gestor	9,49	15,87	38,04	60,68
Participação no CMS	30,36	39,64	44,35	47,01
Participação no fórum de reunião com outros hospitais	10,38	18,59	30,22	35,04
Participação no fórum de reunião com a AB	18,53	28,01	34,57	41,03
Participação no colegiado municipal de dirigentes de saúde	7,7	12,99	20,43	31,62
Participação no colegiado regional de dirigentes de saúde	9,93	16,13	25,65	30,77

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

No que se refere à tabela 41, vê-se um percentual maior dos hospitais que desenvolvem conselhos assistenciais assim como também participam de instâncias colegiadas dentre aqueles que se encontram na faixa dos hospitais que desenvolvem oito ou mais práticas de RH. Ou seja, os hospitais que adotam mais práticas de recursos humanos estão mais propensos a participar de fóruns colegiados além de ter conselho de saúde próprio ou gestor. No caso específico destes dois últimos, os papéis podem ocorrer de forma invertida, tanto o conselho próprio, quanto o gestor podem imprimir a maiores das ações de recursos humanos nos hospitais. Ainda assim, percebe-se uma proximidade entre as duas categorias, principalmente quando se leva em conta

a instância de governança que é basicamente movida pelo capital político e de gestão dessas organizações.

Tabela 42

Práticas de RH	Chances em participar de conselhos assistenciais pelo grau de adoção de práticas de RH													
	Conselhos Assistenciais													
	Conselho de Saúde Próprio		Conselho Gestor		CMS		Fórum de Hospitais		Fórum Atenção Básica		Colegiado Municipal		Colegiado Regional	
Nenhuma ou 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Entre 2 e 4	1,49	***	1,80	***	1,51	***	1,97	***	1,71	***	1,79	***	1,74	***
Entre 5 e 7	2,65	***	5,86	***	1,83	***	3,74	***	2,32	***	3,08	***	3,13	***
8 ou mais	4,66	***	14,73	***	2,04	***	4,66	***	3,06	***	5,54	***	4,03	***

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Quando se analisam as razões de chance entre participar de instâncias de governança por nível de adoção de práticas de RH, vê-se que os HPPs que adotam mais práticas tinham maiores chances quando se analisam aqueles que não adotavam ou adotavam até uma prática (tabela 42). As maiores chances ocorrem para os hospitais terem conselho gestor com 14 chances mais, seguido de participarem do fórum de atenção básica com cinco vezes de chance a mais. Em seguida terem conselho próprio de saúde e participarem de fórum de reuniões com outros hospitais. Esses resultados, em certa medida, expressam a importância do desenvolvimento de práticas de RH para a criação do conselho de saúde próprios bem como para a participação em instâncias colegiadas, componentes fundamentais para a composição do sistema de governança das redes de atenção.

Tabela 43

Chances em participar de conselhos assistenciais por práticas de RH														
Variáveis de RH	Conselho de saúde Próprio		Conselho Gestor		CMS		Fórum de Hospitais		Forúm Atenção Básica		Colegiado Municipal		Colegiado Regional	
Treinamento e Desenvolvimento	1,27	*	1,39	***	1,46	***	1,49	***	1,57	***	1,33	**	1,54	***
Avaliação de Desempenho	1,07	NS	1,19	NS	0,97	NS	1,31	**	0,99	NS	1,08	NS	0,95	NS
Indicadores de RH	1,30	*	1,47	***	0,85	NS	1,01	NS	0,81	NS	0,99	NS	0,85	NS
Gestão Participativa	1,55	***	1,96	***	2,19	***	2,26	***	2,16	***	2,57	***	2,17	***
Valorização do Trabalhador	1,16	NS	1,05	NS	0,74	***	0,88	NS	0,72	***	0,88	NS	0,83	NS
Gestão de Riscos e Saúde do Trabalhador	1,33	**	1,76	***	0,94	NS	1,11	NS	1,11	NS	1,29	**	1,39	***
Residência Médica	1,67	**	1,73	**	0,62	**	0,64	*	0,66	*	0,86	NS	0,76	NS
Programas de Estágio	0,79	**	1,03	NS	1,83	***	1,94	***	1,95	***	1,53	***	1,81	***
Educação Permanente	1,08	NS	1,63	***	1,27	**	1,30	**	1,29	**	1,33	**	1,30	**
Projetos de Pesquisa	1,39	NS	1,96	***	0,76	NS	1,16	NS	1,02	NS	1,13	NS	1,12	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Os resultados da tabela 43 indicam que os HPPs que desenvolvem programas de T&D têm maiores chances de participar de instâncias do CMS e de outros fóruns colegiados. Esse dado pode ser reflexo de que muitos dos processos de capacitação, entendidos como ações de T&D, sejam ofertados como ocorre em muitos estados pela própria Secretaria de Estado bem como colegiados gestores como COSEMS e CONASEMS que, vez ou outra, oferecem custos de capacitação para gestores. Da mesma forma, mas não na mesma intensidade, ocorre para os hospitais que monitoram indicadores de RH. Entretanto, nesse caso específico, pode também haver uma relação oposta de correlação em que o fato de o HPP ter o conselho de saúde próprio facilitaria o monitoramento de indicadores de RH, como sendo uma das ações estabelecidas por esse conselho.

Em se tratando da variável de gestão participativa, atina-se que é a que apresenta os números mais expressivos, cujos valores de associação mantêm muito altos com destaque para 129% a mais de chances de estarem em instâncias de governança, 126% de chances de estarem em fóruns com outros hospitais e 157% de chances a mais de participarem do colegiado municipal de dirigentes de saúde.

A julgar pela correlação contrária entre as variáveis de existência de conselhos próprios ou conselhos-gestor fica claro que, nos HPPs que possuíam ambas estruturas, as ações de recursos humanos apresentavam mais chances de serem instituídas, o que mostra, na medida do possível, a importância desses conselhos para a gestão desses hospitais que vão, desde o registro de indicadores de recursos humanos, até programas de gestão de riscos e saúde do trabalhador.

Tabela 44

## Chances em participar de conselhos assistenciais por variáveis assistenciais

Variáveis Assistenciais	Conselhos Assistenciais													
	Conselho de saúde Próprio		Conselho Gestor		CMS		Forúm de Hospitais		Fórum Atenção Básica		Colegiado Municipal		Colegiado Regional	
<b>Unidades de Apoio e Diagnóstico</b>														
Serviço de laboratório	0,71	**	1,33	NS	1,95	***	1,62	***	1,80	***	1,65	**	0,34	***
Serviço de imagem	0,91	NS	0,96	NS	0,85	NS	1,00	NS	0,79	**	0,93	NS	0,11	NS
Ações de padronização de medicamentos	1,50	***	2,41	***	1,18	NS	1,50	***	1,47	***	2,28	***	0,28	***
<b>Unidades de Internação</b>														
Grupos de pacientes em tempo integral	0,80	*	0,93	NS	1,13	NS	1,24	*	1,00	NS	0,98	NS	0,14	NS
Pacientes Monitorados/Entubados fora do CTI/UTI	1,17	NS	1,38	**	1,49	***	1,45	**	1,18	NS	1,64	***	0,20	NS
Disponibilidade de Médico p/ Interconsulta	1,48	***	1,56	***	1,14	NS	1,28	**	1,40	***	1,20	NS	0,18	***
<b>Unidades Ambulatoriais</b>														
Marcada por meio da central de regulação	0,84	NS	1,16	NS	1,09	NS	1,21	NS	1,21	NS	1,30	NS	0,24	**
Marcação direta do usuário presencial	0,91	NS	0,92	NS	1,08	NS	1,31	NS	1,30	NS	0,95	NS	0,30	**
Marcação por telefone pelo usuário	1,02	NS	2,38	***	0,45	***	0,82	NS	0,52	***	0,82	NS	0,10	**
Marcação direta da UBS	0,98	NS	0,95	NS	2,03	***	1,46	***	2,06	***	1,68	***	0,26	***
Tem ambulatório	0,83	NS	0,95	NS	1,84	***	1,58	NS	2,06	***	1,10	NS	0,59	**
Tem ambulatório de especialidades	1,42	**	0,97	NS	1,03	NS	1,07	NS	1,10	NS	1,04	NS	0,12	NS
<b>Unidades de Urgência</b>														
Diretrizes para o acolhimento	1,15	NS	1,44	***	1,35	***	1,25	*	1,36	***	1,45	**	0,15	NS
Diretrizes para Classificação de risco	1,48	***	2,09	***	1,17	NS	1,34	**	1,17	NS	1,26	*	0,16	*
O HPP atua em regime de PA	0,78	*	0,92	NS	1,31	***	1,01	NS	1,18	NS	1,10	NS	0,12	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

Em sequência, a tabela 44 dá as razões de chances de participar de conselhos assistenciais por variáveis relacionadas as unidades funcionais dos HPPs. De um modo geral, os hospitais que têm serviços de apoio e diagnósticos, ações vinculadas à unidade de internação, ambulatorial e de urgência apresentaram mais chances de adotarem/participarem de colegiados de gestão. O fato de a marcação de consultas ser feita pela Unidade Básica de Saúde (UBS) aumentava também as chances de participar dos fóruns colegiados dando a entender a coerência desses hospitais dentro da rede. Novamente esses resultados confirmam que os hospitais mais bem estruturados também são aqueles que contam com conselho de saúde próprio e/ou conselho-gestor visto que as relações foram mais robustas entre essas duas variáveis com a existência de ações vinculadas às unidades assistenciais.

Por fim, a tabela 45 indica as razões de chance de os HPPs terem conselhos próprios como também participarem de instâncias e foros gestores. Os resultados apontam que os hospitais do SUS têm 46 vezes chances a mais de participarem do fórum de atenção básica e 10 vezes mais do colegiado municipal e do conselho municipal de saúde. Percebe-se também que, de um modo geral, os hospitais com mais de 20 leitos apresentaram mais chances de participarem das instâncias colegiadas quando comparados com os hospitais de até 20 leitos. Os HPPs privados sem fins lucrativos, representados, em sua grande maioria, pelos hospitais filantrópicos, apresentam o dobro de chances de ter conselhos de saúde próprios, fato observado pela própria singularidade dessas instituições mantidas, por vezes, por irmandades. Entre os municípios de 100 a 250 e 250 a 500 mil habitantes, as chances aumentam para terem conselho próprio e conselho-gestor, mas diminuem para participarem do conselho municipal de saúde. Por último, os hospitais localizados em cidades com IDH alto/muito alto também apresentavam maiores chances de participarem e adotarem conselhos assistenciais quando comparados aos de IDH baixo/muito baixo.

Tabela 45

Chances de participar de conselhos assistenciais por atendimento ao SUS, contratualização com o SUS, porte de leitos, natureza jurídica, tipologia, porte do município, região metropolitana e IDH

Variáveis Assistenciais	Conselhos Assistenciais													
	Conselho de Saúde Próprio		Conselho Gestor		CMS		Fórum de Hospitais		Fórum Atenção Básica		Colegiado Municipal		Colegiado Regional	
<b>Atende SUS (ref. Não atende)</b>														
Sim	0,38	***	0,73	NS	9,26	***	5,21	***	46,09	***	10,38	***	3,77	**
<b>Contratualizado com SUS (ref. Não Contratualizado)</b>														
Sim	1,83	***	1,06	NS	0,91	NS	0,77	*	0,85	NS	0,76	NS	0,86	NS
<b>Porte de Leitos (ref. Até 20 leitos)</b>														
Entre 20 e 29	1,19	NS	1,46	*	1,03	NS	1,20	NS	1,06	NS	1,10	NS	0,92	NS
Entre 30 e 39	1,29	NS	2,09	***	1,12	NS	1,25	NS	1,09	NS	1,34	*	1,08	NS
Entre 40 e 49	1,22	NS	1,51	**	0,97	NS	1,13	NS	1,04	NS	0,80	NS	0,87	NS
50 ou mais	1,60	**	3,56	***	1,55	**	1,49	*	1,44	NS	1,88	***	1,30	NS
<b>Natureza Jurídica (ref. HPP Público)</b>														
Privado c/fins Lucrativos	0,50	***	0,97	NS	0,36	***	0,40	***	0,31	***	0,41	***	0,27	***
Privado s/fins Lucrativos	0,49	***	2,08	***	0,93	NS	1,06	NS	0,67	***	0,88	NS	0,82	NS
<b>Tipologia (ref. HPP Geral)</b>														
Hospital geral c/ especialidades	1,36	**	1,40	**	1,03	NS	0,89	NS	1,09	NS	1,20	NS	1,09	NS
Hospital especializado	1,71	**	2,22	***	1,11	NS	0,83	NS	0,98	NS	1,55	NS	1,25	NS
<b>Porte do Município (ref. Até 50mil hab.)</b>														
Entre 50 e 100	0,81	NS	1,10	NS	0,82	NS	1,14	NS	0,85	NS	0,82	NS	0,90	NS
Entre 100 e 250	0,99	NS	1,26	NS	0,92	NS	1,07	NS	0,68	NS	1,30	NS	0,78	NS
Entre 250 e 500	1,76	*	2,11	**	0,45	*	1,16	NS	0,88	NS	1,34	NS	0,76	NS
500 mil ou mais	1,59	*	1,85	**	0,58	**	1,32	NS	0,71	NS	1,11	NS	0,83	NS
<b>Região Metropolitana (ref. Não está)</b>														
Sim	1,16	NS	0,84	NS	0,99	NS	0,99	NS	0,81	NS	0,82	NS	0,76	*
<b>IDH (ref. Nível Baixo/Muito)</b>														
Médio	0,99	NS	1,03	NS	0,93	NS	1,37	**	1,08	NS	1,28	NS	1,10	NS
Alto/Muito	1,53	**	1,83	***	0,85	NS	1,42	**	1,13	NS	1,38	*	1,26	NS

Nota: \*\*\*Estatisticamente significativo a 1%. \*\*Estatisticamente significativo a 5%. \* Estatisticamente significativo a 10%. NS-Não estatisticamente significativa.

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação, a partir de FACCHINI e BARBOSA, 2014

No propósito de expor os principais achados do trabalho relacionados aos seis componentes das RAS, experimentou-se resumi-los no quadro a seguir, de modo a facilitar a compreensão das relações aqui evidenciadas.

Quadro 8 - Síntese dos Resultados

<b>Componentes</b>	<b>Principais Resultados</b>
<b>Redes Temáticas</b>	Disponibilidade de médicos pra interconsulta, marcação direta da unidade básica de saúde, existência de ambulatório, diretrizes para acolhimento, classificação de risco estavam relacionados com a inserção nas redes temáticas
	HPPs contratualizados e que atendem ao SUS, bem como os hospitais públicos apresentaram maiores chances de se inserirem nas redes temáticas
	Hospitais sem fins lucrativos (filantrópicos) ainda se encontram pouco inseridos em redes
	Hospital especializado apresentaram maiores chances para inserção nas RT Atenção Psicossocial, Doenças Crônicas e Portadores de Necessidades Especiais
	O porte do Hospital era um importante elemento para inserção nas redes temáticas
<b>Compartilhamento de ações com Atenção Básica</b>	Marcação pela central de regulação ou pela UBS aumentou as chances de compartilhamento de ações com AB; mesma forma também se aplicou para existência de diretrizes para o acolhimento
	Ter ambulatório praticamente dobrou as chances de atuar em conjunto com a AB
	O HPP que atuava em regime de pronto atendimento também aumentou suas chances de compartilhar quase todas ações com atenção básica
	HPPs que atendem SUS, que são contratualizados, que são Públicos, dispostos em municípios de até 50 mil habitantes tinham mais chances de atuar em conjunto com a AB.
<b>Regulação</b>	Existência de Serviços de Apoio e Diagnóstico aumentaram no geral as chances dos HPPs atuarem regulados
	Disponibilidade de médico para interconsulta foi preponderante para atuação dos HPPs sob regulação
	Marcação pela central de regulação e UBS além da existência de ambulatório aumentou as chances para o HPP atuar sob regulação; mesmo efeito para diretrizes de classificação de risco
	HPPs que atendem SUS, que são contratualizados, que são Públicos, acima de 20 leitos, dispostos em municípios com mais de 500mil habitantes tinham mais chances de atuar sob regulação
<b>Pactualizações</b>	Ter ações de padronização de medicamentos aumentou as chances de firmar pactos gestores
	Marcação de consultas por meio da central de regulação ou UBS aumentava a chances de pactualizações
	Ter ambulatório também significava em chances mais elevadas de contratualizar pactos gestores



	HPPs que atendem SUS, que são contratualizados, que são Públicos, acima de 30 leitos, gerais, dispostos em municípios com mais de 500mil habitantes, fora da RM, e com IDH Médio/Alto/Muito Alto tinham mais chances de formalizar pactuações
<b>Plano Diretor Hospitalar</b>	Serviços de imagem, ações de padronização de medicamentos e disponibilidade de médicos para interconsulta aumentou as chances de possuir PDH;
	Marcação de consultas diretamente pelo usuário aumentou as chances de possuir PDH
	Diretrizes para o acolhimento e diretrizes para classificação de risco aumentou as chances de desenvolver PDH
	Quanto maior o porte do HPP maiores as chances de possuir PDH assim como também se imprimiu maiores chances para os HPPs gerais c/ especialidade
	HPP dispostos em municípios acima de 500mil habitantes e em municípios com IDH alto e muito alto apresentaram possibilidades mais elevadas de possuírem PDH
<b>Conselhos Assistenciais</b>	HPPs que possuíam conselho gestor e conselho de saúde próprio estavam relacionados com a existência de diretrizes para o acolhimento e classificação de risco, disponibilidade de médicos para interconsulta e ações para padronização de medicamentos.
	HPPs que atendem SUS e que são Públicos possuíram mais chances de participação nas instancias de governança

Fonte - Elaborado pelo autor da dissertação

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propor estudar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) do Sistema Único de Saúde (SUS) em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a ótica de Recursos Humanos (RH), procurando compreender sua contribuição para o desenvolvimento e fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde, foi possível também mapear como os hospitais do SUS, na sua grande maioria, de até 50 leitos, têm lidado com as questões relativas às práticas de RH e, principalmente, se tais ações têm sido geradas para alcance de melhores resultados assistenciais e financeiros. Os resultados apresentados possibilitaram projetar caminhos que podem ser trilhados e uma agenda nos curto e longo prazos, envolvendo a implantação das RAS e a estruturação da gestão do trabalho no SUS. Além disso, por apresentar um relato de experiência concreto da gestão de recursos humanos no SUS, diferentemente de grande parte dos estudos que abordam essa temática, esse trabalho demonstrou na prática os benefícios do RH para o fortalecimento do sistema, e acima de tudo possibilitou a geração de evidências que confirmam o *trabalho em saúde* e tudo aquilo que ele representa em termos de RH, como fator imprescindível para reorientação do modelo de atenção e organização das RAS.

O estudo comprovou que o desenvolvimento de práticas de RH nos HPPs, no geral, gerou maiores chances de inserção nos componentes das Redes de Atenção à Saúde identificados. Mesmo que as práticas de RH não tenham sido corriqueiras na maioria desses hospitais, aqueles que as desenvolviam elevaram suas possibilidades de adotar os componentes das RAS. Os modelos estimados demonstraram que os hospitais que adotaram oito ou mais práticas de recursos humanos estavam concentrados, em sua grande maioria, nas faixas cujo evento era o *sucesso* para a adesão aos componentes das redes de atenção à saúde.

A inserção em redes temáticas, o compartilhamento de ações com a AB, a atuação sob regulação, a formalização de pactualizações, a existência de plano diretor e a participação em conselhos assistenciais, elementos constitutivos para a adoção em redes, conforme discutido no marco teórico e investigados no *survey*, foram sensíveis naqueles hospitais que desenvolviam práticas de RH. Dada a natureza e complexidade do trabalho em saúde, cujas mudanças dependem da forma como são construídas as relações do trabalho, confirmou-se que o fator humano foi relevante para a consecução da grande maioria desses componentes, embora, ao mesmo tempo, ações de RH mais reverenciadas como TeD e AeD, que pudessem desempenhar uma função de destaque nesse processo, não necessariamente proporcionaram uma associação significativa.

As práticas usuais foram visíveis à medida que os dados foram estimados, mas permanecendo as dificuldades de gerar resultados concretos e mais efetivos a partir de variáveis da gestão de RH. Nesse caso, pode-se sugerir que esses hospitais, em sua maioria, não levaram em consideração, ao desenvolverem suas práticas de RH, a singularidade do setor saúde e o peso que os processos de trabalho têm nesse espaço, tanto que o potencial em torno dos benefícios gerados com essas práticas poderia ser bem mais volumoso.

A experiência das RAS pôde ser vista a partir da inserção em redes temáticas e, como os próprios resultados apontaram, muito falta para ascender a um patamar satisfatório. Somente a rede de UeE se mostrou presente nos hospitais, fato este que comprova claramente a organização do sistema no regime das condições agudas. O desafio colocado para esse componente é ampliar a extensão das demais redes para dentro dos HPPs e demais pontos de atenção do SUS, referenciando-as para o cuidado integral a partir da atenção básica.

Por outro lado, dos os seis componentes da RAS, o compartilhamento de ações com a atenção básica foi o que se mostrou menos associativo com as práticas de RH. O que se viu foi mais uma sobreposição de procedimentos, intervenções e profissionais do que uma complementariedade dos serviços entre os dois pontos. Quando se volta às discussões para a função eficiente do HPP na rede e o fortalecimento da Atenção Primária como eixo orientador das ações, esse cenário é bem crítico. A APS ainda carece de impulsos para se fixar enquanto coordenador da RAS, e um dos passos para que isso ocorra é compartilhar ações com os hospitais.

Já a atuação dos hospitais sob regulação tem representado um ótimo medidor acerca das possibilidades de acesso da população aos serviços e, por isso, seus resultados carregam um peso muito grande. Em tese ver percentuais de regulação pela UPA e do SAMU bem inferiores mostra que, mesmo estando razoavelmente inseridos na rede de UeE, há falhas organizacionais nessas redes que dificultam a regulação por parte desses dois componentes. E, nesse caso, o desenvolvimento de mais práticas de recursos humanos favoreceu consideravelmente, para todos os níveis, as chances de os hospitais atuarem sob regulação, reforçando a relevância da gestão de pessoas para adequação às redes. Em contrapartida, atenua-se que esses resultados expressaram também as dificuldades dos municípios menores de atuarem regulados, pois seja o baixo escopo dos serviços, o baixo número de profissionais, a dificuldade de acesso a tecnologias mais condizentes com a realidade dinâmica do sistema e, até mesmo, a inoperância

das centrais de regulação nessas localidades reforçam o desafio a mais para essas cidades cujo fator espacial, não somente para este componente, diz ser muito relevante.

A contratualização de protocolos e pactos gestores permitiu a constatação de que 85 a cada 100 gestores diziam conhecer as atribuições do HPP frente ao sistema loco-regional, mas foi visto como um dado emblemático, pois, quando se observa a real vinculação desses HPPs nas redes, os resultados são demasiadamente inferiores. O ponto em questão nesse caso traz à tona o seguinte debate: o gestor conhece as funções e responsabilidades do hospital na rede, mas, dadas as suas limitações de governança, de escassez de recursos, do insuficiente apoio das instâncias governamentais etc. fica-se impossibilitado de agir de maneira mais efetiva na maioria das vezes. Outro fator importante percebido que elevou as condições dos hospitais de firmarem protocolos é a própria existência de serviços (ou falta deles) que obrigava os HPPs a buscarem opções que pudessem complementar a falta dos serviços. Isso foi claramente percebido, particularmente quando os hospitais que tinham implementado serviços de apoio e diagnóstico e ambulatório estavam mais propensos a firmar pactos. Mesma situação encontram os hospitais com faixa de leitos intermediários, que apresentaram chances aumentadas para firmar protocolos. Os hospitais com maior número de leitos, a princípio, são mais *completos* em termos de escopo e, individualmente, mais sustentáveis, daí surge menos necessidade de contratualização de acordos e procedimentos em comum.

A existência do plano diretor hospitalar nos hospitais está relacionada ao planejamento estratégico dessas organizações, sobretudo quanto ao estabelecimento de metas e o cumprimento de objetivos propostos. Pois bem, destaca-se a imaturidade desses HPPs no que diz respeito à instituição do planejamento, justamente num cenário cujas demandas vêm transformando a função dos recursos humanos em núcleos estratégicos. Conforme destacaram Bohlander *et al.* (2003), nas organizações contemporâneas, as pessoas despontam como o principal recurso para a obtenção de vantagens competitivas. E, quando integrada à organização de forma estratégica, exerce importante papel na identificação de problemas e, conseqüentemente, na criação de soluções (IVANCEVICH, 2008). Por isso, pensando a contribuição da gestão mais profissional de recursos humanos, poderiam os trabalhadores ser desenvolvidos na perspectiva de aproveitamento máximo de suas potencialidades em conformidade com o estabelecimento de planejamento estratégico, integrado e horizontal, a fim de formular, implementar e estabelecer o controle da estratégia da organização para sua melhor efetividade para dentro do sistema, seja atuando em redes de atenção ou não.

As conclusões sobre a participação nas instâncias de governança também se apresentaram fortemente associativas a um maior desenvolvimento das ações de recursos humanos. Teoricamente, são os profissionais de saúde os sujeitos atuantes nos processos de participação de fóruns e instâncias colegiadas e, uma vez que a gestão de recursos humanos é disseminada para dentro desses hospitais, obviamente aumenta-se a capacidade de participação nesses espaços. Um detalhe percebido, relativamente à construção dos sistema de governança, é que ele vai sendo amadurecido com o tempo, à medida que as práticas estabelecidas no sistema, os vínculos estruturados entre os entes, as ações compartilhadas dos HPPs, a própria disponibilidade de recursos financeiros e humanos, entre outros, são estruturadas. A partir do momento em que as redes temáticas estiverem organizadas, houver o compartilhamento de ações com AB, estas sendo organizadoras dos MAS, as centrais de regulações organizando o acesso, os protocolos formalizados e fixados em torno de objetivos comuns, conseqüentemente, o sistema de governança se estruturará com muito mais facilidade. Em relação ao diagnóstico que se pode fazer a despeito da gestão de recursos humanos, nos HPPs, alguns dos achados demonstram claramente a pouca relevância que lhe é dada dentro SUS. Ficou evidente a enorme dificuldade dos hospitais públicos, com menor número de leitos, dispostos em municípios de pequeno e médio portes, fora das regiões metropolitanas e com baixo IDH em adotarem as práticas de RH. Esse cenário levanta preocupações, pois parte considerável desses hospitais se encontram distribuídos pelo interior do Brasil, em municípios de pequeno e médio portes. A própria classificação baixa do IDH nesses municípios integra as condições reduzidas e inexistentes de centros universitários e de pesquisa, essenciais para o fortalecimento dos HPPs via projetos, parcerias e intercâmbio de pessoal. Pelo que se vê, o isolamento assistencial, dificultador da implantação das RAS, também é nítido no tocante às práticas de RH visto que o distanciamento de faculdades e universidades, além de instituições de pesquisa parece, ser um fator limitante no aperfeiçoamento da gestão desses hospitais, dada a precariedade de instituição de ações de recursos humanos. Essa lacuna é visível, sobretudo, quando se confirma o percentual dos HPPs que participam de projetos de pesquisa ou programas de residência, cujas taxas apontam para menos de 6% deles. Esses dados corroboraram para reforçar a defesa de que a não existência de rede de serviços em nível educacional que trabalhe em conjunto aos HPPs é um elemento desfavorável para a gestão desses hospitais. Essa hipótese, no entanto, precisa ser trabalhada em estudos posteriores cruzando informações de espacialização desses hospitais com a disponibilidade de serviços de educação e pesquisa.

Na área da saúde, reconhecer a importância do saber especializado dos profissionais que a constituem é primordial para que haja mudanças, sobretudo, na vinculação de seus trabalhadores aos resultados esperados no sistema. Todavia, o *modus operandi* da gestão de recursos humanos na saúde, em especial no SUS, aponta para caminhos complexos e desiguais que precisam ser remodelados em conformidade com a especificidade das condições de saúde, da disponibilidade de mão de obra, do desenvolvimento de mecanismos mais aperfeiçoados de gestão, da regionalização enquanto elemento minimizador e, não, dificultador do acesso e, por fim, da própria implantação do modelo de atenção às condições crônicas.

Nesse sentido, pode-se oferecer aqui uma agenda de esforços a serem trabalhados que possam permear as discussões da rede de atenção à saúde, recursos humanos e hospitais de pequeno porte na perspectiva de um funcionamento robusto do SUS. Sem se ater aqui às discussões sobre a manutenção ou o fechamento desses hospitais que, por sinal, numa primeira análise, se mostraram vitais para regiões distantes dos grandes centros, é preciso, no entanto, buscar novas alternativas que se apresentem eficientes para o sistema e para os usuários. Não é viável para os gestores manter em funcionamento hospitais com taxas de ocupação baixas, sem ganho de escala e escopo e sem o número adequado de profissionais.

Dessa forma, algumas iniciativas podem ser viabilizadas a partir do que foi estudado, ou seja, reforçar a ideia de reorientação definitiva do modelo de atenção com a ESF, contra-referenciando os usuários nos hospitais e nos demais pontos de atenção e, assim, mudar a mentalidade de muitos gestores que vez ou outra insistem na construção de hospitais em seus limites. Ainda, o aprimoramento dos planos diretores regionalizados, para que os mesmos possam distribuir com mais eficiência a oferta dos serviços, em determinado território, e o incentivo ao desenvolvimento de práticas de recursos humanos que estejam vinculadas às metas e aos objetivos a serem cumpridos por esses hospitais, reconhecendo as peculiaridades do setor.

Tais ações e, não, as únicas, são um importante substrato para a melhoria das condições de saúde considerando aspectos associados à configuração de redes de atenção que atendam, em última instância, ao usuário.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, L.G. **O papel estratégico de recursos humanos**. São Paulo: FEA/USP, 1987.
- ALFRADIQUE, M. E *et al.* Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1.337-49, jun. 2009.
- ALMEIDA, P. C. *et al.* Trabalhadores de saúde: diagnóstico de Sobral e macrorregião. In: SANTOS, J. B. F. (Org.). **Recursos Humanos em Saúde: diagnósticos e reflexões**. Fortaleza: Ed UECE-CETREDE, 2008.
- ANDRADE, M. V. **Análise da eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2007.
- ANDRADE, M. V. *et al.* **Equidade na saúde: o programa de saúde da família em Minas Gerais**. Belo Horizonte: SES-MG; ESP-MG, 2013.
- ASSUNÇÃO, A. A. *et al.* Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, s. 2, p. 193-201, 2007.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 18, supl.2, p. 11-23, 2009.
- BABBIE, E. Métodos de pesquisa de survey. Belo Horizonte. Editora UFMG. 519. 1999
- BARBOSA, A. C. Q. Relações de trabalho e recursos humanos em busca da identidade. **Revista de Administração de Empresas**. Edição Especial Minas Gerais, v. 45, 2005.
- BARBOSA, A. C. Q. Gestão de recursos humanos: realidade atual e perspectivas. In: BARBOSA, A. C. Q. e SILVA, J. R. (Orgs). **Estados, empresas e sociedade: um mosaico luso-brasileiro**. Lisboa: Colibri, 2009.
- BARBOSA, A. C. Q. e ROCHA, T. Uso de indicadores de desempenho na gestão de recursos humanos em hospitais brasileiros: um debate teórico e aplicado. In: DAMÁZIO, L. F. e GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2012.
- BARROS, S. M. P. F; SILVA, N. F. e CHRISTÓFARO, M. A. C. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 44, n. 1, p.7-9, 1991.
- BATISTA, M. N. e CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos, 2007

BOHLANDER, G. *et al.* **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C. **Teoria geral de administração hospitalar: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. **Constituição de 1988**. República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Conferência Nacional de recursos humanos para a saúde**. Brasília, julho de 1994. Relatório Final

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política de recursos humanos para o SUS: prioridades e diretrizes para ação do Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

\_\_\_\_\_. **Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. **Institui a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte**. Brasília, 2004. Portaria n. 1.044 de 1º de junho de 2004.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. **Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS**. Portaria de n. 2.261 de 22 de setembro de 2006b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria de n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; 1997

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, ago. 2010.

CARMO, M. **Hospitais de Pequeno Porte e Rede de Atenção à Saúde - Um Estudo de sua inserção e avaliação em Minas Gerais no período 2004-2014**. 2016. Tese (Doutorado em



Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte

CHUERI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.114-214. Out. 2014

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.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Recursos humanos: um desafio do tamanho do SUS**. Brasília: CONASS, 2004.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde** Brasília: 2007.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho e educação na saúde** Brasília: 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de média e alta complexidade**. Brasília: CONASS, 2011b.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 3. ed. rev. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

COSTA, L. **Agenda estratégica nacional e o ministério da saúde: a importância da construção de um plano nacional de saúde democrático**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COTTA, R. M. M. *et al.* Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**; v. 31, p. 278-86. 2007.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, J. A. C. e CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 53, n. 5, p. 485-99, set./out. 2013.

CUNHA C. L. F. e BAHIA L. **Hospitais de Pequeno Porte como Política de Saúde**. 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: 15/10/2016

DAL POZ, M. R. As políticas e a gestão de recursos humanos em saúde: 1984 a 1995. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. 19-49, 2001.

DAL POZ, M. R. *et al.* Agenda das organizações internacionais para o desenvolvimento de RH em saúde: novos problemas e soluções. In: NEGRI, B.; FARIA, R. VIANA, A. L. (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas, SP: Unicamp. 2002.

DAL POZ, M. R. *et al.* Manual para a monitorização e avaliação dos recursos humanos de saúde: com aplicação dedicada aos países de rendimento baixo e médio. 2009. Disponível em: <[http://www.who.int/eportuguese/publications/Manual\\_monitorizacao\\_RHS\\_2009.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Manual_monitorizacao_RHS_2009.pdf?ua=1)> . Acesso em: 06/09/2016.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo de trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência.** Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. p. 7-17.2001.

DESSLER, G. **Administração de recursos humanos.** São Paulo: Prentice Hall, 2003.

DONABEDIAN, A. **The definition of quality and approaches to its assessment.** Volume I. The University of Michigan Health Administration Press Ann Arbor, Michigan. 1980.

DONABEDIAN, A. **Some basic issues in evaluating the quality of healthcare.** NLN Publ. Aug(21-2194):3-28, 1987

DUSSAULT, J. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, v. 26, p. 8-19, 1992.

DUSSAULT, G. e DUBOIS, C. Human resources for health policies: A critical component in health policies. **Human Resources for Health.** v.1, n. 1, 2003.

DUTRA, F. H. S. *et al.* Recursos humanos e acreditação hospitalar: o caso de um hospital do Vale do Mucuri, Minas Gerais. In: BARBOSA, A. C. Q. B. **Recursos humanos: contemporaneidade, limites e possibilidades teóricas e aplicadas.** Curitiba: CRV, 2015.

FACCHINI, L. A.; BARBOSA, A. C. Q. B (coord.). Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – diagnóstico, avaliação e especialização. Belo Horizonte/Pelotas: UFPEL e Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014. (Relatório de pesquisa)

FONSECA, C. D. e SEIXAS, P. H. D. **Agenda nacional de recursos humanos em saúde: diretrizes e prioridades.** In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Orgs). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2002. p. 289-322.

GADELHA, C. A. G. e MALDONADO, J. M. S. V. Complexo industrial da saúde: dinâmica de inovação no âmbito política de saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

GALLO, E.; COSTA, L.; MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atende a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. In: GALLO, E, COSTA L, (Orgs). **SIS-MERCOSUL: uma agenda para a integração.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; p. 43-53. 2004.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002
- GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 490-8, mar./abr. 2005.
- GONÇALVES *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan./mar. 2014.
- GUJARATI, D. N. e PORTER, M. **Econometria básica**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2011.
- HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 3. 2009
- HARTZ, Z. M. A e CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**, v.20, supl.2, p.331-6, 2004.
- IVANCEVICH, J. M. **Gestão de recursos humanos**. 10. ed. São Paulo: McGraw-Hill. 2008.
- JOINT LEARNING INICIATIVE. **Human Resources for Health: overcoming the crisis** (studies in global equity). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2004.
- JUNQUEIRA, T. S. *et al.* As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-28, maio, 2010.
- KABENE S.M. *et al.* The importance of human resources management in healthcare: a global context. *Human Resources for Health*. 2006. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/4/1/20>> Acesso em: dia 25/04/2016.
- KHATRI, N. *et al.* Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital. **Hospital Topics**, v. 84, n. 4, 2006.
- KOSTER, I. **A Gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- LACOMBE, B. M. B. e TONELLI, M. J. O discurso e a prática: o que nos dizem os especialistas e o que nos mostram as práticas das empresas sobre os modelos de gestão de recursos humanos. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 5, n. 2, p. 157-74. maio/ago. 2001.
- LA FORGIA, G. M. e COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular. 2009.
- 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, dez. 2011.
- LÓPEZ, E. M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde). Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz, 2004.

MAGALHÃES JR., H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. **Revista Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.15-37. Out. 2014

MARCONI, N. **Políticas integradas de recursos humanos para o setor público**. Biblioteca Virtual TOP sobre Gestión Pública. 2003 Disponível em: <[www.top.org.ar/publicac.htm](http://www.top.org.ar/publicac.htm)>. Acesso em: 07/07/2015.

MARTINS, G. A e THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Editora Atlas. 2ª Ed. 247p. 2009

MARTINS, *et al.* A reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1.667-76, 2013.

MEDEIROS, M. A trajetória do **Welfare State no Brasil: papel redistributivo das políticas sociais dos anos 1930 aos 1990**. Texto pra discussão n. 852. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1514.pdf>. 2001. Acessado 25/09/2015

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Revista Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.172-174, 2005.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. São Paulo: Atlas. 1995.

MOURA, B. L. A. *et al.* **Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região**. **Revista Brasileira. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, supl. 1: S83-S91, nov. 2010.

NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos de desarrollo del milenio**. Una mirada desde América latina y el Caribe. Santiago del Chile: Naciones Unidas, 2005.

NETO *et al.* Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

NOVICK, M. Desafios de la gestión de los recursos humano sem salud - 2005-2015. 2006. Disponível em: <<http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/DesafiosGestionHR%28esp%29.pdf>> Acesso em 10/07/2016.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, part 1, p. 509-38. 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saúde 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2006/06\\_overview\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf)> Acesso em: 17/05/2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OSMO, A. A. Processo gerencial. In: NETO, G. V. e MALIK, A. M. (Orgs). **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2012.

PAIM, J. S. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. 1994

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

PIERANTONI, C. R. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI B; FARIA R; VIANA ALD. (Orgs) **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, p. 221-56, 2002.

PIERANTONI C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BARROS, A. F. R. et al. (Orgs). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 2, p. 51-70, 2004.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PIMENTA, S. M. **Recursos humanos: uma dimensão estratégica**. Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD. 1999.

PIRES-ALVES, F. *et al.* História, saúde e seus trabalhadores: da agenda internacional às políticas brasileiras. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 819-29, 2008.

PORTER, M. e TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.

POSNETT, J. Are bigger hospitals better? In: McKEE, M. e HEALY, J. (Eds) – **Hospital in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press, 2002.

PRATA, P. R. A transição epidemiológica no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 8, n. 2, p. 168-75, abr./jun. 1992.

QUINTANA, P. E. B. Impacto de las reformas del sector de lasalud sobre los recursos humanos y lagestión laboral. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 8, ns. 1-2, p. 43-54, 2000.

RAMOS, M. C. A *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 49. n. 43, 2015.

RIVERA, F. J. U. e ARTMANN, E. **Planejamento e Gestão em Saúde: conceitos, história e propostas**. Editora Fiocruz. 162p. 2012.

RODRIGUES, C. D. S. e WITT, R. R. Funções essenciais de saúde pública no currículo de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, n. 44, v. 1, p. 84-91. 2010

RODRIGUES, J. M. e RODRIGUES, R. B. A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros. In: DAMÁZIO, L. F. e GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 221. 2012

RODRIGUES, J. M. e TORRES, H. O. G. Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos – uma aproximação possível? **Revista Eletrônica Gestão & Sociedade**, v. 9, n. 24, p. 1128-1142. Setembro/Dezembro. 2015

RODRÍGUEZ, R. H. MERCOSUL: um processo de integração. In: Organização Pan-Americana da Saúde (Org) **Recursos humanos em Saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: Organização PanAmericana da Saúde, p. 9-29, 1995.

RUBIO, V. **Innovación organizativa en sanidade**. In: MENEU, R. & ORTÚN-RUBIO, V. (organizadores). Política y gestión sanitaria: la agenda explícita. Asociación de Economía de la Salud (AES) España. Barcelona, 1996.

SANTOS, L. e ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. IN: SILVA, S. F. **Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, IDISA: CONASEMS, 202p. 2008.

\_\_\_\_\_. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, n.16, v.3, p. 1671-1680. 2011

SAYD, J. D.; VIEIRA, Jr. L; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas conferências nacionais de saúde (1941 a 1992). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 165-95. 1998.

SILVA, J. A. Desarrollo de recursos humanos para los sistemas locales de salud: Brasil. **Educ. Med. Salud**. v. 11, n. 3, p. 32-49, 1993.

SILVA, N. C. **Gestão de recursos humanos no programa de Saúde da Família: fato ou ficção?** Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2008a.

SILVA, S. F. Redes de atenção à saúde: modelos e diretrizes operacionais. IN: SILVA, S. F. **Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, IDISA: CONASEMS, 202p. 2008b.

SILVA, C. C. *et al.* Revisando a formação de recursos humanos de Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 13, n. 3, p. 23-30, 2009.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JR., H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. IN: SILVA, S. F. **Rede de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, IDISA: CONASEMS, 202p. 2008.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, junho, 2011.

SISSON, M. C. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 85-91, 2007.

SOUZA, C. B. G. Gestão participativa: conceitos e operações fundamentais. Revista Eletrônica Política e Gestão Educacional. n. 1. 2001. Disponível em: <[http://www.fclar.unesp.br/Home/Departamentos/CienciasdaEducacao/RevistaEletronica/edi1\\_artigoclaudiogomide.pdf](http://www.fclar.unesp.br/Home/Departamentos/CienciasdaEducacao/RevistaEletronica/edi1_artigoclaudiogomide.pdf)>. Acesso em: 06/01/2017

TAYLOR, F. W. **Princípios da Administração Científica**. Editora Atlas. 8ª Ed. 112 p. 1990

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília. Universidade de Brasília. 1988

UGA, M. A. D. e LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, ago, 2007.

VEILLARD, J. *et al.* A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH Project. **Internacional Journal for Quality in Health Care** v. 17, n.6, p. 487-96, 2006.

WEBER, M. **Ensaio de Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora LTC. 5ª Ed. 1982





IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	
<b>Nome do estabelecimento</b>	
<b>Razão Social:</b>	
<b>Qual é o CNPJ do hospital:</b>	
<b>O CNPJ é próprio do hospital?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não</li> <li>2. Sim</li> <li>3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>	
<b>Caso não seja próprio, de quem é o CNPJ do hospital?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prefeitura</li> <li>2. Fundo Municipal de saúde</li> <li>3. Outro</li> <li>4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>	
<b>Logradouro do hospital:</b>	<b>CEP:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Município:</b>	<b>Estado:</b>
<b>Região de Saúde:</b>	<b>E-mail para contato:</b>
<b>Telefone para contato</b> <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"/>	
<b>Quais são as coordenadas geográficas de localização do estabelecimento:</b>	
<input type="text"/> <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> ' <input type="text"/> <input type="text"/> " <input type="text"/> <input type="text"/> Latitude <input type="text"/> <input type="text"/> ° <input type="text"/> <input type="text"/> ' <input type="text"/> <input type="text"/> " <input type="text"/> <input type="text"/> Longitude	
<b>2.1.11.1 Caso não tenha sido possível obter as coordenadas, escreva abaixo o motivo:</b>	
<b>CNES do estabelecimento:</b>	<b>Data da última atualização do cadastro do CNES:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Qual é a categoria do hospital:</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital geral (Presta atendimento somente as clínicas básicas ginecologia/obstetrícia, clínica médica, pediatria)</li> <li>2. Hospital geral com especialidades (Presta atendimento em outras especialidades para além das clínicas básicas, inclusive podendo atuar como maternidade)</li> <li>3. Hospital especializado</li> </ol>	
<b>O hospital atua como maternidade?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não</li> <li>2. Sim</li> </ol>	
<b>O hospital realiza partos regularmente?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não</li> <li>2. Sim</li> </ol>	
<b>Quantos partos realiza em média por mês?</b>	

### IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**Natureza Jurídica:**

1. Público Federal - Administração direta –Ministério da Educação
2. Público Federal- Administração direta –Ministério da saúde
3. Público Federal- Administração direta –Ministério da Defesa
4. Público Federal - Fundações
5. Público Federal- Autarquias (agências executivas e reguladoras)
6. Público Federal - Empresa pública
7. Público Estadual - Administração direta;
8. Público Estadual - Fundações de direito público,
9. Público Estadual - Fundações de direito privado,
10. Público Estadual - Autarquia
11. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
12. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
13. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual?
14. Municipal - Administração direta,
15. Municipal - Fundações de direito público,
16. Municipal - Fundações de direito privado,
17. Municipal - Autarquia
18. Municipal - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
19. Municipal - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
20. Municipal - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual?
21. Privado com fins lucrativos - Sociedade (incluso Economia mista)
22. Privado com fins lucrativos - Cooperativa
23. Privado com fins lucrativos - Associação profissional
24. Privado com fins lucrativos - Sindicato
25. Privado com fins lucrativos - Serviço Social Autônomo (SESi, SESC)
26. Privado com fins lucrativos - Outras associações
27. Privado sem fins lucrativos - QSCIP
28. Privado sem fins lucrativos - Entidade Social COM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
29. Privado sem fins lucrativos - Entidade Social SEM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social

**Qual é o perfil da clientela atendida pelo hospital (*múltipla escolha*): (ciclo 1)**

1. SUS
2. Saúde suplementar
3. Desembolso direto

**Quem arca com os custos do Hospital:**

1. Gestão Municipal
2. Gestão estadual
3. Gestão Municipal e Estadual
4. Gestão Privada
5. Gestão federal

**Número de inscrição do alvará da vigilância sanitária:** Caso isento pela Lei Federal 6.437/77 (Art. 10 - Unidade Pública) digitar 000000 / caso não saiba digitar 999999.






**O estabelecimento é contratualizado com o SUS?**

1. Sim, com base na Portaria GM/MS 1.044/2.004;
2. Sim
3. Não
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

**Qual é o tempo de vigência da última contratualização SUS em meses?**

### IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**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.
6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

**Caso seja Alugado, cedido, emprestado, outra forma, de quem é?**

### IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO MANTENEDORA

**O hospital possui uma mantenedora?**

0. Não
1. Sim

**Nome da mantenedora**

**Razão Social:**

**Qual é o CNPJ da mantenedora?**

**Logradouro:**

**CEP:**

□ □ □ □ □ □	- □ □ □ □
-------------	-----------

**Município:**

**Estado:**

**Região de Saúde**

**E-mail para contato**

**Telefone para contato**

(□ □)	□ □ □ □ □ □	- □ □ □ □ □
-------	-------------	-------------

<b>INFORMAÇÕES GERAIS DO HOSPITAL</b>				
<b>ITENS DE ORGANIZAÇÃO DE GESTÃO</b>				
<b>*O hospital possui algum dos seguintes itens?</b>		0.Não	1.Sim	
Organograma				
Regimento interno do corpo clínico				
Regulamento interno				
Normas e rotinas das áreas assistenciais				
Planejamento institucional				
Colegiado interno de gestão				
Comissão interna de prevenção de acidentes				
Comissão de documentação médica e estatística				
Comissão de ética médica				
Comissão de ética em pesquisa				
Comissão de mortalidade materna				
Comissão de mortalidade neonatal				
Comissão de prevenção e controle de infecção hospitalar				
Comissão de revisão e análise de óbitos				
Comissão de revisão e análise de prontuários				
Núcleo de segurança do paciente				
O hospital possui programa de Atenção domiciliar				
O hospital possui algum programa de desospitalização (mesmo que não seja saúde em casa)				
Quanto à identificação dos serviços que o hospital oferta, existe:		0.Não	1.Sim	
Placa de identificação visível e contendo a descrição de serviços com a informação de que oferta serviços pelo SUS				
Placa, painel ou similar visível com telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde				
Placa, painel ou similar visível com horário de funcionamento dos serviços				
Placa, painel ou similar visível com horário de trabalho dos médicos				
<b>QUANTO À APURAÇÃO DE INDICADORES</b>				
*Indicador	Monitora o indicador?		Frequência de apuração do indicador em dias	O hospital divulga estes dados? 0.Não 1.Sim 2.N.S/N.R.
	0.Não	1.Sim		

INFORMAÇÕES GERAIS DO HOSPITAL				
Absenteísmo				
Custo/internação				
Índice de rotatividade de leitos				
Índice de satisfação do usuário				
Número de profissionais/leito				
Taxa de cesárea				
Taxa de infecção hospitalar				
Taxa de infecção pós-cirúrgica				
Taxa de mortalidade institucional				
Taxa de ocupação hospitalar				
Taxa de reinternação				
Tempo médio de permanência				
QUANTO À EXISTÊNCIA DE DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO				
*Quais dos seguintes dispositivos estão implantados	0.Não	1.Sim	Caso NÃO tenha implantado, quais as dificuldades para a implantação? 1.Inexistência/inadequação de área física 2.Inexistência/inadequação de recursos humanos 3.Desconhecimento do dispositivo 4.Falta de recurso financeiro 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	
Acessibilidade				
Acolhimento				
Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato				
Acompanhante 24 horas para crianças				
Acompanhante 24 horas para idosos				
Acompanhante de indígenas				
Atividades de brincar				
Gestão participativa				
Horário ampliado para além de 1 hora				
Valorização do trabalhador				
Visita aberta				
QUANTO ÀS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NOS PRONTUÁRIOS				
<b>Como se caracteriza o prontuário utilizado pelo hospital?</b> 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	

<b>INFORMAÇÕES GERAIS DO HOSPITAL</b>		
CPF		
Data de nascimento		
Endereço completo		
Identidade		
Nome completo		
Telefone para contato		
Número do Cartão Nacional de Saúde		
Sexo		
<b>QUANTO AOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO POSSUI</b>		
*Quais dos seguintes itens o hospital possui	0.Não	1.Sim
Boletins/informativos		
Murais/quadros		
Ouvidoria própria		
Página de internet		
Sala de situação		
Serviço de som		
<b>QUANTO AOS MECANISMOS DE AFERIÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>		
*Quais dos seguintes itens o hospital possui	0.Não	1.Sim
O hospital realiza algum levantamento de satisfação do usuário?		
Pesquisa de satisfação		
Caixa de sugestões		
Formulários on-line		
Ouvidoria própria		
Outro mecanismo de aferição de satisfação do usuário		

<b>QUANTO AOS MECANISMOS DE CERTIFICAÇÃO E QUALIDADE</b>		
*O hospital possui alguma dessas certificações?	0.Não	1.Sim
ONA		
ISO(todos os setores)		
ISO Setor (somente parte do conjunto de setor)		
JCI		
Outra certificação		
<b>QUANTO AOS MECANISMOS DE INCENTIVO ÀS PRÁTICAS DE QUALIDADE</b>		
*O hospital participa de alguma iniciativa específica para incentivo a práticas de qualidade?	0.Não	1.Sim

Maternidade segura		
Hospital amigo da criança		
<b>1.1.4 Gestão ambiental</b>		
Gestão de risco		
Gestão por processos		
Saúde do trabalhador		
Responsabilidade social		
Outros		
O hospital já participou da avaliação do programa de avaliação dos serviços de saúde (PNASS) (caso sim, em qual data)		
Em qual data?		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>QUANTO À REALIZAÇÃO DE CENSO HOSPITALAR</b>		
<b>O hospital realiza censo hospitalar</b> 1. Sim, diário 2. Sim, mas não diariamente 3. Não realiza		
<b>De que forma é realizado censo hospitalar</b> 1. Manual 2. Informatizado 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>QUANTO ÀS VISITAS</b>		
<b>*Como são organizadas as visitas aos pacientes?</b>		
<b>SUS</b> 1. Em dias e horários pré-determinados 2. Em dia e horário livres 3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>Saúde suplementar</b> 1. Em dias e horários pré-determinados 2. Em dia e horário livres 3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>Desembolso direto</b> 1. Em dias e horários pré-determinados 2. Em dia e horário livres 3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>4.11 OFERTA DE SERVIÇOS</b>		
<b>4.11.1 O hospital realiza internações?</b> 1. Não 2. Sim		
<b>4.11.2 O hospital realiza cirurgia ambulatorial?</b> 1. Não 2. Sim		
<b>4.11.3 O hospital realiza cirurgias de maior complexidades (inclusive parto)?</b> 1. Não 2. Sim		





<b>QUANTO À EXISTÊNCIA DE EQUIPAMENTOS</b>				
<b>Terapia/Diagnóstico por imagem</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
<b>*Equipamento</b>	<b>Forma de utilização</b> 1.Não utiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	<b>Total em funcionamento</b>	<b>Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)</b>	<b>Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)</b>
Aparelho laparoscópio				
Aparelho para colonoscopia				
Aparelho para Hemodinâmica				
Equipamento para Endoscopia de via respiratória				
Equipamento para endoscopia digestiva				
Gama câmara (medicina nuclear)				
Litotripsor				
Mamógrafo com comando simples				
Mamógrafo com estereotaxia				
PET SCAN				
Raio X até 110mA				
Raio X com fluoroscopia				
Raio X de 100 a 500mA				
Raio X mais de 500mA				
Raio X odontológico intra-oral				
Raio X odontológico extra-oral				
Raio X para densitometria óssea				
Raio X para hemodinâmica				
Ressonância magnética				
Tomógrafo computadorizado				
Ultrassom doppler colorido				
Ultrassom ecógrafo				
<b>Terapia/Diagnóstico por métodos gráficos</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
<b>*Equipamento</b>	<b>Forma de utilização</b> 1.Não utiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	<b>Total em funcionamento</b>	<b>Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)</b>	<b>Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)</b>

Eletrocardiógrafo				
Eletroencefalógrafo				
Eletrofisiologia cardíaca				
Holter				
Mapa				
<b>Terapia por radiação</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
<b>*Equipamento</b>	<b>Forma de utilização</b> 1.Não utiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	<b>Total em funcionamento</b>	<b>Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)</b>	<b>Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)</b>
Acelerador linear				
Bomba de cobalto				
Braquiterapia de alta taxa				
Braquiterapia de baixa taxa				
<b>Equipamentos para manutenção da vida</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
<b>*Equipamento</b>	<b>Forma de utilização</b> 1.Nãoutiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	<b>Total em funcionamento</b>	<b>Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)</b>	<b>Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)</b>

Berço aquecido				
Cânulas de guedel				
Carrinho de emergência				
Conjunto laringoscópio Adulto				
Conjunto laringoscópio pediátrico				
Desfibrilador				
Equipamento de fototerapia				
Incubadora				
Marcapasso temporário				
Monitor de ECG				
Monitor de pressão invasivo				
Monitor de pressão não invasivo				
Oxímetro				
Reanimador pulmonar (AMBU) adulto				
Reanimador pulmonar (AMBU) pediátrico				
Respirador/ventilador – adulto				
<b>Equipamentos para uso geral</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
*Equipamento	Forma de utilização 1.Não utiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)
Balança antropométrica adulto				
Balança pediátrica				
Centrífuga				
Contador de células sanguíneas				
Equipamento para cauterização				
Esignomanômetro adulto				
Esignomanômetro pediátrico				
Espectrofotômetro				
Estetoscópio de Pinard/doppel fetal				
Microscópio				
Nebulizador				
Oftalmoscópio				
Otoscópio				
Refrigerador para vacina e para medicamentos que exigem conservação em baixa temperatura				

<b>Outros equipamentos</b>				
<b>**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?</b>				
<b>*Equipamento</b>	<b>Forma de utilização</b> 1.Não utiliza/possui equipamento 2.Próprio 3.Contratado	<b>Total em funcionamento</b>	<b>Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)</b>	<b>Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)</b>
Aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas				
Aparelho de eletroestimulação				
Bomba de infusão de hemoderivados				
Cicladora DPA/DPAC				
Equipamento de aferese				
Equipamento de circulação extracorpórea				
Equipamento para audiometria				
Equipamento para gasometria sanguínea				
Equipamento para hemodiálise				
Equipamento para oxigenoterapia hiperbárica				
Equipo móvel				
Equipo odontológico				
Forno de bier				
ND YAG laser				
Outros				

QUANTO AOS LEITOS EXISTENTES NO HOSPITAL				
5.6 Qual o número total de leitos existentes no hospital?				
*Qual o número total de leitos existentes no hospital?	Total de leitos existentes	Leitos disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Leitos operacionais para o SUS (NS/NR: 999)	Leitos bloqueados no dia (NS/NR: 999)
Berçário				
Berço em alojamento conjunto				
Berços de cuidado intermediário				
Leito de unidade intermediária adulto				
Leito de unidade intermediária pediátrica				
Leito de UTI adulto				
Leito de UTI coronariana				
Leito de UTI de queimados				
Leito de UTI neonatal/berços de cuidados intensivos				
Leito de UTI pediátrico				
Leito hospitalar de clínica cirúrgica				
Leito hospitalar de clínica médica				
Leito hospitalar de ginecologia/obstetrícia				
Leito hospitalar de pediatria				
Leito hospitalar de psiquiatria				
Quarto/apartamento				
<b>Enfermarias</b>				
Quantas enfermarias existem no hospital?			<input type="text"/> unidades	
Quantidade total de leitos em todas as enfermarias do hospital			<input type="text"/> unidades	
Quantas enfermarias são de uso exclusivo (feminino ou masculino)?			<input type="text"/> unidades	
Quantas enfermarias possuem banheiros?			<input type="text"/> unidades	
Quantas enfermarias possuem adaptação para cadeirante?			<input type="text"/> unidades	

QUANTO À EXISTÊNCIA DE INSTALAÇÕES						
*O hospital dispõem de alguma instalação listada a seguir?		Total de instalações (NS/NR: 999)			Disponíveis para atendimento ambulatorial (NS/NR: 999)	
Curetagem						
Outras salas e consultórios						
Parto normal						
Pré-parto						
Quarto de isolamento						
Recuperação pós anestésica						
Sala de cirurgia ambulatorial						
Sala de curativo						
Sala de emergência adulto						
Sala de emergência pediátrica						
Sala de enfermagem						
Sala de gesso						
Sala de imunização						
Sala de medicação						
Sala de pequenas cirurgias (sutura)						
Sala de reidratação/inalação						
Sala de repouso/observação adulto						
Sala de repouso/observação pediátrico						
Espaço específico para guarda de materiais de limpeza						
*Em relação aos banheiros como se caracteriza a sua presença no hospital? (NS/NR: 999)	Quantidade com banheiros	Quantidade com pia	Quantidade com dispensador de sabonete líquido	Quantidade com dispensador de álcool em gel	Quantidade que possui lixeira com pedal	Quantidade que possui toalhas de papel
1.1.21 Consultório de enfermagem						
Consultório médico						
Consultório odontológico						
Ante sala cirúrgica						

SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS						
**Como se dá disponibilidade dos serviços a seguir?						
*Serviço	Está disponível?	Como? (múltiplas escolhas) 1.SUS	Está disponível 24 horas?	É próprio?	Atende a outros hospitais da rede?	Está presente fisicamente dentro das instalações do hospital?

		<b>2.Saúde suplementar</b> <b>3.Desembolso direto</b>				
--	--	--	--	--	--	--

Serviço de apoio diagnóstico e terapia						
Patologia Clínica						
Baciloscopia						
Biologia molecular						
Bioquímica						
Hematologia						
Imunologia						
Microbiologia						
Urina						
Serviço de imagem						
Endoscopia de vias respiratórias						
Endoscopia digestiva						
Mamografia						
Radiologia médica						
Radiologia odontológica						
Ressonância magnética						
Tomografia computadorizada						
Ultrassonografia						
Videolaparoscopia						
Serviços gráficos						
Eletrocardiografia						
Eletroencefalografia						
Hemodinâmica						
Serviços especiais/outros serviços						
Atenção Psicossocial						
Serviço de Fisioterapia						
Serviço de Fonoaudiologia						
Serviço de Terapia Ocupacional						
Serviços de alta complexidade						
Cardiologia de alta complexidade						
Neurocirurgia de alta complexidade						
Oncologia						
Ortopedia de alta complexidade						
Prótese de cabeça de fêmur						
Queimados						
Terapia renal substitutiva						
Transplante cardíaco						
Transplante de córnea						
Transplante de fígado						



Transplante de medula						
Transplante de pulmão						
Transplante renal						
Tratamento de SIDA (AIDS)						
Outros						
Ambulatório de Especialidades						
Serviço de medicina nuclear						
Serviço de Quimioterapia						
Serviço de Radioterapia						
Urgência / Emergência						

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO	
QUANTO À INFRAESTRUTURA DE TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO	
<b>Qual são os sistemas operacionais predominantes nos computadores do hospital?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Windows 98</li> <li>2. Windows XP</li> <li>3. Windows ME</li> <li>4. Windows Vista</li> <li>5. Windows 7</li> <li>6. Windows 8</li> <li>7. Linux (Fedora, Debian, UBUNTU, outros)</li> <li>8. OSX (Mac/Apple)</li> <li>9. Não soube precisar</li> <li>10. Não existe nenhum computador no hospital</li> </ol>	
QUANTO À QUANTIDADE DE COMPUTADORES COM ACESSO À INTERNET	
<b>*Local</b>	<b>Quantidade com internet (NS/NR: 999)</b>
<b>Administração</b>	
<b>Direção</b>	
<b>Recepção</b>	
<b>Consultórios</b>	
<b>Bloco cirúrgico</b>	
<b>Unidades de internação</b>	
<b>Unidade de tratamento Intensivo</b>	
<b>Outros locais</b>	
<b>Qual é o tipo de conexão à internet utilizada? (múltiplas escolha)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discada</li> <li>2. Banda larga dedicada ADSL/Cabo/Link</li> <li>3. Satélite</li> <li>4. Operadores de celular (EDGE/3G/4G)</li> <li>5. Outro</li> <li>6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>	

<b>TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>		
<b>QUANTO AOS SISTEMAS INSTITUCIONAIS DE INFORMAÇÃO</b>		
<b>O hospital utiliza algum sistema de gestão próprio? (caso sim, qual?)</b>		
0.Não 1.Sim		
<b>Quais os sistemas utilizados?</b>		
<b>Quais os sistemas utilizados?</b>		
<b>Quais os sistemas utilizados?</b>		
<b>Quais os sistemas utilizados?</b>		
<b>Qual é o valor gasto com sistema de informação por mês?</b>		
□□□□.□□□□,□□		
<b>QUANTO À PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES/SUPERVISÃO HOSPITALAR</b>		
<b>*Quais dos seguintes sistemas o hospital alimenta</b>		
<b>A programação física do SIA/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital em conjunto com o gestor local do SUS?</b>		
1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>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?</b>		
1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu.		
<b>A disponibilização da numeração da Autorização de Internação hospitalar (AIH) é realizada em que momento?</b>		
1. No processo de internação 2. Após a alta do paciente 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>Existe auditoria hospitalar com visita presencial do auditor?</b>		
1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>Qual a periodicidade da visita?</b>		
1. Mensal 2. Bimensal 3. Outra periodicidade 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>Como é autorizado a internação-laudo?</b>		
1. Pré-autorizado 2. Pós autorizado 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		

<b>QUANTO À SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
<b>QUANTO ÀS AÇÕES PRECONIZADAS PELO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>		
<b>*Itens</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>

QUANTO À SEGURANÇA DO PACIENTE		
<b>Assegura os padrões mínimos de segurança para equipes cirúrgicas e atividades na sala de cirurgia</b>		
Checação de instrumentos e equipamentos antes da cirurgia		
Checação da identificação do paciente a ser operado		
Marcação do local da cirurgia com caneta de marcação		
Conferência/contagem de compressas utilizadas durante procedimentos cirúrgicos		
<b>Fornecer orientações sistemáticas sobre higienização de mãos:</b>		
Antes de tocar o paciente,		
Antes de realizar procedimento,		
Após contato com fluidos corporais,		
Após tocar o paciente ou superfícies próximas a ele		
<b>Adota medidas para a prevenção de úlceras por pressão:</b>		
Adoção de cuidados com a posição do paciente e mudanças de decúbito		
Avaliação diária da pele em relação ao surgimento de lesões		
Avaliação de macas e colchões utilizados		
<b>Adota ações para a prevenção de quedas:</b>		
Identificação visual de pacientes com risco de quedas		
Camas/macacões com grades laterais		
Orientação aos pais que mantenham crianças internadas constantemente acompanhadas		
<b>Adota ações para a identificação de pacientes:</b>		
Conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos		
Conferência dos dados do paciente antes da administração de medicamentos		
Identificação do paciente em pulseira, na prescrição médica e no rótulo de medicamento/hemocomponente antes de sua administração		
Checação da pulseira da mãe e bebê antes da alta médica		
<b>Controla o uso e administração de medicamentos:</b>		
Uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar embalagens		
Padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso de nomes comerciais		
Dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos		
Checação antes da administração: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via de administração certa, dose certa, anotação correta		
<b>Adota medidas para promover a boa comunicação entre os profissionais:</b>		
Registro nos prontuários de todas as informações referentes ao cuidado, procedimentos e condutas realizadas com os pacientes		
Passagem de plantão médico presencial		
Relatórios médicos no caso de transferência para outra unidade		
<b>Como ocorre a comunicação entre os profissionais sobre o acompanhamento de casos? (múltiplas escolhas)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prontuário único</li> <li>2. Reuniões de discussão de casos</li> <li>3. Corrida de leito multiprofissional</li> <li>4. Caderno de relatório</li> <li>5. Não há atividade estruturada</li> </ol>		



<b>QUANTO ÀS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE</b>		
<b>*Itens</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
Ocorre a administração de antibiótico profilático antes das cirurgias?		
O hospital monitora as infecções relacionadas à assistência à saúde. Caso sim, de quem?		
Pacientes de UTI		
Pacientes imunodeprimidos (transplantados/portadores de neoplasias)		
Pacientes cirúrgicos		
Neonatos		
O hospital conta com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH? Caso sim, como ela se caracteriza?		
CCIH é Própria		
CCIH é Compartilhada com outras unidades		
Há médicos na CCIH?		
Há enfermeiros na CCIH?		
A CCIH possui indicadores de monitoramento?		
Taxa infecção hospitalar geral para o hospital ou para cada unidade de internação		
Taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central		
Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica		
Taxa de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora		
Taxa de infecção em sítio cirúrgico em cirurgias limpas		
Taxa de sepse precoce em neonatos		
Taxa de sepse tardia em neonatos		

<b>INSERÇÃO DO HOSPITAL NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>		
<b>INSERÇÃO NAS REDES TEMÁTICAS</b>		
<b>Como se realizam as internações neste hospital? (múltiplas escolhas)</b>		
1. Serviço móvel de urgência SAMU 2. Central de regulação de urgência 3. Demanda espontânea		
<b>*Em quais redes o hospital está inserido</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>O hospital está inserido na rede cegonha? (caso sim em qual componente)</b>		
Pré-natal		
Parto e nascimento		
Puerpério e atenção integral à saúde da criança		
Sistema logístico: transporte sanitário e regulação		
<b>O hospital está inserido na rede de urgência e emergência? (caso sim em qual componente)</b>		
Portas hospitalares de urgência		
Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração		
Leitos de cuidados intensivos		
Reorganização das linhas de cuidado prioritárias		
Sala de Estabilização		
Promoção, prevenção e vigilância à saúde		
<b>O hospital está inserido na rede de atenção psicossocial? (caso sim em qual componente)</b>		
Sala de estabilização		
Portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro		
Enfermaria especializada em hospital geral		
Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas		
<b>O hospital está inserido na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas? (caso sim em qual componente)</b>		
Atenção básica		
Ações eletivas em média e alta complexidade		
Atenção hospitalar		
Urgência e emergência		
<b>O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais? (caso sim em qual componente)</b>		
Atenção básica		
Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências		
Atenção hospitalar de urgência e emergência		

<b>QUANTO AO DESENVOLVIMENTO CONJUNTO DE AÇÕES</b>			
<b>*Quais ações são desenvolvidas</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>	<b>2.N.S./N.R. não sabe ou não respondeu</b>
<b>O estabelecimento atua de forma conjunta com a atenção básica?</b>			
<b>Há compartilhamento de médicos do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?</b>			
<b>Há compartilhamento de enfermeiros do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?</b>			
<b>Há compartilhamento de profissionais de enfermagem de nível médio do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?</b>			
<b>Há compartilhamento de outros profissionais de nível superior do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?</b>			
<b>Há compartilhamento de ações de educação permanente do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?</b>			
<b>O município abastece o hospital com medicamentos?</b>			
<b>O município concede algum apoio para a realização de manutenção de equipamentos?</b>			
<b>O município concede algum apoio para o gerenciamento de materiais?</b>			
<b>QUANTO À REGULAÇÃO</b>			
<b>*Quais ações são desenvolvidas</b>	<b>0.Não</b>		<b>1.Sim</b>
<b>O hospital atua sob regulação?</b>			
<b>*Caso sim, para quais níveis</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>	<b>Qual é o nível da instância reguladora</b> <b>1.Municipal</b> <b>2.Estadual</b> <b>3.Dupla</b>
<b>Internação?</b>			
<b>Exames?</b>			
<b>Atendimento ambulatorial geral?</b>			
<b>Atendimento ambulatorial especializado?</b>			
<b>O HPP é referência para a UPA 24 horas?</b>			
<b>O HPP atua sob central de regulação de Urgências SAMU 192?</b>			

<b>QUANTO À EXISTÊNCIA DE PACTUALIZAÇÕES</b>			
<b>*Quais ações são foram consolidadas</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>	<b>2.N.S./N.R. não sabe ou não respondeu</b>
<b>Há existência de fluxos pactuados entre os serviços do município?</b>			
<b>Há fluxos intergestores pactuados?</b>			
<b>Há protocolos formalizados para Regulação de acesso?</b>			
<b>Há protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar</b>			
<b>O gestor hospitalar conhece as atribuições do hospital junto ao sistema de saúde local?</b>			
<b>O Hospital é referência para atendimento à população indígena?</b>			
<b>Quais são as principais causas para referenciamento de pacientes? (múltiplas escolha)</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência de médicos 24 horas</li> <li>2. Dificuldades para a realização de exames clínicos laboratoriais</li> <li>3. Dificuldades para a realização de exames radiológicos</li> <li>4. Ausência de especialistas</li> <li>5. Inexistência de leitos de CTI</li> <li>6. Impossibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos</li> <li>7. Impossibilidade de realização de procedimentos ortopédicos</li> <li>8. Outros</li> </ol>			
<b>Quais são as dificuldades enfrentadas para o referenciamento a outros pontos de atenção? (múltiplas escolha)</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocolos de difícil execução para o serviço de apoio à diagnose e terapia</li> <li>2. Inexistência de protocolos de transferência de pacientes</li> <li>3. Inexistência de pactuação para transferências de pacientes</li> <li>4. Transporte inadequado por ausência de profissionais ou ausência de veículo</li> <li>5. Inexistência de transporte</li> <li>6. Inexistência de médicos durante 24 horas.</li> <li>7. Tempo maior que 3 horas para o deslocamento do paciente</li> <li>8. Condições inapropriadas das estradas para o transporte de pacientes</li> </ol>			
<b>Qual é o tempo médio para se conseguir uma vaga de transferência?</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Até 6 horas</li> <li>2. Até 12 horas</li> <li>3. Até 24 horas</li> <li>4. Até 48 horas</li> <li>5. Mais que 48 horas</li> <li>6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>			
<b>Como é feito o transporte de pacientes em casos de transferência? (múltiplas escolha)</b>			
(Carros de passeio devem ser assinalados na opção Outros)			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SAMU</li> <li>2. Ambulância própria</li> <li>3. Transporte terceirizado privado</li> <li>4. Transporte sanitário da secretaria estadual ou municipal</li> <li>5. Outro</li> </ol>			
<b>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 media complexidade (TOM – PT 880 de 2013)??</b>			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sim</li> <li>2. Não</li> <li>3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>			
<b>QUANTO À EXISTÊNCIA DE PLANO DIRETOR HOSPITALAR</b>			
<b>*Em relação aos itens pode-se afirmar</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>	



O hospital possui Plano Diretor Hospitalar?		
Há alguma necessidade de readequação para o perfil almejado?		
No PDH, há proposição de missão hospitalar?		
No PDH, há proposição de metas institucionais?		
No PDH, Há proposição de investimentos em estrutura predial?		
No PDH, Há proposição de qualificação gerencial?		
No PDH, Há proposição de ampliação dos serviços assistências prestados?		
No PDH Há proposição de alteração do perfil assistencial?		
<b>QUANTO AOS CONSELHOS ASSISTENCIAIS</b>		
*Em relação aos itens pode-se afirmar	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
O hospital possui Conselho de saúde próprio?		
O hospital possui Conselho Gestor?		
O hospital tem participação nas instâncias de governança? (caso sim, em quais?)		
Conselho municipal de saúde		
Fórum de reunião com outros hospitais		
Fórum de reunião com a atenção básica		
Colegiado municipal de dirigentes de saúde		
Colegiado regional de dirigentes de saúde		

<b>UNIDADES DE URGÊNCIA</b>		
<b>QUANTO AOS ATENDIMENTOS</b>		
*Unidade de urgência possui o atendimento?	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>Pediatria</b>		
<b>Cirurgia geral</b>		
<b>Cardiologia</b>		
<b>Obstetrícia/ginecologia</b>		
<b>Psiquiatria</b>		
<b>Clínica médica</b>		
<b>Traumato-ortopedia</b>		
<b>Neurocirurgia</b>		
<b>Cirurgia bucomaxilofacial</b>		
<b>Outras especialidades cirúrgicas</b>		
<b>Pequenas cirurgias</b>		
<b>QUANTO AO REGIME DE FUNCIONAMENTO</b>		
*Item	<b>Regime</b> <b>1. Menor que 24 horas</b>	

UNIDADES DE URGÊNCIA	
	2. 24 horas
Qual é o regime de funcionamento do serviço de urgência	
Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas espontâneas?	
Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas referenciadas?	

QUANTO AO ATENDIMENTO DE DEMANDAS		
*Item	0.Não	1.Sim
O hospital pratica as diretrizes de acolhimento?		
O hospital pratica as diretrizes de classificação de risco?		
Qual é o protocolo utilizado 1. Manchester 2. Canadense 3. Australiano 4. Outro		
Qual é o tempo médio de espera por atendimento médico? (minutos)		
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		
Como se dá a presença do profissional médico na urgência/emergência nos finais de semana (de sexta às 19 hrs até segunda às 7 horas)? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
Como se dá a presença do profissional enfermeiro na urgência/emergência nos dias úteis? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
Como se dá a presença do profissional enfermeiro na urgência/emergência nos finais de semana (de sexta às 19 hrs até segunda às 7 horas)? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
QUANTO AO REGIME DE FUNCIONAMENTO		
*Como é feita a supervisão dos casos em observação	0.Não	1.Sim
Pelo médico diarista		
Pelo médico plantonista		
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?	□ □ □ □ □	

UNIDADES AMBULATORIAL					
QUANTO ÀS ESPECIALIDADES MÉDICAS					
*Quanto à utilização da capacidade ambulatorial instalada são ofertadas consultas as áreas abaixo?	0.Não	1.Sim	Qual a quantidade de consultórios disponíveis para atendimento (NS/NR: 999)	Quantos dias por semana são ofertadas consultas (NS/NR: 999)	Quantos turnos de funcionamento estão disponíveis por dia (NS/NR: 999)
Cardiologia					
Cirurgia					
Clínica médica					
Enfermagem					
Fisioterapia					
Ginecologia/obstetrícia					
Nutrição					
Odontologia					
Ortopedia					
Pediatria					
Psicologia					
Psiquiatria					
<b>Como se dá a marcação de consultas? (múltiplas escolha)</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Marcada por meio da central de regulação</li> <li>Marcação direta do usuário presencial</li> <li>Marcação por telefone pelo usuário</li> <li>Marcação direta da Unidade Básica de saúde</li> <li>N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>					

UNIDADES DE INTERNAÇÃO
QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE
<b>A organização do trabalho da enfermagem se dá por:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Grupos de pacientes em cuidado integral</li> <li>Tarefa e procedimento</li> <li>N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>
<b>Há necessidade de manter pacientes monitorados / entubados em ambiente diverso do CTI/UTI?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Não</li> <li>Sim</li> <li>N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>
<b>Qual local permanecem esses pacientes?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Na urgência</li> <li>Nas enfermarias</li> </ol>
<b>Há disponibilidade médico para a realização de interconsultas?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Não</li> <li>Sim</li> <li>N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</li> </ol>

QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE			
<b>*Em relação aos turnos, responda:</b>	<b>Existe plantão 24 horas?</b>	<b>Turno Diurno</b>	<b>Turno Noturno</b>
	1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	1. Diarista 4 horas 2. Plantão exclusivo 12 horas 3. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 4. À distância 5. Sobreaviso 6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	1. Plantão exclusivo 12 horas 2. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 3. À distância 4. Sobreaviso 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
<b>2ª a 6ª</b>			
<b>Sábado</b>			
<b>Domingo e feriados</b>			

UNIDADES DE BLOCO CIRÚRGICO			
QUANTO AO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA			
<b>*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>	<b>2.N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu</b>
<b>É próprio</b>			
<b>Atende cirurgias eletivas</b>			
<b>Atende cirurgias de urgência</b>			
<b>Como se dá a presença de médicos cirurgiões?</b>			
1. Apenas em cirurgias eletivas 2. Apenas nos atendimentos de urgência 3. Presença inferior a 24 horas 4. Presença 24 horas 5. Sobreaviso 6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu			
<b>Como se dá a presença de médicos pediatra na sala de parto?</b>			
1. Telemedicina 2. Sem disponibilidade 3. Presença inferior a 24 horas 4. Presença durante 24 horas 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu			

UNIDADES DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO		
QUANTO AO SERVIÇO LABORATORIAL		
<b>*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>O hospital conta com o serviço de laboratório</b>		
<b>O funcionamento é de 24 horas?</b>		
<b>O serviço de laboratório é próprio?</b>		
<b>O laboratório atende exclusivamente o hospital?</b>		
<b>O laboratório realiza exames de rotina?</b>		
<b>O laboratório realiza exames de urgência/emergência?</b>		
QUANTO AO SERVIÇO DE IMAGEM		
<b>*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>

O hospital conta com o serviço de imagem?		
O funcionamento é de 24 horas?		
O serviço de imagem é próprio?		
O serviço de imagem atende exclusivamente o hospital?		
O serviço de imagem realiza exames de rotina?		
O serviço de imagem realiza exames de urgência/emergência?		
<b>QUANTO À FARMÁCIA</b>		
*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
Há ações para a padronização de medicamentos?		
Há normalização por escrito?		
O funcionamento é de 24 horas?		
Como é o sistema de dispensação de medicamentos? 1. Coletivo 2. Dose individualizada 3. Dose unitária 4. Misto		
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		
<b>QUANTO AOS SERVIÇOS DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADOS/SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO/LAVANDERIA/MANUTENÇÃO PREDIAL</b>		
*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim
O hospital dispõe de serviço próprio de material esterilizado		
O hospital dispõe de serviço próprio de nutrição e dietética		
O hospital dispõe de serviço próprio de lavanderia		
O hospital dispõe de serviço próprio de manutenção predial		

<b>INFORMAÇÕES SOBRE ENSINO E PESQUISA</b>		
<b>PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA</b>		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0.Não	1.Sim
O hospital oferta vagas para programas de residência médica		
As vagas são para clínicas básicas? Caso sim, quais?		
Ginecologia e obstetrícia		
Pediatria		
Clínica médica		
As vagas são para especialidades?		
Para quais especialidades?		
<b>PROGRAMAS DE ESTÁGIO</b>		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0.Não	1.Sim

O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores		
Para quais cursos?		
As vagas são para instituições públicas		
As vagas são para instituições privadas		
O hospital oferta vagas para estágios de cursos técnicos ou de nível médio		
<b>PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0.Não	1.Sim
O hospital possui projetos de educação permanente		
O projeto de educação permanente é próprio		
O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o Município		
O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o estado		
O hospital promove reuniões científicas		
<b>PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE PESQUISA</b>		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0.Não	1.Sim
O hospital participa de projetos de pesquisa?		
O hospital recebe recursos adicionais pela participação em projetos de pesquisa?		
De qual origem são oriundos os recursos adicionais fruto de pesquisa?		

<b>INFORMAÇÕES ECONÔMICO FINANCEIRAS</b>	
<b>RECEITAS</b>	
*Em relação às receitas do hospital pode-se afirmar	R\$
Qual foi a receita anual do hospital no último ano (R\$)?	
*Qual é a origem das receitas e seus respectivos valores	R\$
No último ano, quanto da receita foi de origem Público federal (SIA, AIH, transferência em bloco, incentivo pesquisa e ensino) (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem Público estadual (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem Público municipal (repasses ou transferências regulares) (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem Privada (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem via venda de serviços a operadoras de plano de saúde(R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem via Desembolso direto (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de origem via doações e contribuições (R\$)?	
No último ano, quanto da receita foi de outras origens (alugueis, estacionamento, lanchonete) (R\$)?	
<b>BENEFÍCIOS OU SUBSÍDIOS</b>	
*Em relação aos subsídios ou benefícios do hospital pode-se afirmar	R\$

No último ano, informe o valor referente a redução de impostos (COFINS, PIS, PASEP, INSS patronal, CSLL) devido a Filantropia (CEBAS) (R\$)?		
No último ano, informe o valor referente a Redução de tarifa de energia(R\$)?		
No último ano, informe o valor referente a Redução na tarifa de água(R\$)?		
No último ano, informe o valor referente a Outros subsídios ou benefícios do hospital(R\$)?		
<b>REPASSE DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS NOS ÚLTIMOS 36 MESES</b>		
<b>*Em relação ao repasse de recursos dos últimos 36 meses qual foi a destinação dos mesmos</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
Nos últimos 36 meses, o hospital recebeu recursos para investimento?		
<b>*Como os recursos para investimento foram utilizados?</b>	<b>R\$</b>	
Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Obras de reforma e ampliação (R\$)		
Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Aquisição de equipamentos e instalações (R\$)		
Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Capacitações (R\$)		
Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Melhorias físicas e operacionais para melhora de segurança do paciente (R\$)		
Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Melhorias físicas operacionais visando articulação com a rede de atenção à saúde (R\$)		
<b>*Qual foi a origem dos recursos destinados a investimento mencionados anteriormente?</b>	<b>R\$</b>	
Quanto dos recursos de investimento possuíam origem Público federal (R\$)		
Quanto dos recursos de investimento possuíam origem Público estadual (R\$)		
Quanto dos recursos de investimento possuíam origem em Empréstimo de recursos privados (R\$)		
Quanto dos recursos de investimento possuíam origem em Empréstimo de recursos públicos (R\$)		
<b>*Naqueles casos em que foi feito empréstimo qual fonte será utilizada para fins de pagamento do mesmo?</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
Receita corrente pública?		
Receita corrente privada		
Recursos da mantenedora?		
<b>DÍVIDAS</b>		
<b>*Em relação às eventuais dívidas que o hospital possua</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>O hospital possui dívidas?</b>		
<b>*Como se dá a distribuição da mesma?</b>	<b>R\$</b>	
Qual o valor da dívida do hospital		
Trabalhista		
Tributária		
Previdenciária		
Indenizações não trabalhistas		
Outros		

DESPEASAS		
<b>*Em relação às despesas do hospital</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>O hospital possui centro de custo?</b>		
<b>*Como se dá a distribuição das despesas?</b>	<b>R\$</b>	
<b>Qual o custo leito/dia</b> (Definido como o valor total das despesas do hospital dividido pelo número de leitos dividido por 365)		
<b>No último ano, qual foi o valor total de despesas do hospital (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi a despesa anual com folha de pagamento(R\$)?</b>		
<b>Como se dá a distribuição das despesas?</b>		
<b>*Qual o valor de despesas gastas com</b>	<b>R\$</b>	
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Médicos (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Enfermagem (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Outros profissionais de saúde (nível médio e superior) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Corpo administrativo (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Medicamentos (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Gases medicinais (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Material médico hospitalar (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Outros materiais (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Manutenção de equipamentos (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Manutenção predial (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Serviços terceirizados (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		
<b>No último ano, qual foi o valor da despesa com Demais gastos (despesa anual em 2013) (R\$)?</b>		

DESPEASAS COM FOLHA DE PAGAMENTO		
<b>*Categoria</b>	<b>Quanto é a soma das horas dedicadas POR MÊS</b>	<b>Qual é o serviço que demanda maior quantidade de horas do profissional por mês?</b> 1. Ambulatorial 2. Hospitalar 3. Urgência e emergência 4. Outros 5. NS/NR



<b>Médicos</b>		
<b>Enfermeiros</b>		
<b>Profissionais de saúde de nível superior</b>		
<b>Profissionais de saúde de nível médio</b>		
<b>Qual é o valor do plantão médico de 24h?</b>		
<b>Qual é o valor do plantão médico de 12h?</b>		

<b>GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</b>		
<b>PRÁTICAS DE RH</b>		
<b>*Em relação às práticas de GRH quais são praticadas pelo hospital?</b>	<b>0.Não</b>	<b>1.Sim</b>
<b>O hospital desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento?</b>		
Qual o orçamento dedicado?		
Os médicos passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
Os enfermeiros passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
Outros profissionais passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
O hospital registra o total de horas de treinamento por funcionário?		
Qual o total de horas de treinamento (considerar somente os empregados treinados)		
<b>O hospital desenvolve ações de avaliação de desempenho?</b>		
Qual a frequência da avaliação de desempenho		
1. Anual		
2. Bianual		
3. Sem periodicidade definida		
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
<b>O hospital possui plano de cargos, carreiras e salários?</b>		
<b>Há critérios definidos para a promoção de funcionários? Caso sim, quais?</b>		
Tempo de serviço		
Mérito		
Qualificação		
Desempenho		
<b>O hospital registra indicadores de Gestão de Recursos Humanos?</b>		
<b>Há indicador de rotatividade de pessoal?</b>		
Número de desligamentos no último mês		
Quantidade de funcionários no últimos mês		
Número de desligamentos no penúltimo mês		
Quantidade de funcionários no penúltimo mês		
Número de desligamentos no antepenúltimo mês		
Quantidade de funcionários no antepenúltimo mês		
Total de horas ausentes no último mês (faltas legais, atestados*, faltas injustificadas)		
Total de horas contratadas no último mês		
Total de horas ausentes no penúltimo mês (faltas legais, atestados*, faltas injustificadas)		
Total de horas contratadas no penúltimo mês		
Total de horas ausentes no antepenúltimo mês (faltas legais, atestados*, faltas injustificadas)		
Total de horas contratadas no antepenúltimo mês		

