

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

LUCIANA REIS CARPANEZ CORRÊA

**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
BRASILEIRO E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

SÃO PAULO

2009

LUCIANA REIS CARPANEZ CORRÊA

**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
BRASILEIRO E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo  
da Fundação Getúlio Vargas, como requisito  
para obtenção do título de Mestre em  
Administração de Empresas

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Malik

SÃO PAULO

2009

Corrêa, Luciana Reis Carpaneze.

Os Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Segurança do Paciente / Luciana Reis Carpaneze Corrêa. – 2009.  
126 f.

Orientadora: Ana Maria Malik.

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - Brasil. 2. Doentes hospitalizados - Brasil. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(81)

LUCIANA REIS CARPANEZ CORRÊA

**OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
BRASILEIRO E A SEGURANÇA DO PACIENTE**

Dissertação apresentada à Escola de  
Administração de Empresas de São Paulo  
da Fundação Getúlio Vargas, como requisito  
para obtenção do título de Mestre em  
Administração de Empresas

Campo de Conhecimento:  
Administração em Saúde

**Data de Aprovação:**  
13 de fevereiro de 2009

**Banca Examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)  
FGV-EAESP

Prof. Dr. Bernard François Couttolenc  
USP-FSP

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Alícia Ugá Domingues  
FIOCRUZ

## DEDICATÓRIAS

Aos meus pais, exemplos de riqueza cultural, inteligência e amor. Sou e serei eternamente grata por ter vivido em um lar (ou dois) com tanto respeito pelas escolhas pessoais.

Ao meu marido e amor. Aquele que, apesar de todas as dificuldades e reclamações, segue sendo meu companheiro de todas as jornadas, respeitando minhas escolhas e acreditando em mim mais que eu mesma.

Ao meu filho que, desde antes de nascer, é o motivo do meu desejo de me tornar uma pessoa (e um exemplo) melhor.

À minha avó, tão avó e tão querida, por me ensinar que não existe dor que não possa ser superada e nem amor que não possa ser doado.

À minha tia Cláudia (in memoriam), meu anjo e companhia.

Aos meus irmãos e amigos.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora querida Ana Maria Malik, por não ser somente a orientadora deste trabalho, mas também por ser presença constante, tranquilizadora e amiga durante estes dias.

À minha amiga Flávia Freitas de Paula Lopes, por me ensinar muito e ter me dado de presente a experiência do PNASS.

Aos meus amigos Maria Angela, Denise, Mariana, Sandra, Cássia, Isouda, Karla, Giorgio, Arindelita, Marília, Marisa Klück e Dolores Gamarski, por terem tornado esta jornada alegre, fácil e de muito aprendizado.

Ao Professor Álvaro Escrivão pelas valiosas sugestões a essa dissertação.

Aos meus amigos Norberto, Marcos, Walter, Aline, Grazia e Luiz por compartilhar momentos sofridos, mas felizes. Espero continuar rindo tanto com vocês.

À Ruth, nova amiga, pelo apoio e compreensão.

À Leila, pelo fato de ser a iluminada e alegre Leila.

Ao Dr. José Luiz Spigolon, pelas valiosas contribuições sobre o universo estudado.

## EPIÍGRAFE

“Educar é mostrar a vida a quem ainda não a viu. O educador diz: ‘Veja!’ – e, ao falar, aponta. O aluno olha na direção apontada e vê o que nunca viu. Seu mundo se expande.”

“Quero ensinar às crianças. Elas ainda têm olhos encantados. Seus olhos são dotados daquela qualidade que, para os gregos, era o início do pensamento: a capacidade de se assombrar diante do banal.”

Rubem Alves

## RESUMO

Os hospitais de pequeno porte formam a maior parte dos hospitais brasileiros e parecem apresentar-se em um modelo diferente do encontrado em outros países. O presente trabalho teve como objetivo avaliar a segurança do paciente nos hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde. Foram abordados conceitos de hospitais de pequeno porte, descentralização e municipalização, segurança do paciente e avaliação em saúde. A metodologia utilizada foi avaliação do cumprimento de alguns padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde relacionados a risco e segurança do paciente por parte dos Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde no Brasil. Os resultados apontam que o modelo brasileiro de hospitais de pequeno porte difere do modelo em outros países; evidencia que, apesar de constituírem a maioria dos hospitais do país, pouco crescem ao número de leitos e, por fim, que estes hospitais não são seguros para os pacientes neles atendidos, podendo gerar riscos.

Palavras-chave: hospitais; hospitais de pequeno porte; segurança do paciente; avaliação em saúde; Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.



## ABSTRACTS

Smalls Hospitals are the most contents of the Brazilian hospitals e seems a different model that other countries. The objective of this study is to evaluate the safety in Smalls Hospitals of the *Sistema Único de Saúde* (Brazilian health system). It was studied concepts of small hospitals, decentralization and municipalization, patient safety and healthcare evaluation. The methodology used was the evaluation of compliance of some standards of The National Program for Health Services Evaluation (PNASS) related to risk and patient's safety by Brazilian's health system small hospitals. The results shows that the brasilian's models small hospitals differ of the model of other countries; besides constitute the most hospitals of this country, add few beds to the system, and, at last, that this hospitals are not safe to the patients and could cause risk.

Key-words: hospitals; small hospitals; patient safety; healthcare evaluation; National Program for Health Services Evaluation.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 PERGUNTA DE PESQUISA .....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	15
3.1 OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE .....	15
3.2 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM OUTROS PAÍSES.....	18
3.3 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL.....	20
3.3.1 Caracterização .....	20
3.3.2 Política para Hospitais de Pequeno Porte.....	23
3.4 DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO .....	26
3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	29
3.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	32
3.6.1 Histórico da Avaliação em Saúde .....	32
3.6.2 Modelos de Avaliação Externa.....	34
3.6.3 Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS.....	36
4 METODOLOGIA.....	42
4.1 ÁREA DE INTERESSE.....	42
4.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA .....	43
4.3 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	43
5 RESULTADOS .....	47
5.1 HOSPITAIS BRASILEIROS, POR UNIDADE FEDERATIVA E REGIÃO.....	47
5.2 HOSPITAIS BRASILEIROS, POR PORTE E REGIÃO .....	54
5.3 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL.....	57
5.4 LEITOS POR REGIÃO.....	61

5.5 RESPOSTAS DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE AOS PADRÕES DO ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE DO PNASS .....	64
6 DISCUSSÃO .....	77
6.1 REGIÕES BRASILEIRAS .....	77
6.1.1 Norte .....	77
6.1.2 Nordeste .....	78
6.1.3 Centro-Oeste .....	79
6.1.4 Sudeste .....	80
6.1.5 Sul .....	81
6.1.6 Comparação entre as Regiões .....	82
6.2 PADRÕES .....	84
6.3 PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL .....	86
7 CONCLUSÕES .....	88
8 COMENTÁRIOS FINAIS .....	89
9 BIBLIOGRAFIA .....	90
ANEXO I - ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	99
BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL .....	99
BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO .....	101
BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE .....	105
ANEXO II - BASE NORMATIVA DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....	110
CONSTITUIÇÃO FEDERAL .....	110
LEIS .....	110
DECRETOS LEGISLATIVOS .....	113
PORTARIAS .....	114
RESOLUÇÕES .....	118
NORMAS .....	124

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1978 a Organização Mundial de Saúde publicou a Declaração de Alma Ata. Em seu artigo 5º, a Declaração determina que “Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais (OMS, 1978).”

No ano 2000, a Organização Pan-Americana de Saúde estabelece as onze funções essenciais de saúde pública: (1) monitoramento e análise da situação de saúde da população, (2) vigilância da saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública; (3) promoção da saúde; (4) participação social e reforço do poder dos cidadãos em saúde; (5) desenvolvimento de políticas e planos que apóiem os esforços individuais e coletivos em saúde pública e contribuam à gestão sanitária nacional; (6) regulamento e fiscalização em saúde pública; (7) avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários; (8) desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; (9) garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; (10) pesquisa, desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras de saúde pública e (11) capacidade de gestão para organizar sistemas e serviços de saúde (OPAS, 2000).

Importante observar a função nove, sobre garantia de qualidade dos serviços. Visto que o setor hospitalar ainda é de muita importância nos sistemas de saúde (McKee e Healy, 2002), é fundamental que os governos mantenham programas de qualidade voltados a estes serviços.

La Forgia e Couttolenc (2008) identificaram os seguintes problemas relacionados ao setor hospitalar brasileiro: os hospitais brasileiros apresentam pouco *accountability*, coordenação e capacidade gerencial, escala problemática e baixa alocação de recursos. Ademais, o sistema de saúde mantém financiamento passivo e gerador de distorções, lacunas em programas contínuos e sistemáticos de mensuração e melhoria da qualidade e lacunas em informações para a tomada de decisão. Estes mesmo autores elaboraram um *score* de eficiência que, ao ser aplicado em serviços de saúde hospitalares no Brasil, evidenciou que quanto menor o número de leitos de um hospital, menor sua eficiência (La Forgia e Couttolenc, 2008).

Os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos). Os Hospitais de Pequeno Porte (HPP) são a maioria no país (Ugá e López, 2007). Por outro lado, apesar de representarem a maioria numérica, estes serviços correspondem a apenas 18% dos leitos hospitalares (Ugá e López, 2007).

A existência de hospitais de pequeno porte em outros países pode ser justificada, principalmente, por condições geográficas. Algumas comunidades se localizam em regiões de difícil acesso a centros urbanos maiores, portanto, a serviços hospitalares melhor estruturados. No Brasil, ao contrário, observa-se que a existência dos hospitais de pequeno porte não está relacionada às condições de acesso a centros maiores, mas sim à existência de municípios de pequeno porte (Ugá e López, 2007), com exceção da Região Norte.

Além de formarem a maior parte dos hospitais brasileiros e sua existência não estar relacionada a condições geográficas, resultados do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, estudo do próprio Ministério da Saúde, evidenciaram que, quanto menor o porte hospitalar, menor é o cumprimento à legislação sanitária brasileira e, conseqüentemente, menor a qualidade da atenção prestada (Brasil, 2007).

Não pode haver qualidade da atenção sem segurança para o paciente. O tema segurança do paciente como uma das dimensões da qualidade tem sido amplamente discutido e estudado na última década, após as publicações do Instituto de Medicina (Institute of Medicine, 1999) e da Aliança Global para a Segurança do Paciente (OMS, 2004).

Do mesmo modo que os hospitais de pequeno porte ainda são pouco estudados, em termos descritivos, no país, também há poucas publicações sobre a qualidade da atenção à saúde prestada nestes estabelecimentos. Este é o motivo desta dissertação.

## **2 PERGUNTA DE PESQUISA**

Os Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde no Brasil geram risco para a população atendida por eles?

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

O objetivo geral deste estudo é avaliar o cumprimento de alguns padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde relacionados a risco e segurança do paciente por parte dos Hospitais de Pequeno Porte do Sistema Único de Saúde no Brasil.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar a distribuição por estado e por região dos hospitais de pequeno porte brasileiros, hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde e hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS;
- Identificar as condições de infra-estrutura (física, de equipamentos e recursos humanos) dos hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS;
- Identificar as condições de atendimento às urgências e ao parto e puerpério nos hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS;
- Identificar o risco de aquisição de infecção hospitalar pelos pacientes atendidos nos hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS.

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 OS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE**

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2008), hospitais são estabelecimentos com pelo menos 5 leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Esta definição não está necessariamente centrada no número de leitos de um hospital, mas sim nas atividades desenvolvidas nesta organização. Deste modo, um hospital pode ser desde uma unidade de dez leitos, com poucas estruturas de diagnóstico até um complexo de muitos leitos, contando com diversas especialidades e com tecnologia avançada.

Apesar da forte indução do governo federal a programas de atenção básica, os hospitais continuam sendo um importante componente do sistema de saúde. Este fato pode ser evidenciado de diversas maneiras. Em primeiro lugar, eles recebem uma proporção substancial do financiamento para a saúde no país. La Forgia e Couttolenc (2008) mostram que unidades hospitalares brasileiras recebem 67% do total de financiamento quando comparados a unidades ambulatoriais e unidades diagnósticas. Em segundo lugar, sua posição no sistema de saúde, com especialistas e tecnologias, faz com que os hospitais tenham possibilidade de mudar significativamente as condições de saúde de uma população. Se os hospitais estão organizados de modo pouco eficaz, isto pode fazer com que estas potencialidades se reduzam (McKee e Healy, 2002).

Ao longo das últimas décadas, a organização hospitalar tem passado por diversas mudanças. Os hospitais da década de 1950 possuíam drogas relativamente simples, executavam procedimentos cirúrgicos limitados e grande parte dos pacientes era tratada simplesmente com restrição ao leito e repouso. Ao longo das décadas seguintes, com a importante evolução farmacêutica e tecnológica, os hospitais passaram a se situar entre dois extremos. Atualmente há os grandes hospitais, situados em centros urbanos, habitualmente ligados a alguma universidade, com tecnologias complexas e que se constituem em ilhas de excelência, sendo considerados a elite do sistema de saúde. Por outro lado, existem hospitais com tecnologias menos avançadas, limitação de especialidades e que atuam em pequenas populações urbanas ou rurais, referenciando seus pacientes mais complexos para serviços terciários.

Outro fator que influenciou a mudança da conformação organizacional dos hospitais foi a transição epidemiológica. O aumento da complexidade tecnológica, que possibilita o tratamento de muitos pacientes em regime de hospital-dia, e o aumento da importância das doenças crônico-degenerativas pelo envelhecimento populacional devem ser levados em consideração ao se repensar o papel dos hospitais nos sistemas de saúde.

Mas, os grandes hospitais são realmente melhores? A literatura sobre economia de escala afirma que a situação ideal é aquela em que os custos no longo prazo se reduzem ao se aumentar o volume de produção. Na década de 1990, muitos estudos demonstravam que hospitais maiores alcançavam economia de escala (McCallion et al., 1999). A partir destes estudos, muitos países promoveram políticas de fusões e aquisições para hospitais, procurando melhorá-los em relação à economia de escala. Mas diversas publicações posteriores evidenciam que, apesar das fusões, houve pequeno ou nulo incremento em relação à economia de escala e qualidade da atenção prestada (Ahgren, 2008; Kjekshus e Hagen, 2007).

Posnett (2002) afirma que, para que se alcance o ponto ótimo da escala hospitalar, três fatores devem ser observados: a economia de escala, o volume de produção de serviços e o acesso dos pacientes a serviços de saúde.



Em relação à economia de escala, em revisão sistemática de 100 artigos da literatura, Aletras et al (1997) evidenciam que hospitais relativamente pequenos (entre 100 e 200 leitos) alcançam pontos ótimos na economia de escala. Este autor ainda afirma que o porte ótimo de um hospital é uma função direta das necessidades de saúde da população a que este serviço serve.

Quanto ao volume de produção, este é fortemente influenciado por uma série de fatores, dentre eles, a experiência individual do profissional, a composição e experiência da equipe de profissionais de saúde, formação adequada e continuada, disponibilidade de serviços de apoio à diagnose e terapia adequados e a “oferta” de serviços clínicos e cirúrgicos.

Dado que os hospitais de pequeno porte não conseguem atingir pontos ótimos nas curvas de economia de escala, a justificativa de sua existência, segundo Posnett (1999) é o acesso. Pequenos hospitais se justificam em localidades remotas e de difícil acesso a centros maiores, para execução, principalmente de ações de pequena complexidade (mas não de atenção básica) e ações relacionadas à atenção de urgência/emergência e materno-infantil. Em relação à atenção ao parto e puerpério de baixo risco, também seria contemplada a sua importância simbólica para a comunidade em que este hospital encontra-se inserido.

Ademais, um novo escopo tem sido descrito para estes pequenos hospitais. McKee e Healy (2002) afirmam que, em muitos países, os *community hospitals* têm sido utilizados como contra-referência de centros maiores e mais complexos, como uma forma de atender a casos de reabilitação e convalescência, antes da alta completa e o retorno ao domicílio. Para alguns países, este é um retorno ao velho conceito de hospitais de convalescência. Deve-se também observar que, ao servirem como contra-referência, ocorre maior rotatividade de leitos nos hospitais maiores, possibilitando melhor acesso à atenção secundária e terciária.

### 3.2 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE EM OUTROS PAÍSES

Existem hospitais de pequeno porte em vários países do mundo (Organização Mundial de Saúde, 2008). Apesar disto, a busca por informações a respeito destes hospitais esbarra na variação da classificação em relação ao número de leitos. Muitos países denominam hospitais com menos de 150 leitos de *small hospitals*, pelo fato da literatura demonstrar que estes hospitais são menos viáveis economicamente que serviços com maior número de leitos (Posnett, 2002).

Grande parte da literatura a respeito de pequenos hospitais provém dos Estados Unidos e Reino Unido, sob a denominação de *rural hospitals* e *community hospitals*. Os *rural hospitals*, como o próprio nome denota, são hospitais localizados em regiões rurais dos Estados Unidos e do Reino Unido. Nos EUA, a maioria foi criada nas décadas de 1940 e 1950, após a Grande Depressão, a partir da retomada do crescimento econômico, em comunidades pequenas, cuja população tinha dificuldades de acesso a centros maiores (National Rural Health Alliance, 2007). No Reino Unido, estes hospitais existiam em maior número até os anos 1990, principalmente na Escócia, quando alguns estudos apresentaram dois achados importantes: hospitais menores apresentavam considerável custo de ineficiência, além de considerável ineficiência de escala (McCallion, 1999). Por sua vez, os *community hospitals*, apesar de se confundirem com hospitais rurais, dado que também têm provido importante acesso às populações de comunidades rurais e remotas, se apresentam fortemente relacionados a entidades religiosas, principalmente protestantes. Os *community hospitals* são mais freqüentes nos Estados Unidos, embora também existam no Reino Unido.

Os *rural* e *community hospitals* têm importância simbólica para as comunidades em que estão inseridos, além de apresentarem importante participação econômica local. O impacto é mensurado tanto pela geração direta de empregos como por benefícios indiretos de aumento de movimentação econômica local (National Rural Health Alliance, 2007). De acordo com um estudo publicado pelo *Metropolitan Chicago Healthcare Council*, mais de 1,5 emprego é criado na comunidade para cada emprego hospitalar (Doeksen, 2004).

Por outro lado, os sistemas de saúde americano e inglês mantêm diretrizes para a qualificação destes serviços. O *National Health Service* (NHS), sistema de saúde inglês, entende que é vital para o sistema que os hospitais financiados por ele sejam seguros e efetivos, mantendo qualidade assistencial, gerenciamento de risco e segurança para o paciente (Scottish Executive, 2006).

Em relação aos países em desenvolvimento, além de apresentarem características sócio-econômicas comuns, observam-se especificidades semelhantes aos sistemas de saúde, em especial nos recém denominados países emergentes (Brasil, Rússia, Índia e China). Em um estudo que compara os sistemas de saúde dos dois países mais populosos do mundo, Índia e China, Ma e Sood (2008) demonstram que, embora ambos determinem constitucionalmente que a atenção básica à saúde seja um direito universal, efetivamente ocorrem dificuldades de acesso aos serviços. Os residentes de áreas urbanas têm mais facilidade de acesso a unidades de saúde de melhor qualidade. Isto pode ser observado efetivamente nas diferentes taxas de vacinação das populações das zonas urbanas e rurais, bem como na ocorrência de tratamentos medicamentosos e internações desnecessárias nas zonas rurais. Apesar de não quantificar os hospitais de pequeno porte, este estudo afirma que eles existem, principalmente nas zonas rurais dos dois países.

Duke *et al* (2006) tecem uma descrição comum a pequenos hospitais dos países emergentes, ao estudar a qualidade do cuidado hospitalar pediátrico em pequenos hospitais do Cazaquistão, República da Moldávia e Rússia. Em primeiro lugar, os autores não explicitam o que consideram pequenos hospitais, mas afirmam que, dos hospitais estudados, os menores e mais periféricos possuíam de quatro a vinte e cinco leitos pediátricos, enquanto que os hospitais maiores e de melhor localização possuíam de quarenta e oitenta leitos dessa especialidade. A maior parte destes pequenos hospitais encontra-se em zonas rurais e apresenta problemas relacionados à infra-estrutura física, tais como falta de aquecimento no inverno, fornecimento irregular de água quente e energia elétrica e falta de manutenção predial nas duas últimas décadas. Quanto aos equipamentos, grande parte era ineficiente (especialmente os equipamentos de oxigenioterapia) ou insegura (especialmente os equipamentos de radiografia). Entre os problemas relacionados à atenção à saúde, os autores descrevem internações desnecessárias, falta de

seguimento de protocolos clínicos e excessos de tratamento, gerando ineficiência na utilização de recursos e iatrogenias.

Observa-se que existem hospitais de pequeno porte em muitos países do mundo, habitualmente localizados em zonas rurais e constituindo pequena parte dos leitos hospitalares do país em que se encontram. No Brasil, esta não é a realidade. Os hospitais de pequeno porte, apesar de constituírem proporção muito pequena dos leitos hospitalares, formam o maior contingente de hospitais no país. De maneira semelhante ao que ocorre em outros países, observa-se que a maior parte dos HPP no Brasil encontra-se em municípios de pequeno porte e em municípios de interior. Deste modo cabe discutir o modelo brasileiro de HPP e o que o torna único, conforme explicitado adiante.

### **3.3 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL**

#### **3.3.1 Caracterização**

A Portaria nº. 2.224, de 05 de dezembro de 2002, do Gabinete do Ministro da Saúde, estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Esta Portaria divide os hospitais brasileiros em quatro tipos, de acordo com uma série de parâmetros, entre os quais, seu número de leitos. Segundo o ato normativo, os hospitais são classificados como de pequeno porte (com menos de 49 leitos), médio porte (de 50 a 149 leitos), grande porte (de 150 a 499 leitos) e porte especial (acima de 500 leitos) (Brasil, 2002). Apesar de ter sido revogada em 10 de março de 2004 pela Portaria nº. 350 do Gabinete do Ministro da Saúde, esta classificação ainda é em muito utilizada (Brasil, 2004). Visto não haver outra classificação em relação ao porte hospitalar, a presente dissertação utilizará os mesmos parâmetros de número de leitos para caracterizar os hospitais de pequeno porte.

Ugá e Lopez publicaram em 2007 um estudo em que avaliavam os hospitais de pequeno porte no Brasil. Esse estudo analisou a distribuição geográfica (por macrorregiões e por municípios segundo porte populacional), natureza jurídica do estabelecimento, tipo de unidade sanitária e produção de serviços em 2005. Os

hospitais de até cinquenta leitos representavam então 62% das unidades hospitalares e 18% dos leitos existentes no sistema de saúde brasileiro. 78% dos HPP realizavam internações para o SUS. Os 4.705 hospitais de pequeno porte se distribuíam em 2.943 municípios brasileiros, sendo a maior parte (83%) localizada em municípios classificados como de interior e de até 30.000 habitantes. Os hospitais que apresentam de 1 a 30 leitos representam 48% dos HPP do país. Quanto à natureza jurídica, 57% dos HPP são privados, embora a maior parte receba financiamento somente do Sistema Único de Saúde (Ugá e López, 2007).

Os mesmos achados são descritos por La Forgia e Couttolenc (2008), analisando dados de 2006. Mais de 60% dos hospitais brasileiros apresentam menos de 50 leitos e a média de leitos por hospital é de 64. Os hospitais sob gestão municipal são os menores, com uma média de 36 leitos, em contraposição aos maiores, sob gestão federal, com uma média de 118 leitos. Desde a década de 1970 o número de hospitais brasileiros vem aumentando, mas principalmente por conta de hospitais de pequeno porte. Entre 1976 e 2002 o setor público inaugurou 1.620 hospitais, mas acrescentou somente 27.000 leitos ao sistema, em uma média de 17 leitos por hospital. Ademais, os hospitais de pequeno porte costumam apresentar baixa complexidade tecnológica.

A literatura do Reino Unido produziu evidências de que hospitais gerais otimizam seus custos, ganhando economia de escala, quando apresentam entre 100 e 200 leitos (Posnett, 1999). La Forgia e Couttolenc (2008) também evidenciam que a eficiência hospitalar tem relação direta ao porte. Em relação à taxa média de ocupação, estes autores ainda afirmam que os hospitais brasileiros apresentam, em média, 37% de taxa de ocupação, sendo que esta taxa é ainda mais baixa nos hospitais de pequeno porte.

Em relação à saúde financeira dos HPP, La Forgia e Couttolenc (2008) afirmam que estes seguem um curso de endividamento progressivo, por apresentarem custos maiores que suas receitas. Isto decorre do fato da maior parte dos hospitais de pequeno porte ser financiada pelo SUS, que não remunera bem atividades e procedimentos de baixa complexidade, realizadas pelos HPP. Os autores

evidenciam que os HPPs recebem, em média, somente 25% do custo de seus procedimentos.

Em relação à natureza jurídica, importa ressaltar que muitos dos hospitais de pequeno porte são privados sem fins lucrativos. Em estudo publicado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (Portela et al., 2002) a respeito dos hospitais filantrópicos no Brasil, observa-se que o setor filantrópico está situado fundamentalmente em municípios pequenos e de interior. Dos hospitais filantrópicos, 76,8% dos hospitais apresentavam menos de 100 leitos (43,5%, menos de 50 leitos). Em termos de complexidade assistencial, 44,9% eram hospitais de clínicas básicas, sem leitos de terapia intensiva. Estes achados se repetem nos estudos posteriores (Ugá e Lopez, 2007 e La Forgia e Couttolenc, 2008).

Segundo a Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (Leal e Morgado, 2008), há no Brasil 2.100 hospitais filantrópicos que atendem a cerca de 40% das internações do SUS. Segundo a mesma fonte, 56% dessas instituições são os únicos hospitais existentes em municípios no interior, ou seja, há mais de mil municípios do país nos quais a única unidade hospitalar é uma entidade filantrópica. O mesmo estudo demonstra que muitas dessas instituições atravessam dificuldades financeiras, inclusive de realização de investimentos, pelo fato, dentre outros, de muitas destas serem pequenos hospitais e de sua gestão poder ser considerada pouco profissionalizada.

Por outro lado, também no Brasil os hospitais de pequeno porte apresentam forte importância simbólica para a comunidade em que estão inseridos. Segundo Vecina Neto, um jornal local de determinado município localizado a trinta quilômetros da capital de São Paulo noticiou que seus cidadãos passarão a nascer no próprio município, visto que lá foi inaugurado um hospital municipal de seis leitos (Vecina Neto, 2007). Do mesmo modo, uma reportagem de semanário de grande repercussão nacional, a respeito da crise financeira dos hospitais filantrópicos, evidenciou um município em que não ocorria o nascimento de nenhum munícipe há dez anos pelo fato de o único hospital municipal ter encerrado suas atividades.

Não foram encontrados estudos publicados no país a respeito da influência política na construção e inauguração dos hospitais de pequeno porte. Tampouco não se conhecem estudos nas bases de dados utilizadas a respeito de eventos adversos ocorridos nestes serviços. Mas deve-se notar, pelo exposto, que o fenômeno de aumento do número de hospitais de pequeno porte no país está em muito relacionado à municipalização do setor saúde.

### **3.3.2 Política para Hospitais de Pequeno Porte**

A partir de 2003 o Ministério da Saúde elaborou uma série de políticas e programas com o objetivo de reestruturar sua rede hospitalar. Fazem parte dessas políticas e programas o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Brasil, 2005), o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2004) e a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Brasil, 2004).

Em relação especificamente à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, observa-se que, no texto da Portaria, enfatiza-se a regionalização e organização dos serviços em redes articuladas, além da integralidade da atenção à saúde, garantindo a continuidade da atenção prestada pela Atenção Básica e Média Complexidade. Observa-se ainda a necessidade de ofertar leitos tomando como base a população da área de abrangência, respeitando as propostas locais para suprir necessidades assistenciais da população.

Esta Portaria traz uma estratégia pouco utilizada em políticas do Ministério da Saúde até então, enfatizado em praticamente todas as políticas seguintes: a contratualização de ações e serviços de saúde entre gestores estaduais e municipais e de serviços de saúde, utilizando instrumentos que propiciem a regulação, a fiscalização, o controle e a avaliação. Desta forma, o objetivo da norma é definido como:

“[...] Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade[...]”.

Dado que os hospitais e gestores municipais e estaduais poderão aderir voluntariamente a esta Política, a Portaria determina os requisitos necessários a cada instância para poder participar da contratualização. Define-se ainda a necessidade de elaboração de um Termo de Adesão junto ao Ministério da Saúde para a formalização da adesão de cada Unidade Federativa à Política.

Em seguida à publicação da Portaria nº 1.044, foi publicada, pela Secretaria de Atenção à Saúde, a Portaria nº 287, de 28 de junho de 2004, que regulamenta a inicial. Esta Portaria

“[...] Institui o valor de R\$ 1.473,00/leito/mês (hum mil, quatrocentos e setenta e três reais) para o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte que cumpram os critérios e requisitos que constam da Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004, e tiverem seus projetos homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT [...]”.

Além disto, a Portaria determina que nenhum estabelecimento de saúde contemplado pela Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte, após o ajuste de leitos de que trata o artigo 5º da Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004, terá orçamentação global inferior ao valor de R\$10.000,00/mês (dez mil reais).

Após as Portarias anteriores, ambas de junho de 2004, somente em 14 de fevereiro de 2005 foi publicada a Portaria nº. 94, da Secretaria de Atenção à Saúde, que estabelece mecanismos para a implementação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, definindo os constituintes e fluxos dos Termo de Adesão e Plano de Trabalho (Brasil, 2005). Esta Portaria define como Termo de Adesão a manifestação formal do interesse do gestor estadual do SUS em participar da Política Nacional para os



Hospitais de Pequeno Porte. Já o Plano de Trabalho é composto por um conjunto de formulários definidos pelo gestor nacional do SUS.

Por último, a Portaria nº. 852, de 07 de junho de 2005, do Gabinete do Ministro da Saúde, define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (Brasil, 2005):

- Estabelecimentos de saúde com mais de 30 leitos cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES;
- Estabelecimentos de saúde localizados em municípios com cobertura do Programa Saúde da Família - PSF menor que 70% poderão apresentar planos de trabalho para adesão à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. A vigência do efeito financeiro só terá início mediante a adequação da cobertura do PSF maior que 70%.

A partir destas quatro Portarias, consideradas os marcos regulatórios da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, onze outras Portarias, todas do Gabinete do Ministro da Saúde foram publicadas, homologando o processo de adesão de Estados à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, conforme descrito no Quadro 01.

REGIÃO	ESTADO	PORTARIA GM/MS nº.	DATA DE PUBLICAÇÃO
NORTE	Tocantins	1330	12/08/05
	Rondônia	88	11/01/07
NORDESTE	Ceará	853	10/06/05
	Sergipe	1539	08/09/05
	Piauí	2149	09/11/05
	Bahia	663	30/03/06
	Rio Grande do Norte	2522	20/10/06
	Pernambuco	87	11/01/07
CENTRO-OESTE	Mato Grosso do Sul	2314	29/11/05
SUDESTE	Minas Gerais	539	17/03/06
SUL	Paraná	2492	15/12/05

**Quadro 01:** Estados que Aderiram à Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte, por região, e respectivas Portarias e Datas de Publicação

**Fonte:** Sistema de Legislação em Saúde – Ministério da Saúde, abril de 2008

A maior parte dos estados brasileiros não aderiu à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Das 27 Unidades da Federação, somente 11 (40%) aderiram até janeiro de 2009. E observa-se ainda, que o maior número de Estados que realizaram a adesão concentra-se na Região Nordeste.

Em 2008 foi lançado pelo governo federal o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, um programa de expansão do crescimento, com forte investimento em infra-estrutura que, aliado a medidas econômicas, procura estimular os setores produtivos. O PAC encontra-se subdividido em áreas. O PAC Saúde prevê uma série de investimentos, separados por eixos prioritários, entre os quais atenção à saúde e qualificação da gestão. Os hospitais filantrópicos estão contemplados em uma série de investimentos, mas não os hospitais de pequeno porte.

### **3.4 DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO**

Ao longo das décadas de 1980 e 1990 houve importante aumento da participação dos hospitais de pequeno porte no setor hospitalar brasileiro, principalmente em municípios pequenos e de interior. Deste modo, há que se discutir o papel do federalismo brasileiro, com seus três entes, bem como os fenômenos de municipalização e descentralização das políticas sociais, em especial a de saúde, na contribuição para esta situação.

Abrúcio (1999) afirma que a Constituição Federal de 1988 procurou romper com uma situação de saúde pública que combinava centralização e burocratização no nível federal com descoordenação, clientelismo e desperdício nos âmbitos estadual e local. Um dos objetivos da criação do Sistema Único de Saúde era promover a lógica de sistema, com competências exclusivas e complementares.

Na década de 1990, observa-se uma profunda reorganização dos papéis dos entes federados na oferta de serviços, na gerência de unidades e na gestão do sistema de

saúde (Viana, 2002b). A diretriz constitucional de descentralização associada à gestão única em cada esfera de governo resulta em três subsistemas de saúde, municipal, estadual e federal. No entanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas. Como consequência, houve a necessidade de criação de instâncias de negociação intergestores federal, estadual e municipal.

O SUS pressupõe um forte papel coordenador do governo central, com o objetivo de promover a regionalização, visando à otimização dos recursos disponíveis. As relações intergovernamentais, compreendendo o financiamento, a administração e a política, deveriam ser cooperativas e capazes de solucionar conflitos, pois o acesso aos serviços subordina-se a estes mesmos acordos (Viana, 2002b). Mas, o que se observa, na prática, são relações intergovernamentais marcadas por incessantes conflitos e embates sobre recursos, centralização excessiva, fragmentação institucional, frágil capacidade reguladora e inexpressiva tradição participativa da sociedade. Deste modo, o federalismo brasileiro, que deveria apresentar-se como um modelo de redução das disparidades regionais gera, ao contrário, constrangimento ao governo central e redirecionamento da provisão dos serviços aos governos subnacionais, com grande diversidade de respostas, em razão das profundas disparidades inter e intra-regionais (Viana, 2002a).

Ademais, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº. 8.080 de 1990, previa que os governos estaduais fossem instâncias articuladoras e otimizadoras dos recursos disponíveis em cada município, por meio de ações de planejamento, financiamento, avaliação e controle, contribuindo também para a redução das desigualdades regionais. Mas, visto que a descentralização no SUS é centrada na relação entre governos federal e municipal, na prática ocorre importante esvaziamento das funções dos governos estaduais, reduzindo as possibilidades de se programar e operar redes de serviços de âmbito regional. Sem essa instância de integração e de desenvolvimento regional, que deveria ser típica num modelo exemplar de Estado federativo, os municípios, considerados isoladamente, reforçam seu papel, mas também as desigualdades entre si. (Yunes, 1999).

Trevisan (2007) aponta para o papel dos municípios na gestão de saúde. Na década de 1990, após a promulgação da Constituição, multiplicaram-se municípios, com o país alcançando 1.406 novas cidades. Em dezembro de 2000, 98% do total de municípios brasileiros apresentavam-se habilitados em alguma forma de gestão do sistema de saúde, segundo a NOB/96 (gestão plena ou semi-plena). O resultado desse processo de municipalização foi constatado pelo Censo da Saúde do IBGE de 2000, quando 92% dos 32.962 estabelecimentos públicos de saúde no país já eram de responsabilidade dos municípios. O mesmo censo mostrou que as prefeituras já arcavam com a gestão de 69% de hospitais, clínicas e postos de atendimento ambulatorial.

Por outro lado, Abrúcio (1999) afirma que os processos de planejamento e programação municipal se limitavam a reconhecer os problemas e definir prioridades de ação. A tradução destes problemas e prioridades de saúde em intervenções concretas e planejadas não se realizava. Os municípios se limitavam a formalizar projetos somente para fins de captar recursos financeiros junto ao governo federal.

Viana (2002b) corrobora esta visão, ao afirmar que

“[...] O adensamento dos sistemas de saúde verificado nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal não resulta, no entanto, necessariamente em ampliação do acesso da população aos serviços de saúde existentes ou maior racionalidade sistêmica. [...]. É interessante observar que as melhores condições de oferta estão associadas ao alto aprendizado institucional, maior autonomia gerencial, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto e maior gasto com pessoal, isto é, máquinas administrativas mais robustas [...].”

Em resumo, a partir da criação do Sistema Único de Saúde, os municípios brasileiros passaram a assumir muitas das funções de saúde pública relacionadas à sua população, mas com pouca ou inexistente capacidade gerencial para tal. Aliado à fragilidade do governo estadual em executar suas novas ações, de planejamento e coordenação do sistema regional e da rede de serviços de saúde, muitos municípios

passaram a executar suas ações de modo estanque, sem articulação com outros municípios. Talvez o importante aumento do número de hospitais de pequeno porte no país nas últimas décadas seja fruto desta desarticulação.

Abrúcio (1999) afirma que a descentralização na saúde deve atingir cinco objetivos fundamentais para o seu sucesso: 1) buscar a equidade na prestação dos serviços em uma Federação extremamente desigual; 2) aumentar a coordenação entre os níveis de governo e a capacitação técnica de cada um deles para melhorar a qualidade dos serviços; 3) definir melhor o papel dos estados no sistema de saúde, tornando-os agentes ativos na supervisão, avaliação, controle e fomento dessa política; 4) tornar os governos, sobretudo os municipais, catalisadores de parcerias com o setor privado e/ou com o Terceiro Setor, ao mesmo tempo em que se deve fortalecer a capacidade de o Estado controlar tais políticas em rede; 5) estimular os consórcios intermunicipais de forma mais sistemática e por meio de alterações institucionais que possam transformar tais parcerias em mecanismo mais duradouro de provisão de serviços públicos e menos sujeito às conjunturas da competição política. Muito ainda há que se caminhar para que isto se realize.

### 3.5 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente passou a ser objeto de estudo e de preocupações de governos e políticas de saúde a partir do aumento das despesas de seguro por erros médicos, no final da década de 1990 (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2001). Por este motivo, o *Institute of Medicine* publicou, em 1999, o livro “*To err is human: building a safer health system*”, em que estimava a magnitude de óbitos relacionados a erros do sistema de saúde americano como 44.000 a 98.000 mortes ao ano, além de outros eventos adversos (*Institute of Medicine*, 1999).

A partir desta publicação, iniciou-se um fluxo de iniciativas regulatórias e legislativas na busca de soluções a este problema. Três meses após a publicação do *Institute of Medicine*, um grupo federal americano, *Quality Interagency Coordination Task Force*, elaborou uma publicação denominada “*Doing What Counts for Patient Safety: Federal Actions to Reduce Medical Errors and Their Impact*”, sobre como promover

segurança do paciente em serviços de saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2001).

Em maio de 2002, a 55ª Assembléia da Organização Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA 55.18, que determinava que todos os países membros deveriam ter a atenção o mais próximo possível do problema da segurança de pacientes e o fortalecimento de evidências científicas necessárias para melhorar a segurança dos pacientes e a qualidade do cuidado em saúde (Organização Mundial de Saúde, 2008). Em maio de 2004, a 57ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde ratificou a criação de uma aliança internacional que fomentasse o desenvolvimento de políticas e práticas relacionadas à segurança do paciente nos Estados Membros, denominada Aliança Global para a Segurança do Paciente.

A cada dois anos a Aliança determina ações prioritárias envolvendo aspectos sistêmicos e técnicos para melhorar a segurança do paciente, denominado “*The Global Patient Safety Challenge*”. O primeiro destes desafios, iniciado em 2005, foi relacionado ao controle de infecção em serviços de saúde, cujo lema era “*Clean care is safe care*”. Para os anos 2007-2008 o segundo desafio foca cirurgias seguras e é denominado “*Safe Surgery Saves Lives*”. O terceiro desafio, já em discussão, será lançado em 2009 e tem por tema “*Tackling Antimicrobial Resistance*” (Organização Mundial de Saúde, 2008).

Ademais, visto que não há uma taxonomia universal e bem aceita pela literatura, a Organização Mundial de Saúde vem desenvolvendo a Classificação Internacional para a Segurança do Paciente, com o objetivo de desenvolver um aprendizado mundial mais efetivo.

Para o *Institute of Medicine*, segurança do paciente é definida como o processo de livrar o paciente de lesões acidentais, estabilizando os sistemas e processos operacionais com o objetivo de minimizar a probabilidade de erros e maximizar a probabilidade de interceptação dos erros quando eles ocorrem (*Institute of Medicine*, 1999). Segundo *The Canadian Patient Safety Dictionary* (2003), segurança do paciente é a redução e mitigação de atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde, assim como a utilização de boas práticas para alcançar

resultados ótimos para o paciente. A *Agency for Healthcare Research and Quality* define como práticas seguras tipos de processos ou estruturas cuja aplicação reduz a probabilidade de eventos adversos resultantes da exposição a sistemas de saúde (*Agency for Healthcare Research and Quality*, 2001). Segundo o Glossário do Ministério da Saúde (2005), eventos adversos são definidos como “qualquer ocorrência médica desfavorável ao paciente ou sujeito da investigação clínica e que não tem necessariamente relação causal com o tratamento”. O mesmo documento define que evento adverso grave é aquele que leva ou pode levar a morte; ameaça ou risco de vida; hospitalização ou prolongamento de uma hospitalização pré-existente, excetuando as cirurgias eletivas e as internações previstas no protocolo; incapacidade persistente ou significativa; anomalia congênita ou defeito de nascimento ou ocorrência médica significativa.

Quaisquer que sejam as definições utilizadas, todas são consistentes com o conceito dominante de que são necessárias mudanças sistêmicas e não punitivas dos profissionais que atuam nos serviços de saúde com o objetivo de torná-los mais seguros. Deste modo, a segurança do paciente é compreendida como uma das dimensões da qualidade em saúde na medida em que deve envolver todos os profissionais que atuam direta ou indiretamente com os pacientes, bem como o corpo diretivo dos serviços de saúde (Berwick, 2002). Além do mais, muitas estratégias podem e devem ser copiadas de outras áreas, externas à saúde, tais como as de aviação comercial, segurança nuclear, segurança aeroespacial e teoria organizacional.

No Brasil, a Segurança do Paciente também tem sido objeto de atenção e de várias ações do Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em parceria com a Organização Pan-americana de Saúde. O próprio Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS faz parte destas ações ao avaliar risco e segurança em serviços de saúde. Clinco (2007), estudando organizações hospitalares acreditadas no Estado de São Paulo, tanto pela metodologia adotada pela Organização Nacional de Acreditação quanto pela metodologia do Consórcio Brasileiro de Acreditação, evidencia que, segundo a opinião dos profissionais que participaram da pesquisa, as mesmas podem ser consideradas seguras.

## 3.6 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

### 3.6.1 Histórico da Avaliação em Saúde

No final do século XIX, Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, desenvolveu métodos de coleta de dados, com o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra (Roessler, 2005). Mas, efetivamente, a avaliação em saúde passa a ser objeto de estudo a partir de uma publicação de Flexner, em 1910, sobre a avaliação do ensino médico nos Estados Unidos. Seguindo as diretrizes deste relatório, o trabalho de Codman "*A Study in Hospital Efficiency: the first five years*", publicado em 1916, apresenta proposta de metodologia de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes, para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares (Reis et al., 1990). Sob a influência do trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, criando, em 1928, o "*Hospital Standardization Program*", precursor da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH).

A partir de 1950 e influenciado pelos crescentes custos e complexidade da atenção em saúde, Avedis Donabedian passa a estudar avaliação e qualidade em saúde. Tendo como referencial a teoria dos sistemas, este autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado (Reis et al., 1990). Ele afirma que a avaliação da qualidade do cuidado em saúde poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1978). Ainda segundo ele,

“[...] o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência. E o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos [...]”



Silva e Brandão (2003) definem avaliação como a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.

Dado que “avaliar é atribuir valor a alguma coisa” (Malik, 1996), devemos ter em conta que cada avaliação deve ser realizada baseada em um ou mais critérios pré-definidos. Ou seja, ao definirmos que realizaremos avaliação de um objeto, como, por exemplo, serviços de saúde, devemos também definir com base em que critério esta avaliação será realizada. E, a cada critério pré-definido, cabe um referencial a ser comparado ao objeto avaliado. Deste modo, visto que a avaliação se dará a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial, sempre existirá certo componente de subjetividade, mesmo que utilizemos métodos mais objetivos (Furtado, 2001).

Para Contandriopoulos (1997),

“[...] avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção [...] com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou ser elaborado a partir de um procedimento científico [...]”.

Para Novaes (2000), os critérios “que procuram dar conta das principais variáveis que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação”, são os seguintes:

<b>Crítérios</b>	<b>Característica</b>
<b>Objetivo da Avaliação</b>	Priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão)

<b>Posição do Avaliador (por referência ao objeto avaliado)</b>	Externo
	Interno
<b>Enfoque Priorizado</b>	Interno (de caracterização/compreensão de um contexto)
	Externo (de quantificação/ comparação de impactos de intervenções)
<b>Metodologia predominante</b>	Quantitativa ou qualitativa
	Situacional ou experimental/quasiexperimental
<b>Contexto da avaliação</b>	Controlado
	Natural
<b>Forma de utilização da informação produzida</b>	Demonstração/comprovação
	Informação, instrumentalização
<b>Tipo de juízo formulado</b>	Comprovação/negação de hipóteses
	Recomendações ou normas
<b>Temporalidade da avaliação</b>	Pontual
	Corrente
	Contínua

**Quadro 02:** Critérios que orientam as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação.

**Fonte:** Elaboração da autora, adaptado de Novaes, 2000.

### 3.6.2 Modelos de Avaliação Externa

Segundo Novaes (2000), entende-se por avaliação externa aquela em que a posição do avaliador é, como a própria denominação a define, externa ao objeto avaliado. Existem atualmente diversos modelos de avaliação externa. Em relação à avaliação externa em saúde há que se notar a importância dos modelos de acreditação.

O início dos programas de acreditação pode ser creditado ao *American College of Surgeons*, ao elaborar o *Hospital Standardization Program*, em 1917 (Roessler, 2005). Este modelo de avaliação externa evoluiu, constituindo, em 1987, a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, principal programa de acreditação dos Estados Unidos.

A partir do final da década de 1950, diversos países elaboraram modelos próprios de acreditação, voltados para as especificidades loco-regionais. Destaque deve ser

dado aos modelos canadense, australiano, inglês e espanhol, desenvolvidos em períodos distintos e por pressões distintas.

Em 1989, a Organização Mundial de Saúde em conjunto com a Organização Panamericana de Saúde iniciou um movimento de melhoria da qualidade da atenção em países latino-americanos. Este movimento gerou, em junho de 1995, a elaboração, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, embrião da Organização Nacional de Acreditação - ONA, fundada em 1998 (Roessler, 2005).

Apesar de muito difundido em outros países, no Brasil, em janeiro de 2009, existem 99 hospitais acreditados pela ONA (Organização Nacional de Acreditação, 2009), 11 hospitais acreditados pela *Joint Commission International* (Consórcio Brasileiro de Acreditação, 2009) e 4 hospitais acreditados pelo modelo canadense (Instituto Qualisa de Gestão, 2009). É importante ressaltar que, dos 7.749 hospitais existentes no Brasil, somente 1,47% são acreditados. Ademais, a acreditação, no país é voluntária e coexistem todos os modelos citados. Observa-se, também, que, dos 114 hospitais acreditados no país, nenhum é de pequeno porte.

O Ministério da Saúde elaborou, em 2004, um modelo de avaliação externa federal para serviços de saúde, denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Um de seus instrumentos, o Roteiro de Padrões de Conformidade, é do campo de atuação da vigilância sanitária. A Lei nº. 8.080, de 1990, determina em seu Art. 6º, parágrafo 1º que

“[...] entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo [...] o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde [...]”.

À vigilância sanitária cabe o controle do risco e risco traz relação direta com segurança e qualidade. Deste modo, o instrumento do PNASS, em última instância,

busca avaliar a segurança dos pacientes atendidos nos serviços avaliados, bem como a qualidade dos mesmos.

### **3.6.3 Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS**

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS é uma reformulação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Este foi elaborado pelo Ministério da Saúde em 1998, por meio da Portaria nº. 3.408 do Gabinete do Ministro da Saúde, de 06 de agosto de 1998 e tinha por meta melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e equidade (Brasil, 1998).

O PNASS foi publicado em 2004 e teve por objetivo geral avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionadas ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde.

Três características diferenciam o PNASS do PNASH. O primeiro é que o PNASS é constituído por quatro eixos avaliativos (Roteiro de Padrões de Conformidade, Pesquisa de Satisfação de Usuários, Pesquisa de Relações e Condições de Trabalho e Avaliação de Indicadores), enquanto que o PNASH era constituído por dois (Roteiro de Padrões de Conformidade e Pesquisa de Satisfação dos Usuários). O segundo fator é que a pontuação de cada serviço de saúde é determinada em separado para cada eixo avaliativo, ao contrário do PNASH que compunha uma nota única para o estabelecimento, agregando os dois eixos avaliativos. Por último, houve a ampliação da avaliação de somente serviços hospitalares para também serviços de carácter ambulatorial no PNASS (Brasil, 2004).

Para esta dissertação, foram utilizados dados do Roteiro de Padrões de Conformidade. Este foi elaborado tendo como base alguns instrumentos de avaliação já bem estabelecidos no país, tais como o Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) e os Manuais de Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Por outro lado, este roteiro foi desenvolvido a partir de uma

diretriz voltada para a existência de um único instrumento que pudesse ser aplicado em serviços de realidade muito distintas, desde hospitais de pequeno porte e pouco complexos até hospitais complexos e com muitas especialidades de assistência médico-hospitalar. Desta forma, o Roteiro de Padrões de Conformidade foi elaborado a partir de Critérios, ou seja, um conjunto de padrões de conformidade que avaliam especificamente um determinado serviço ou unidade de produção (Quadro 02). Estes Critérios foram organizados em três grandes blocos, que definem a categoria da atividade dos mesmos (atividades administrativas, atividades de apoio e atividades-fim), conforme pode ser observado no Quadro 03.

BLOCOS	CRITÉRIOS
<b>I – GESTÃO ORGANIZACIONAL</b>	Liderança e Organização
	Demanda, Usuários e Sociedade
	Gestão da Informação
	Gestão de Pessoas
<b>II - APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO</b>	Gerenciamento de Risco
	Gestão da Infra-Estrutura Física
	Gestão de Equipamentos
	Gestão de Materiais
	Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas
	Alimentação e Nutrição
	Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)
	Serviços de Hemoterapia
<b>III - GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	Humanização da Atenção
	Atenção Imediata – Urgência/Emergência
	Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades
	Atenção em Regime de Internação
	Atenção em Regime de Terapia Intensiva
	Atenção Cirúrgica e Anestésica
	Atenção Materno-Infantil
	Atenção Radioterápica
	Atenção Quimioterápica
	Atenção ao Renal Crônico – Terapia Renal Substitutiva

**Quadro 03:** Blocos e Critérios do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS

**Fonte:** Sistema de Informação do PNASS – Ministério da Saúde, outubro/2006

Determinou-se que cada critério deveria ser constituído por seis padrões de conformidade, ou seja, itens avaliados pelas equipes de avaliação. Estes critérios foram classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R). Os padrões classificados como Imprescindíveis são exigidos em legislação federal (civil, penal, do Ministério da Saúde e de Conselhos de Classe) e o seu não cumprimento acarreta riscos imediatos à saúde. Os padrões classificados como Necessários também são exigidos em legislação federal e o não cumprimento acarreta riscos, desta vez, mediatos. Os padrões Recomendáveis não estão descritos em legislação, mas, por outro lado, determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.

Os critérios só foram avaliados caso o hospital prestasse aquele determinado tipo de atendimento. Desta maneira, por exemplo, o critério “Atenção Radioterápica” somente foi aplicado em hospitais onde se ofertava este tipo de atendimento. Em cada critério estabeleceu-se que haveria dois itens para cada classificação, conforme Quadro 04.

<b>CRITÉRIO LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO</b>			
	<b>PADRÃO DE CONFORMIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
I	O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.		
I	Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.		
N	O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.		
N	As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.		
R	Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.		
R	Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.		

**Quadro 04:** Critério Liderança e Organização do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS

**Fonte:** Sistema de Informação do PNASS – Ministério da Saúde, outubro/2006

Determinou-se que cada padrão cumprido pelo hospital no momento da avaliação receberia uma pontuação específica. Desta forma, foram atribuídos três (3) pontos para cada padrão imprescindível cumprido, dois (2) para cada padrão necessário

cumprido e um (1) ponto para cada padrão recomendável cumprido, conforme Quadro 05.

ITEM	Valor do item	Valor total (Soma dos dois itens)
<b>Imprescindível</b>	<b>3</b>	<b>6</b>
<b>Necessário</b>	<b>2</b>	<b>4</b>
<b>Recomendável</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>		<b>12</b>

**Quadro 05:** Atribuição de pesos para os padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade

**Fonte:** Sistema de Informação do PNASS – Ministério da Saúde, outubro/2006

Desta maneira, estabeleceu-se que cada hospital receberia uma pontuação, denominada de *desempenho hospitalar*. O desempenho hospitalar foi definido como o somatório de pontos alcançados pelo hospital avaliado dividido pelo somatório de pontos possíveis para cada hospital (ou seja, desconsiderando-se os critérios não aplicáveis ou inexistentes). Desta forma, um índice (entre 0 e 1) foi obtido para cada hospital avaliado, sendo multiplicado por 100 para melhor entendimento dos dados, conforme a fórmula abaixo. Neste ponto cabe a ressalva de que, apesar da autora, por base na literatura, entender que o termo desempenho está relacionado à eficiência, a denominação utilizada pelo PNASS foi mantida pelo fato do instrumento assim o utilizar.

$$\frac{(I \text{ cumpridos} \times 3) + (N \text{ cumpridos} \times 2) + (R \text{ cumpridos} \times 1)}{(I \text{ aplicáveis} \times 3) + (N \text{ aplicáveis} \times 2) + (R \text{ aplicáveis} \times 1)} \times 100$$

Houve, também, o desenvolvimento de um sistema de informação, com a finalidade de abrigar todos os dados gerados a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos, além da geração de relatórios e inter-relação com outros sistemas de informação. O Departamento de Informática do SUS - DATASUS elaborou esse sistema. O presente trabalho utilizou dados fornecidos por esse sistema de informação, denominado Sistema de Informação do PNASS – SiPNASS, cedidos pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde (DRAC/SAS/MS).

A aplicação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde se deu por meio de equipes estaduais e municipais de vigilância sanitária e de controle, avaliação e auditoria das secretarias de saúde. Cada Secretaria de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal determinou quais técnicos participariam das equipes avaliadoras. Capacitações foram realizadas em todas as unidades da federação com o objetivo de uniformizar os métodos avaliativos em todo o país, diminuindo os possíveis vieses por entendimento equivocado do instrumento.

As equipes avaliadoras estaduais e municipais e do Distrito Federal realizaram a aplicação do PNASS nos hospitais sob sua jurisdição no período de novembro de 2004 a outubro de 2006, sendo que cada equipe definiu o seu cronograma de aplicação segundo diretrizes e determinações das respectivas secretarias de saúde.

Foram avaliados 3.815 hospitais, dos 5.899 hospitais previstos, o que corresponde a 64,67% do universo de hospitais que recebiam algum tipo de financiamento do SUS na época. Os serviços avaliados foram selecionados pelas equipes estaduais e municipais de avaliação, sem obedecer a critérios de randomização de amostra. Cada equipe deveria avaliar a totalidade dos hospitais previstos em seu estado ou município, mas, por diversos motivos, cada secretaria de saúde definiu quais hospitais seriam avaliados. Esses motivos foram, entre outros, a falta de equipes avaliadoras em número suficiente para cobrir todos os hospitais elencados e o contexto político – ocorrência de processos eleitorais para prefeitos e vereadores, em 2004, e governadores, deputados e presidente, em 2006 - o que acarretou dificuldades na viabilização de recursos para a avaliação.

Dos hospitais avaliados, 2.249 (59,7%) apresentavam menos de 50 leitos. Em relação à natureza jurídica, 1.693 (44,4%) eram hospitais públicos, 1.191 (31,2%), hospitais beneficentes, 920 (24,1%), hospitais privados, e 9 (0,2%), de outra natureza (cooperativas, serviço social autônomo, serviços de economia mista e sindicatos). Quanto à distribuição dos hospitais avaliados segundo região, observou-se que a região Nordeste concentrava 34% de todos os hospitais avaliados, seguida pela região Sudeste (28%), Sul (17%), Centro-Oeste (15%) e Norte (6%).



Em relação ao desempenho hospitalar, a média foi de 54,7%, a mediana de 55,4%, o percentil 25 de 38,7%, o percentil 75 de 71,4%, o desvio-padrão de 21,78% e o coeficiente de variação de 0,398. As regiões Norte e Centro-Oeste tiveram um número significativamente menor de hospitais avaliados. Os hospitais das regiões Sudeste e Sul apresentaram melhor desempenho, enquanto que os hospitais da região Nordeste apresentaram pior desempenho.

Quanto ao porte hospitalar, observou-se que quanto maior o porte, melhor é o cumprimento do hospital aos padrões do Roteiro. Ou seja, quanto maior o porte, segundo o Roteiro de Padrões de Conformidade, menor o risco a que os pacientes atendidos nestes serviços estão expostos, logo, maior a qualidade e a segurança.

Neste ponto cabe ressaltar que o instrumento escolhido sofreu uma série de críticas na literatura e no meio de administração em saúde e de saúde coletiva. La Forgia e Couttolenc (2008) resumem estas críticas em (1) o PNASS foi aplicado pelas autoridades locais (municipais e estaduais), as mesmas que são responsáveis pela emissão da licença sanitária, o que pode gerar viés; (2) não há incentivos para que os gestores dos serviços de saúde melhorem seu desempenho frente ao instrumento ou à satisfação dos clientes ou à melhoria de indicadores e (3) não há planos para tornar os dados públicos, incentivando *accountability*. Os autores ainda afirmam que o Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS é baseado na legislação sanitária existente, com normas legais que cobrem um período de 80 anos, todas válidas. Importante observar que muitas são irrelevantes para um hospital moderno.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 ÁREA DE INTERESSE

Esta dissertação busca o questionamento do papel dos hospitais de pequeno porte do SUS, no Brasil. Como já exposto, estes constituem a maioria absoluta dos hospitais brasileiros (60%), mas uma parcela pequena dos leitos hospitalares, bem como da produção de saúde hospitalar (18%), além de executarem ações de baixa complexidade, sobrepondo-se às ações executadas pela Atenção Básica e Programas de Saúde da Família.

A partir deste cenário, ficam os questionamentos: a que se destinam os hospitais de pequeno porte? Como proceder a uma melhor adequação do papel destes hospitais na rede de serviços hospitalares do SUS?

As possibilidades de análises deste objeto a partir destes questionamentos são inúmeras. Poder-se-ia proceder à análise da produção destes hospitais, de sua viabilidade econômico-financeira, de seu papel político em um cenário de saúde tão complexo, com diversos atores, três entes federados e vários modos de contratação ao SUS. A autora optou pela análise da segurança do paciente nestes hospitais partindo da premissa de que as outras possibilidades de análise mencionadas se restringem, em muito, caso estas unidades não sejam seguras para os pacientes. Ou seja, para que haja discussão do papel destes serviços no Sistema Único de Saúde, os mesmos não devem colocar em risco a segurança das pessoas atendidas por eles.

Devemos lembrar que estas unidades se encontram, em sua maioria, em municípios pequenos e de interior. Logo, elas podem ser uma importante alternativa ao acesso à saúde de média complexidade. Mas, caso estes hospitais não sejam seguros, a discussão passa a ser, em primeira instância, a possibilidade de torná-los seguros e seu custo para o sistema.

## 4.2 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente foram identificadas as seguintes palavras-chave ou temas para a realização da pesquisa: “hospitais”, “hospitais de pequeno porte”, “*small hospitals*”, “*community hospitals*”, “*rural hospitals*”, “descentralização”, “municipalização”, “avaliação em saúde”, “avaliação externa”, “qualidade hospitalar” e “segurança do paciente”.

A pesquisa bibliográfica foi feita por meio de levantamento no acervo físico da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getulio Vargas, incluindo o catálogo de dissertações e teses. Foram ainda realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS) e bibliotecas virtuais da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Já as bases de dados utilizadas foram principalmente as bases SciELO, MEDLINE, LILACS, PUBMED e EBSCO, entre outras.

As referências normativas para hospitais de pequeno porte foram pesquisadas no site do Ministério da Saúde e do Diário Oficial da União.

Ainda foram realizadas pesquisas em sítios específicos na internet, tais como os da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), *Institute of Medicine*, *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), *The International Society for Quality in Health Care* (ISQUA), entre outros.

## 4.3 ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

A escolha do Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde para o desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu por diversos fatores. Em primeiro lugar, não há hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde acreditados por qualquer dos modelos de acreditação

existentes no Brasil. Em segundo lugar, o PNASS é um instrumento cujos critérios de avaliação são risco, segurança e qualidade, sendo a segurança o foco dessa dissertação. Em terceiro lugar, não há publicações que evidenciem a avaliação de amostra tão expressiva de hospitais de pequeno porte como o realizado pelo PNASS. E, por último, cabe informar que a autora desta dissertação participou na elaboração do instrumento escolhido, bem como da implantação do programa e da análise dos resultados. Deste modo, sua familiaridade em relação ao PNASS é bem maior que a dos outros modelos de avaliação em saúde existentes.

Desta maneira, o presente estudo utilizou-se de dados de dois bancos de dados secundários, sob gestão do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do SUS (Datasus), do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema de Informação do PNASS (SiPNASS). Os dados foram cedidos pelo Ministério da Saúde.

O CNES é um banco de dados que congrega, em tese, todas as unidades que prestam algum tipo de atendimento de saúde no país. Os serviços de saúde devem, obrigatoriamente, estar cadastrados no CNES para receberem qualquer tipo de financiamento do SUS. Este banco foi utilizado para que se realizasse a identificação dos serviços de saúde hospitalares existentes no país, bem como sua distribuição regional, por Unidade Federativa e por número de leitos. Já o SiPNASS, conforme exposto, foi um sistema elaborado exclusivamente para receber e armazenar os dados provenientes das avaliações do PNASS realizadas pelas equipes locais.

A autora optou por analisar a resposta dos hospitais de pequeno porte a determinados padrões específicos que, quando não cumpridos pelo estabelecimento, podem gerar risco à saúde dos usuários e comprometer sua segurança.

Os padrões escolhidos podem ser observados no Quadro 06, com os respectivos Blocos e Critérios a que pertencem.

BLOCO	CRITÉRIO	PADRÃO
<b>GESTÃO ORGANIZACIONAL</b>	Liderança e Organização	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.
	Gestão da Informação	14. Assegura a guarda de prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em locais de fácil acesso.
<b>APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO</b>	Gerenciamento de Risco	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.
	Gerenciamento de Risco	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.
	Gestão da Infra-estrutura Física	33. Realiza manutenção predial corretiva.
	Gestão de Equipamentos	38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.
<b>GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	Atenção Imediata – Urgência / Emergência	79. A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.
		80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.
	Atenção Materno-Infantil	109. Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto. 110. Todos os partos são realizados em local com infra-estrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do recém-nascido.

**Quadro 06:** Padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade escolhidos para avaliar

**Fonte:** Sistema de Informação do PNASS – Ministério da Saúde, outubro/2006

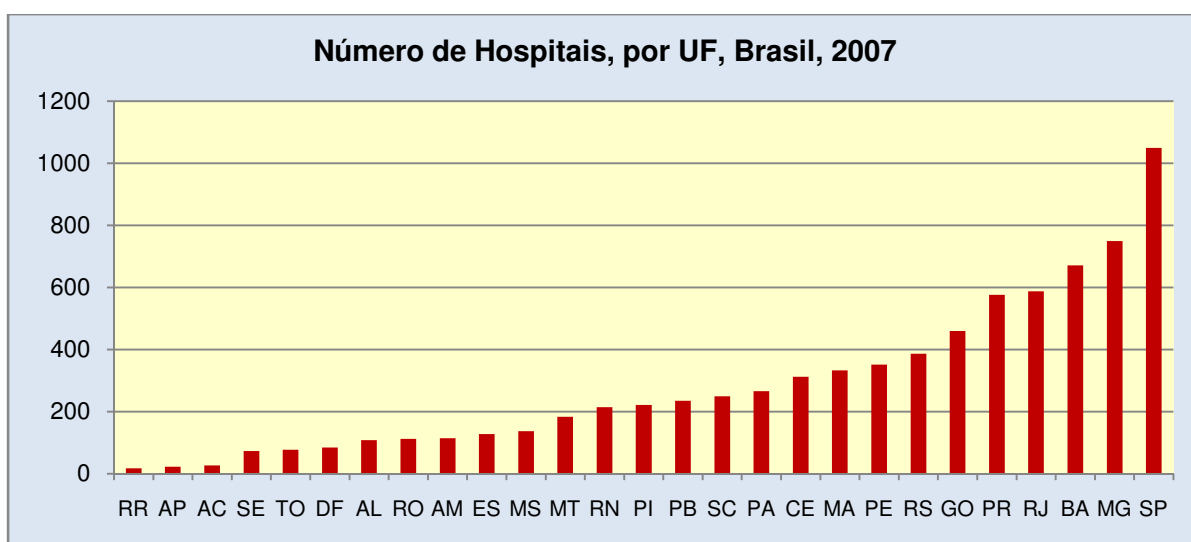
Os padrões foram escolhidos a partir de características comuns a todos e, também, por características particulares de cada um. Em comum, a escolha dos padrões seguiu a diretriz de somente eleger padrões imprescindíveis ou necessários, pelo fato destes estarem contemplados na legislação sanitária vigente. Ou seja, os hospitais de pequeno porte devem, por norma legal, cumprir estes padrões. A escolha dos padrões relacionados à atenção imediata – urgência/emergência e materno-infantil se deve ao fato da literatura afirmar que a existência dos hospitais de pequeno porte se justifica para a realização destas ações em localidades remotas (Posnett, 1999; McCallion, 1999; McKee e Healy, 2002 e Ahgren, 2008). A escolha dos padrões relacionados à Gestão Organizacional (existência de responsável para resolução de adversidades e guarda adequada de prontuários) ocorreu pelo pressuposto de que estes padrões podem minimamente caracterizar a organização da gestão da unidade. Os padrões relacionados à gestão da infra-estrutura física e de equipamentos foram escolhidos por dizerem respeito a todas as unidades hospitalares e também para avaliar as condições de funcionamento do serviço. Os padrões que tratam de Controle de Infecção Hospitalar e Central de Material e Esterilização foram escolhidos por conta das diretrizes da Aliança Global para Segurança do Paciente da Organização Mundial de Saúde, em especial, do desafio *“Clean Care is safe Care”*, que trata das infecções em serviços de saúde (OMS, 2008).

Por último, foi realizada entrevista não estruturada com o superintendente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas – CMB, Dr. José Luiz Spigolon, com o objetivo de melhor contextualizar a realidade dos HPP e de conhecer possíveis propostas da CMB em relação a estes hospitais.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 HOSPITAIS BRASILEIROS, POR UNIDADE FEDERATIVA E REGIÃO

O Brasil possui 7.749 hospitais, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de setembro de 2007. O Gráfico 01 demonstra a distribuição dos hospitais brasileiros por Unidade Federativa.



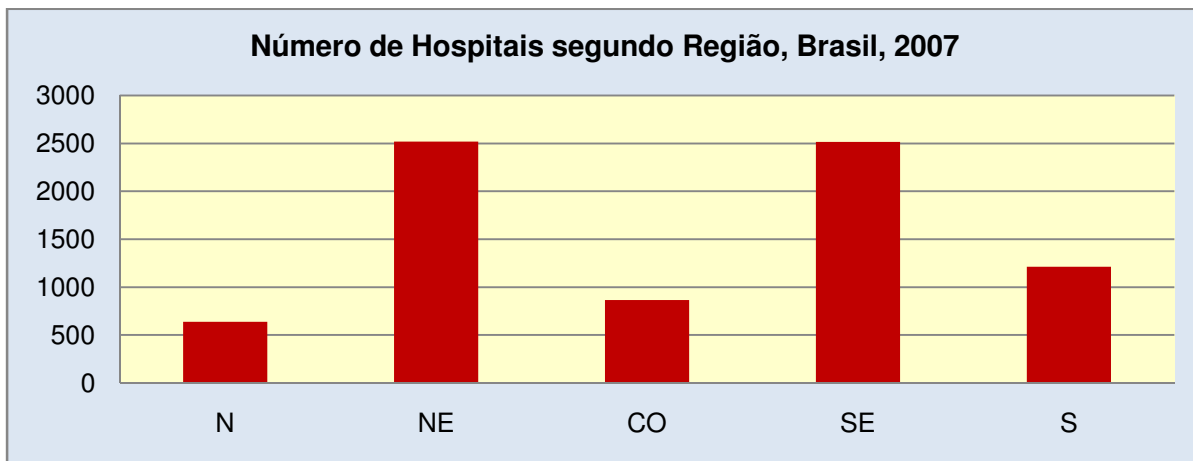
**Gráfico 01:** Número de Hospitais por Unidade da Federação (n = 7.749)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

O Estado que possui o maior número de hospitais é São Paulo, com 1.049 hospitais (13,54% do total de hospitais do país). Em seguida temos Minas Gerais, com 750 hospitais (9,68%), Bahia com 671 hospitais (8,66%), Rio de Janeiro com 588 hospitais (7,59%) e Paraná com 576 hospitais (7,43%). As Unidades da Federação com menor número de hospitais são Roraima com 18 hospitais (0,23%), seguidas pelo Amapá com 23 hospitais (0,30%), Acre com 27 hospitais (0,35%), Sergipe com 73 hospitais (0,94%), Tocantins com 77 hospitais (0,99%) e Distrito Federal com 85 hospitais (1,10%).

A Região que apresenta o maior número de hospitais é a Nordeste com 2.520 hospitais (32,52%), seguida pelas Regiões Sudeste com 2.515 hospitais (32,46%),

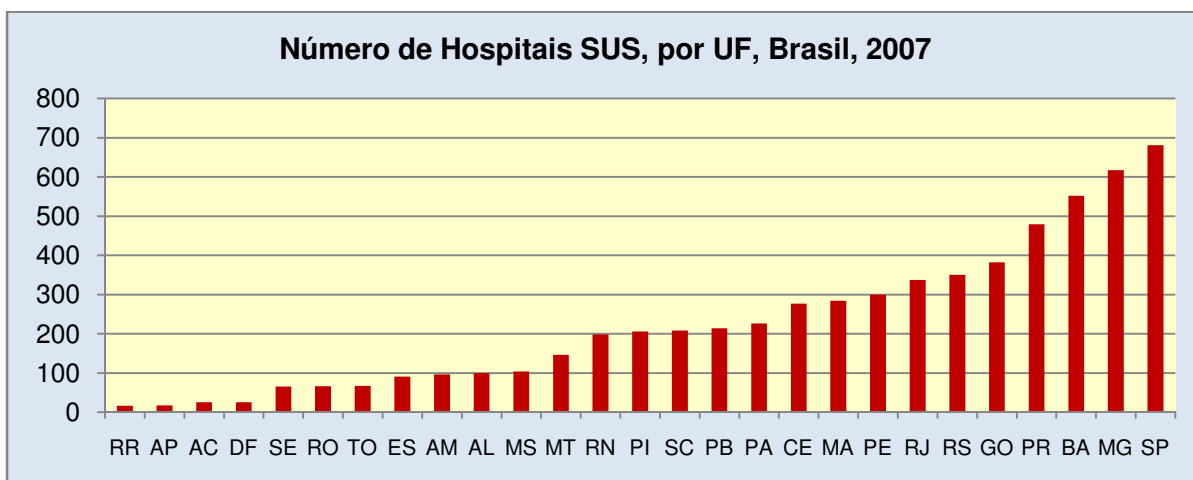
Sul com 1.212 hospitais (15,64%), Centro-Oeste com 865 hospitais (11,16%) e Norte com 637 hospitais (8,22%), conforme pode ser observado no Gráfico 02.



**Gráfico 02:** Número de Hospitais por Região (n = 7.749)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

Observa-se, no Gráfico 03, a distribuição de hospitais que recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde (de agora em diante denominados hospitais SUS), por Unidades da Federação. Mais uma vez, o Estado de São Paulo é o que possui o maior número de hospitais SUS, com 681 unidades (11,11% do total de hospitais SUS), seguido por Minas Gerais com 617 hospitais (10,07%), Bahia com 552 hospitais (9,01%) e Paraná com 479 hospitais (7,82%). O Rio de Janeiro, que é o quarto no tocante a número de hospitais no Brasil, encontra-se em sexto lugar quando se trata de hospitais SUS.



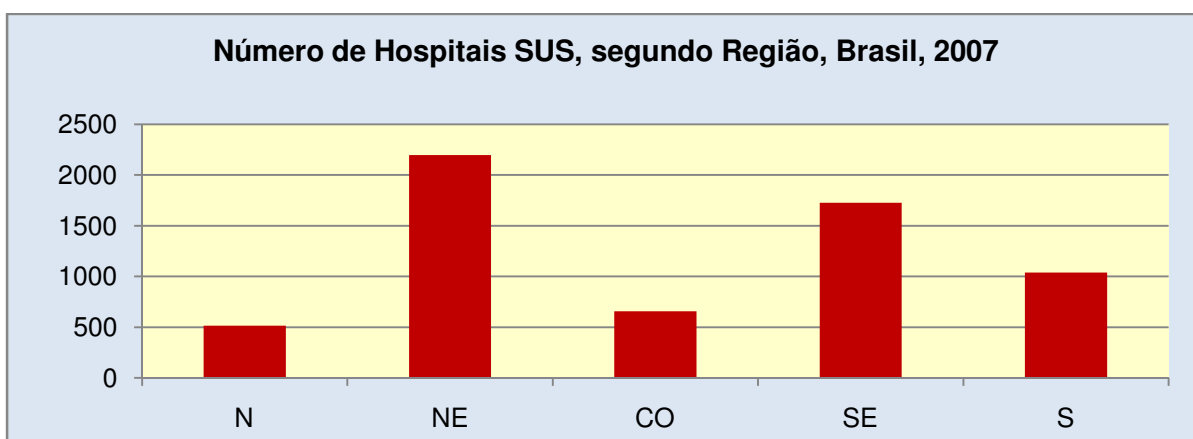
**Gráfico 03:** Número de Hospitais que recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde, por Unidade da Federação (n = 6.129)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007



As Unidades Federativas que apresentam o menor número de hospitais SUS são Roraima com 16 hospitais (0,26%), Amapá com 17 hospitais (0,28%), Acre e Distrito Federal com 25 hospitais (0,41%) e Sergipe com 65 hospitais (1,06%). O Estado do Tocantins, que possui o quinto menor número de hospitais no Brasil, apresenta o sétimo menor número de hospitais SUS.

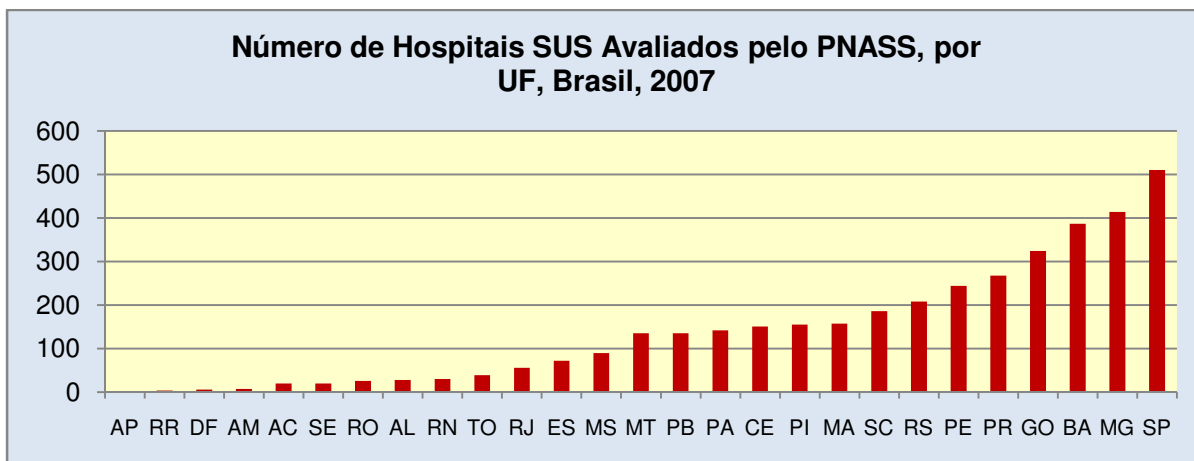
O Gráfico 04 indica a distribuição de hospitais SUS por Região. A Região Nordeste possui o maior número de hospitais SUS, com 2.196 unidades (35,83%), seguida pelas Regiões Sudeste com 1.726 unidades (28,16%), Sul com 1.037 hospitais (16,92%), Centro-Oeste com 657 hospitais (10,72%) e Norte com 513 unidades (8,37%).



**Gráfico 04:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde por Região (n = 6.129)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

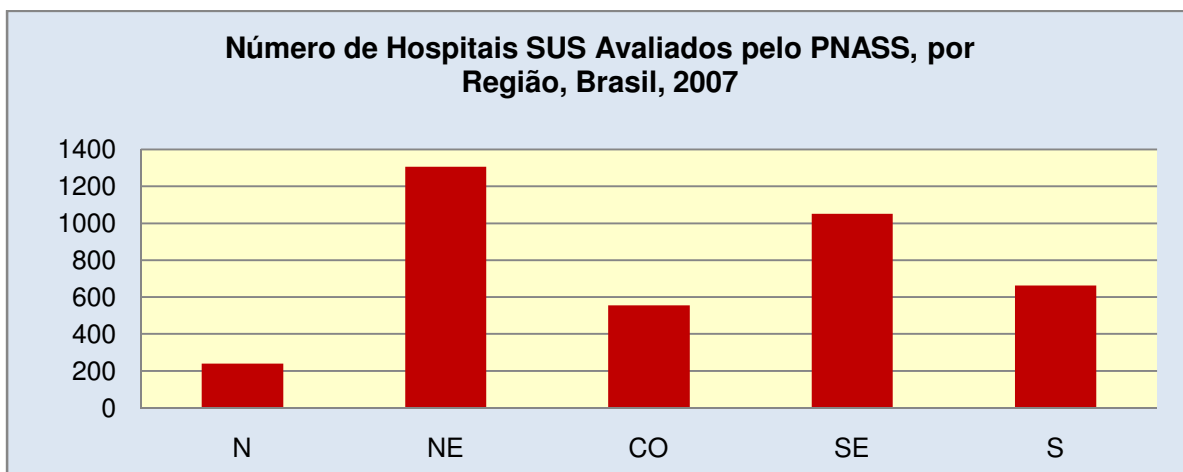
No Gráfico 05 observa-se a distribuição dos hospitais SUS avaliados pelo PNASS. Como esperado, São Paulo apresenta o maior número de hospitais avaliados, 510 (13,37% do total de hospitais vinculados ao SUS no estado), seguidos pelos Estados de Minas Gerais com 414 hospitais (10,85%), Bahia com 387 (10,14%), Goiás com 324 (8,49%) e Paraná com 268 unidades avaliadas (7,02%). As Unidades Federativas com o menor número de hospitais avaliados foram Amapá com um hospital (0,03%), Roraima com 4 (0,10%), Distrito Federal com 6 (0,16%), Amazonas com 7 (0,18%) e Acre com 20 hospitais (0,52%).



**Gráfico 05:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Unidade da Federação (n = 3.815)

**Fonte:** Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 06 mostra que a Região com o maior número de hospitais SUS avaliados pelo PNASS é a Nordeste, com 1.307 hospitais (34,26% do total de hospitais SUS da região), seguida pelas Regiões Sudeste com 1.052 unidades (27,58%), Sul com 662 (17,35%), Centro-Oeste com 555 (14,55%) e Norte com 239 hospitais (6,26%).



**Gráfico 06:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Região (n = 3.815)

**Fonte:** Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Quadro 07 mostra o número de hospitais totais de cada Unidade da Federação, de hospitais SUS e de hospitais SUS avaliados pelo PNASS. Observa-se que os Estados que apresentam a menor proporção de hospitais SUS dentre o total de hospitais são o Distrito Federal (29,41%), Rio de Janeiro (57,31%), Rondônia

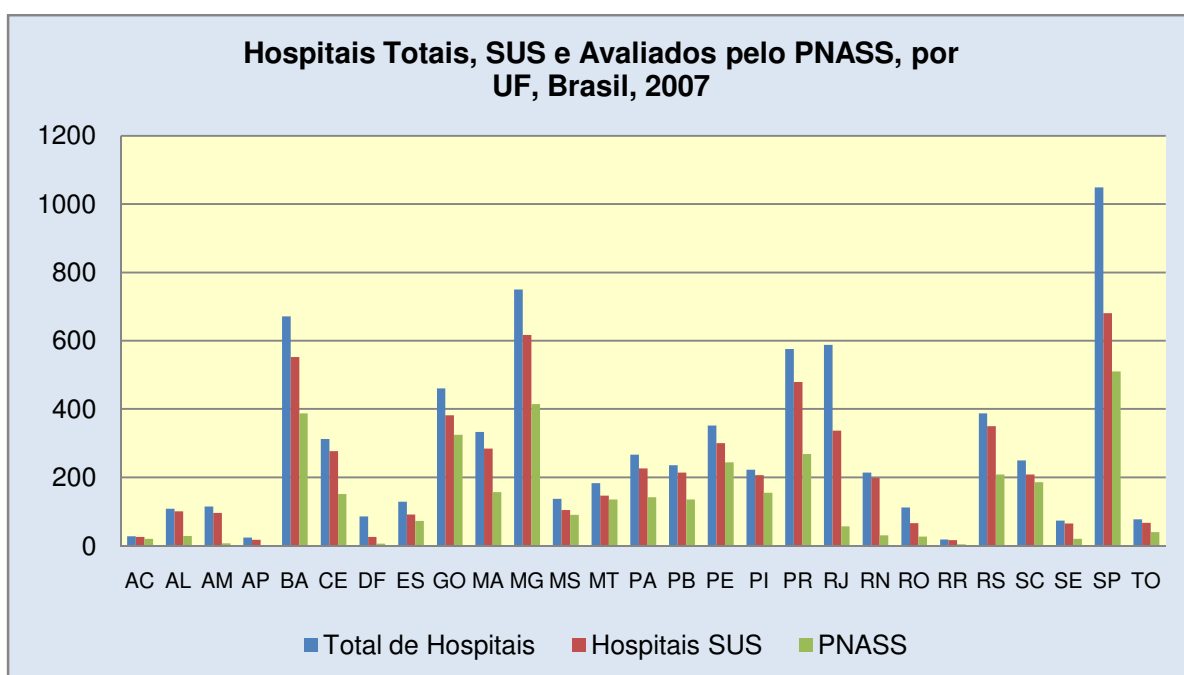
(58,93%) e São Paulo (64,92%). Já as Unidades da Federação que apresentam a maior proporção de hospitais SUS avaliados pelo PNASS dentre os hospitais SUS são Rio Grande do Norte (92,52%), Acre (92,59%), Alagoas (92,59%) e Piauí (92,79%). O Estado que realizou o menor número de avaliações do PNASS dentre os hospitais SUS são os Estados do Amapá (5,88%), Amazonas (7,29%), Rio Grande do Norte (15,15%) e Rio de Janeiro (16,62%). Por outro lado, as Unidades da Federação que realizaram, proporcionalmente, o maior número de avaliações foram Goiás (84,82%), Mato Grosso do Sul (86,54%), Santa Catarina (89,42%) e Mato Grosso (92,47%). As mesmas informações podem ser melhor visualizadas no Gráfico 07.

UF	Total de Hospitais	% de Hospitais SUS dentre o Total de Hospitais	Hospitais SUS	% de Hospitais SUS Avaliados pelo PNASS dentre o Total de Hospitais SUS	Hospitais SUS Avaliados pelo PNASS
<b>Acre</b>	27	92,59%	25	80,00%	20
<b>Alagoas</b>	108	92,59%	100	28,00%	28
<b>Amazonas</b>	114	84,21%	96	7,29%	7
<b>Amapá</b>	23	73,91%	17	5,88%	1
<b>Bahia</b>	671	82,27%	552	70,11%	387
<b>Ceará</b>	312	88,78%	277	54,51%	151
<b>Distrito Federal</b>	85	29,41%	25	24,00%	6
<b>Espírito Santo</b>	128	71,09%	91	79,12%	72
<b>Goiás</b>	460	83,04%	382	84,82%	324
<b>Maranhão</b>	333	85,29%	284	55,28%	157
<b>Minas Gerais</b>	750	82,27%	617	67,10%	414
<b>Mato Grosso do Sul</b>	137	75,91%	104	86,54%	90
<b>Mato Grosso</b>	183	79,78%	146	92,47%	135
<b>Pará</b>	266	84,96%	226	62,83%	142
<b>Paraíba</b>	235	91,06%	214	63,08%	135
<b>Pernambuco</b>	352	85,23%	300	81,33%	244
<b>Piauí</b>	222	92,79%	206	75,24%	155
<b>Paraná</b>	576	83,16%	479	55,95%	268
<b>Rio de Janeiro</b>	588	57,31%	337	16,62%	56
<b>Rio Grande do Norte</b>	214	92,52%	198	15,15%	30
<b>Rondônia</b>	112	58,93%	66	39,39%	26

<b>Roraima</b>	18	88,89%	16	25,00%	4
<b>Rio Grande do Sul</b>	387	90,44%	350	59,43%	208
<b>Santa Catarina</b>	249	83,53%	208	89,42%	186
<b>Sergipe</b>	73	89,04%	65	30,77%	20
<b>São Paulo</b>	1.049	64,92%	681	74,89%	510
<b>Tocantins</b>	77	87,01%	67	58,21%	39
<b>TOTAL</b>	7.749	79,09%	6.129	62,25%	3.815

**Quadro 07:** Número e Proporção de Hospitais Totais, Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde Avaliados pelo PNASS, por Unidade da Federação

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007



**Gráfico 07:** Número de Hospitais Totais, Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Unidade da Federação (n = 7.749, 6.129 e 3.815)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

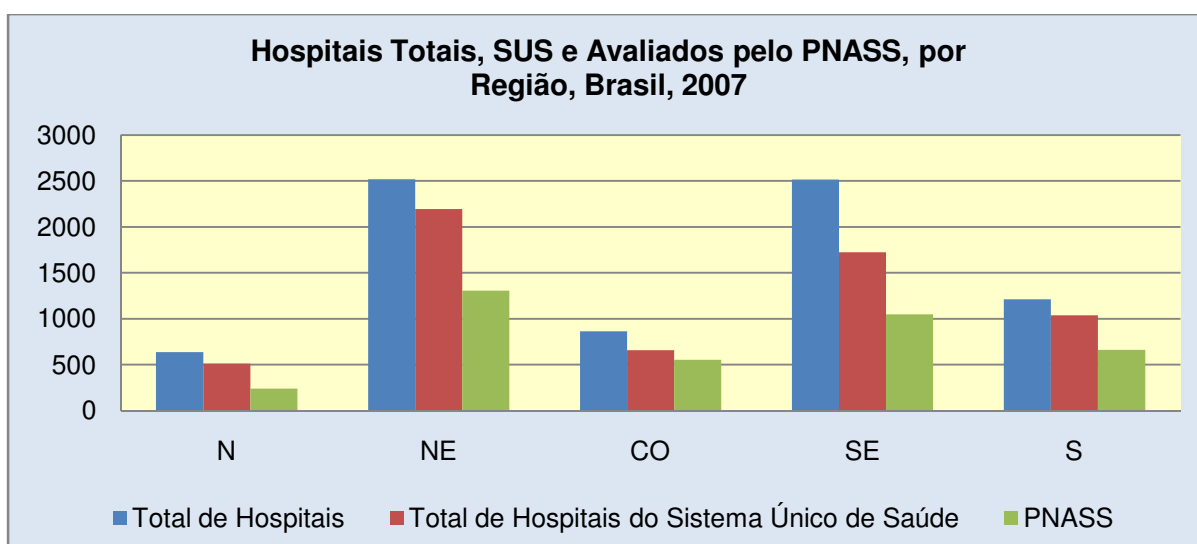
O Quadro 08 mostra o comparativo dos hospitais totais de cada Região, bem como dos Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS. Observa-se que a Região que apresenta a menor proporção de hospitais SUS dentre o total de hospitais é a Região Sudeste (68,63%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste (75,95%), Norte (80,53%), Sul (85,56%) e Nordeste (87,14%). Já a Região que apresenta a maior proporção de hospitais SUS avaliados pelo PNASS dentre os hospitais SUS é a Região Centro-Oeste (84,47%), Sul

(63,84%), Sudeste (60,83%), Nordeste (59,52%) e Norte (46,59%). As mesmas informações podem ser melhor visualizadas no Gráfico 08.

Região	Total de Hospitais	Porcentagem em de Hospitais SUS dentro o Total de Hospitais	Total de Hospitais do Sistema Único de Saúde	Porcentagem em de Hospitais SUS Avaliados pelo PNASS dentro o Total de Hospitais SUS	PNASS
<b>Norte</b>	637	80,53%	513	46,59%	239
<b>Nordeste</b>	2520	87,14%	2196	59,52%	1307
<b>Centro-Oeste</b>	865	75,95%	657	84,47%	555
<b>Sudeste</b>	2515	68,63%	1726	60,83%	1050
<b>Sul</b>	1212	85,56%	1037	63,84%	662
<b>TOTAL</b>	7749	79,09%	6129	62,21%	3813

**Quadro 08:** Número e Proporção de Hospitais do Sistema Único de Saúde dentre os Hospitais Totais e de Hospitais do Sistema Único de Saúde Avaliados pelo PNASS dentre os Hospitais do Sistema Único de, por Região

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

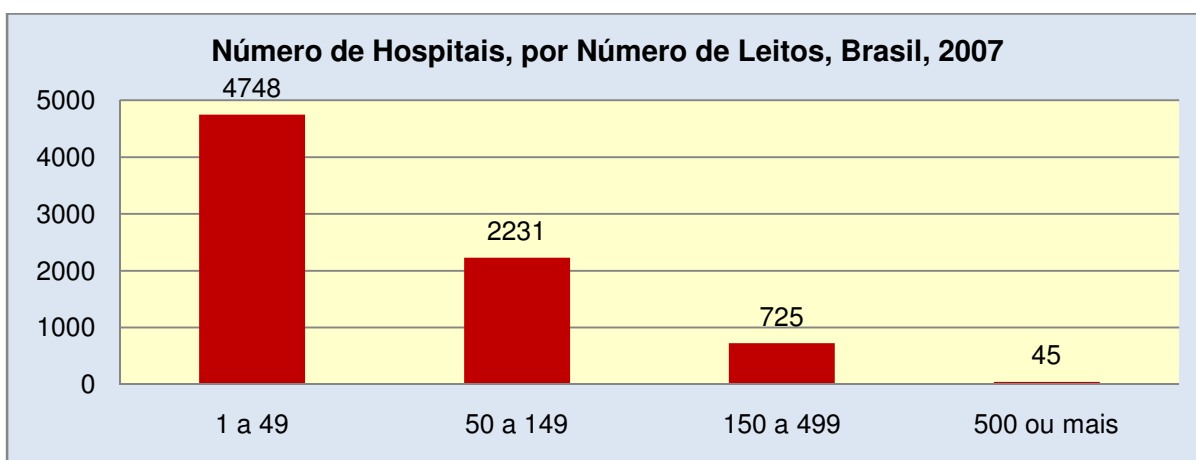


**Gráfico 08:** Número de Hospitais Totais, Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Região (n = 7.749, 6.129 e 3.815)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

## 5.2 HOSPITAIS BRASILEIROS, POR PORTE E REGIÃO

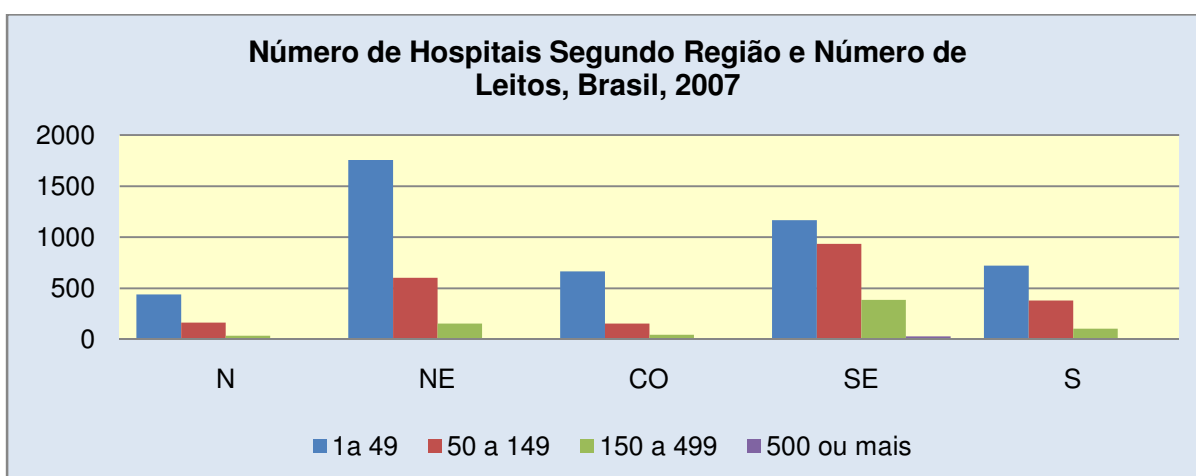
Dos 7.749 hospitais existentes no Brasil, 61,27% (4.748 hospitais) possuem de 1 a 49 leitos, 28,79% (2.231 hospitais) possuem de 50 a 149 leitos, 9,36% (725 hospitais) possuem de 150 a 499 leitos e somente 0,58% (45) hospitais possuem mais de 500 leitos, segundo o CNES, conforme observado no Gráfico 09.



**Gráfico 09:** Número de Hospitais por Número de Leitos (n = 7.749)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

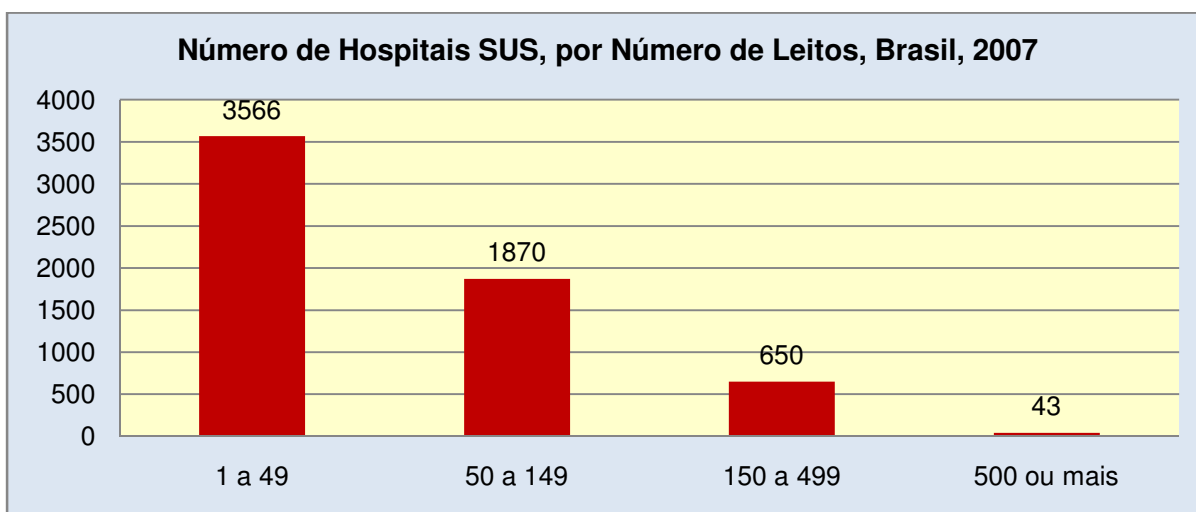
Em relação a sua distribuição regional, observa-se no Gráfico 10 que a Região Nordeste é a que apresenta o maior número de hospitais com menos de 50 leitos, seguida respectivamente pelas Regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte.



**Gráfico 10:** Número de Hospitais segundo Região e Número de Leitos (n = 7.749)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

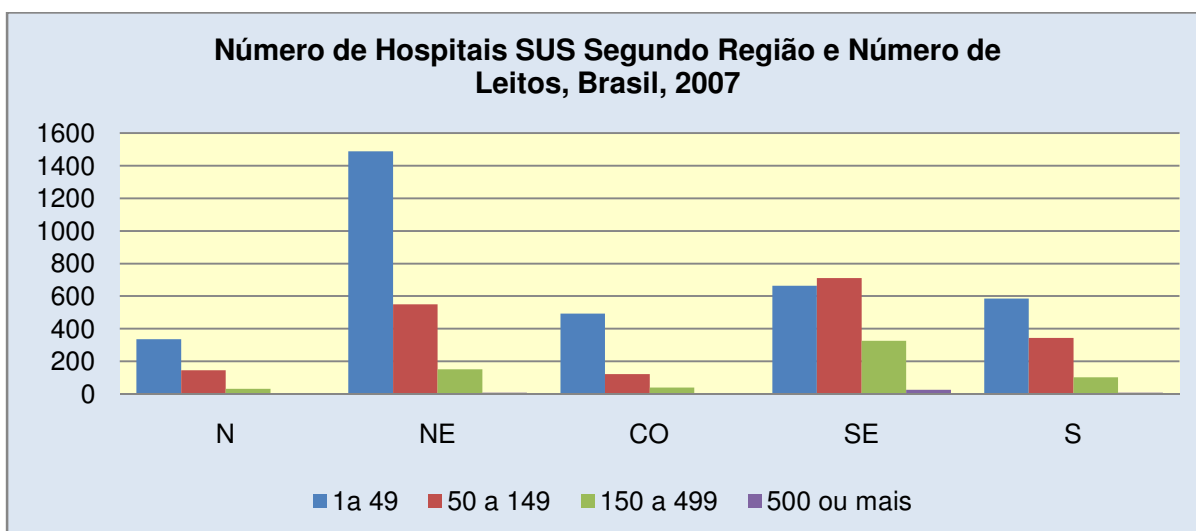
Dos 6.129 hospitais SUS, 58,18% (3.566 hospitais) possuem de 1 a 49 leitos, 30,51% (1.870) possuem de 50 a 149 leitos, 10,61% (650) possuem de 150 a 499 leitos e 0,70% (43) possuem mais de 500 leitos, conforme observado no Gráfico 11.



**Gráfico 11:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde por Número de Leitos (n = 6.129)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

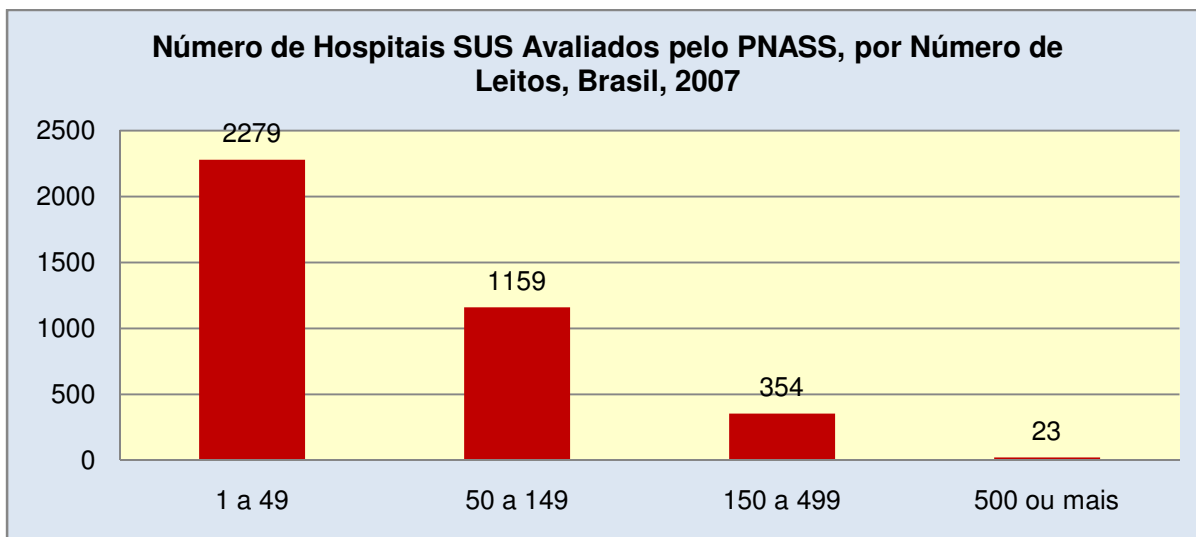
Em relação à distribuição regional, observa-se no Gráfico 12 que a Região Nordeste é a que apresenta o maior número de hospitais SUS com menos de 50 leitos, seguidos pelas Regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte.



**Gráfico 12:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde, segundo Região e Número de Leitos (n = 6.129)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

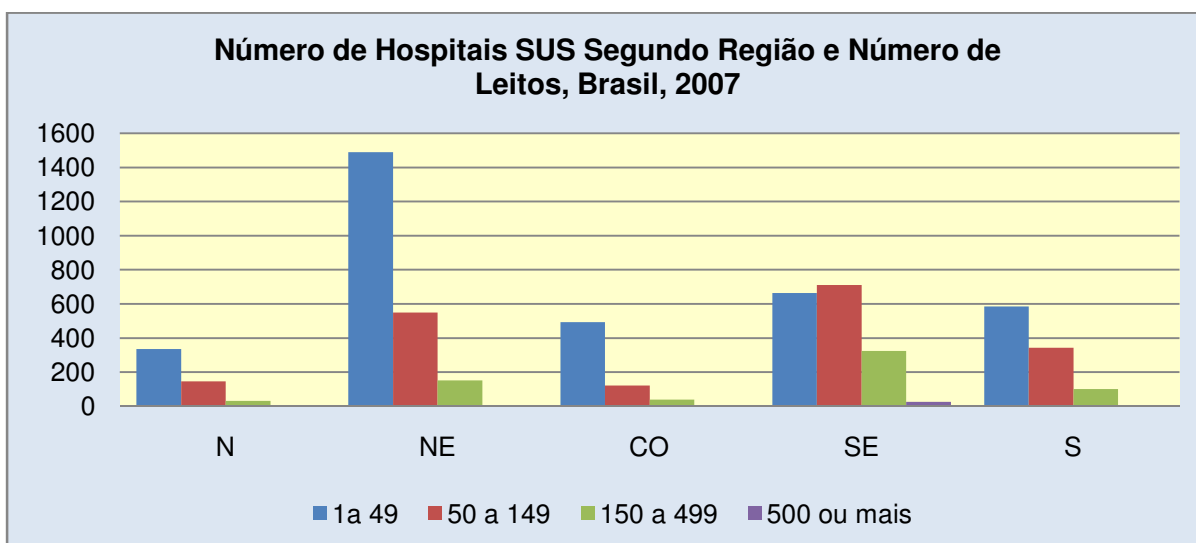
Dos 3.815 hospitais do Sistema Único de Saúde, 59,74% (2.279 hospitais) possuem de 1 a 49 leitos, 30,38% (1.159) possuem de 50 a 149 leitos, 9,28% (354) possuem de 150 a 499 leitos e 0,60% (23 hospitais) possuem mais de 500 leitos, conforme observado no Gráfico 13.



**Gráfico 13:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde por Número de Leitos (n = 3.815)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

Em relação à distribuição regional, observa-se no Gráfico 14 que a Região Nordeste é a que apresenta o maior número de hospitais SUS com menos de 50 leitos avaliados pelo PNASS, seguida pelas Regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Norte.

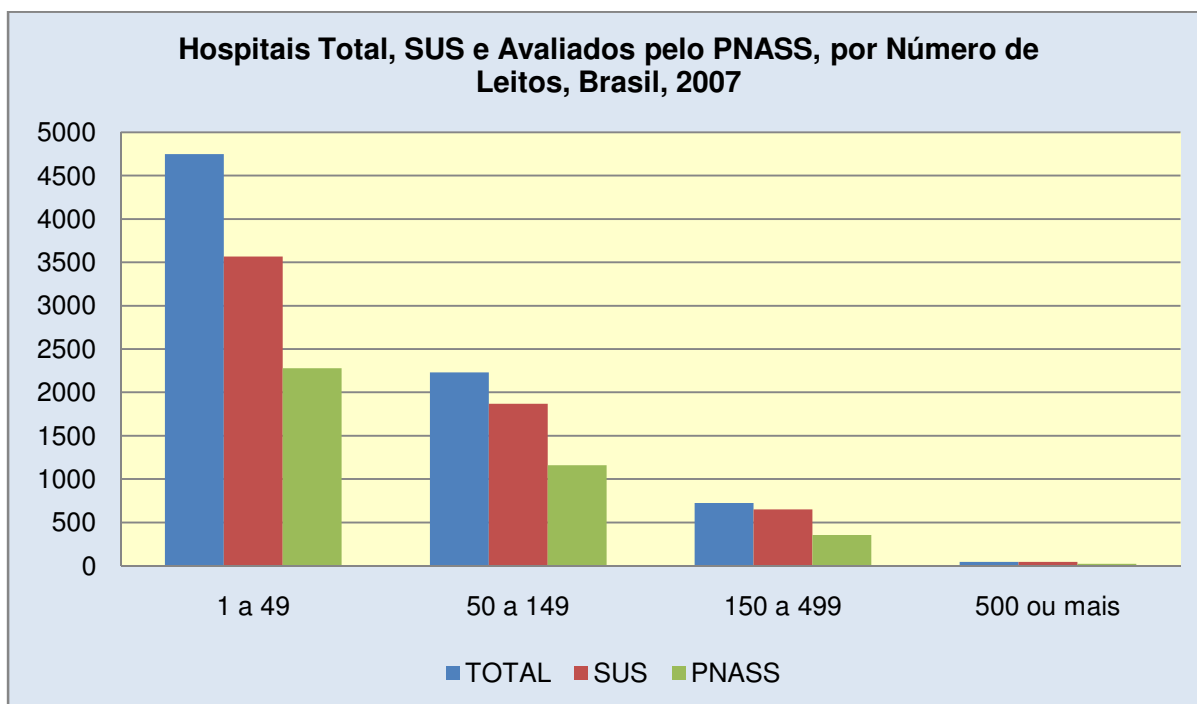


**Gráfico 14:** Número de Hospitais do Sistema Único de Saúde, segundo Região e Número de Leitos (n = 3.815)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007



O Gráfico 15 mostra o número de hospitais totais, de hospitais SUS e de hospitais SUS avaliados pelo PNASS por número de leitos.



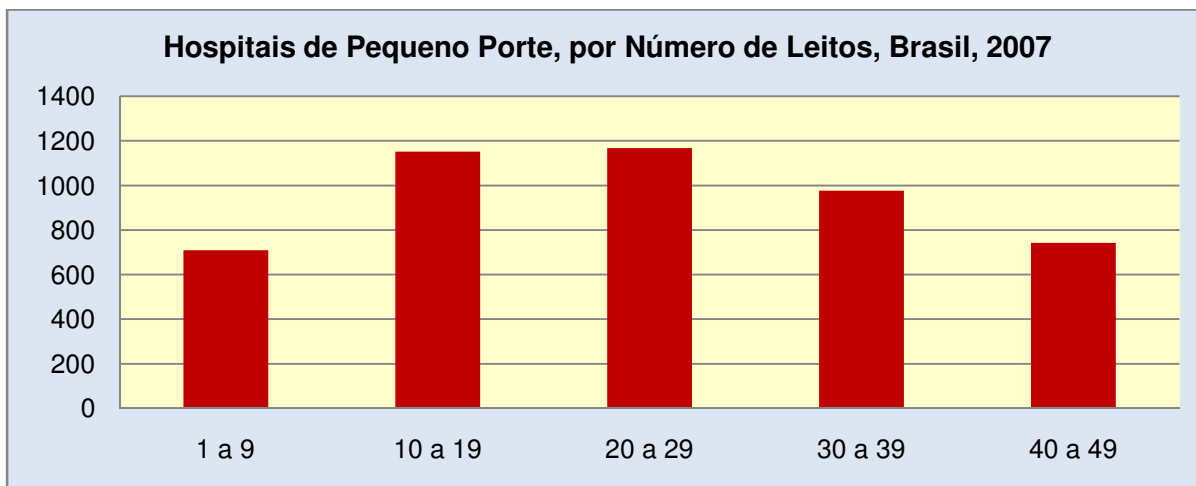
**Gráfico 15:** Número de Hospitais Totais, Hospitais do Sistema Único de Saúde e Hospitais do Sistema Único de Saúde avaliados pelo PNASS, por Porte (n = 7.749, 6.129 e 3.815)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informações do Programa Nacional de Avaliação de Sistemas de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

### 5.3 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL

Conforme exposto, existem no Brasil, 4.748 hospitais com menos de 50 leitos (61,27% dos hospitais do país). Destes, 3.566 (75% dos hospitais de pequeno porte) recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde e 2.279 (67,90%) foram avaliados pelo PNASS. Optou-se por categorizar estes pequenos hospitais por grupos, de acordo com o número de leitos (de 1 a 9; de 10 a 19; de 20 a 29; de 30 a 39 e de 40 a 49). O Gráfico 16 evidencia a distribuição dos hospitais de pequeno porte brasileiros, segundo esta categorização. Dos 4.748 HPP, 24,60% (1.168 hospitais) possuem de 20 a 29 leitos, 24,24% (1.151) possuem de 10 a 19 leitos,

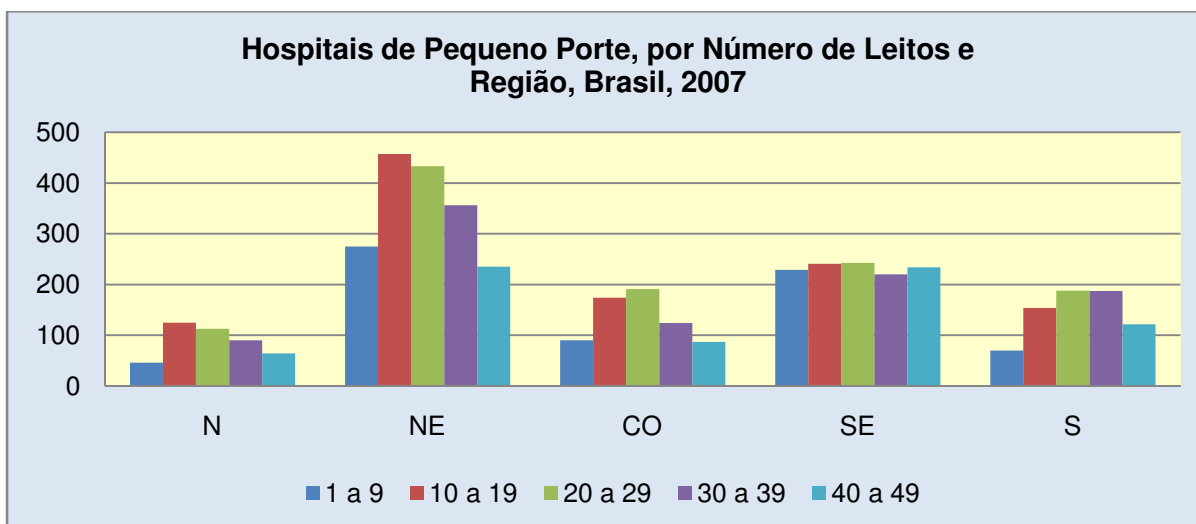
20,58% (977) possuem de 30 a 39 leitos, 15,63% (742) possuem de 40 a 49 leitos e 14,95% (710) possuem de 1 a 9 leitos.



**Gráfico 16:** Número de Hospitais de Pequeno Porte, por Número de Leitos (n = 4.748)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 17 evidencia que, em todas as regiões do país, predominam HPP com 10 a 29 leitos, com exceção da Região Sul, em que predominam HPP com 20 a 39 leitos.

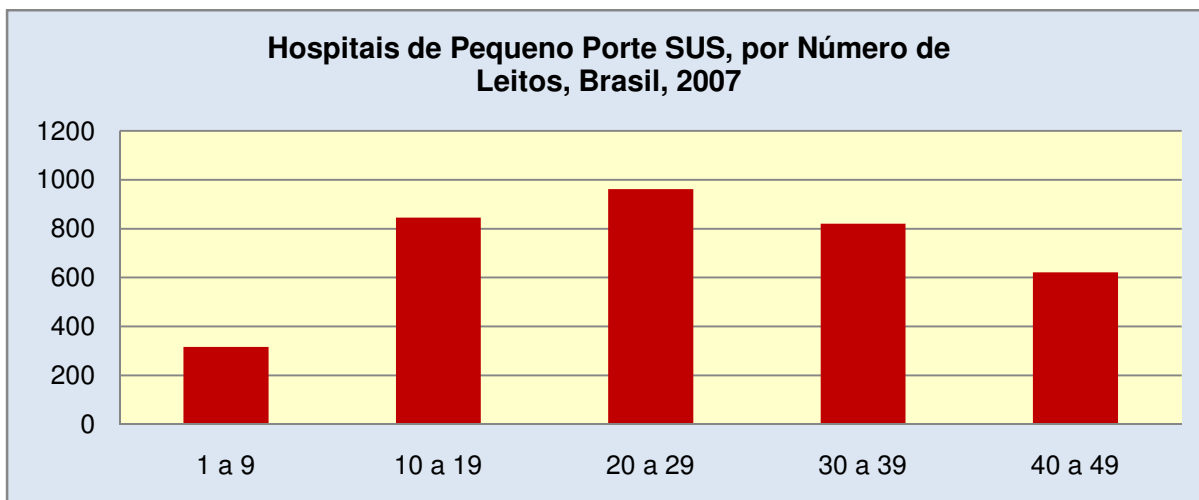


**Gráfico 17:** Número de Hospitais de Pequeno Porte, por Número de Leitos e Região (n = 4.748)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 18 evidencia a distribuição dos hospitais de pequeno porte brasileiros que recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde (HPP SUS), segundo o número de leitos. Do mesmo modo que o total de HPP, a maior

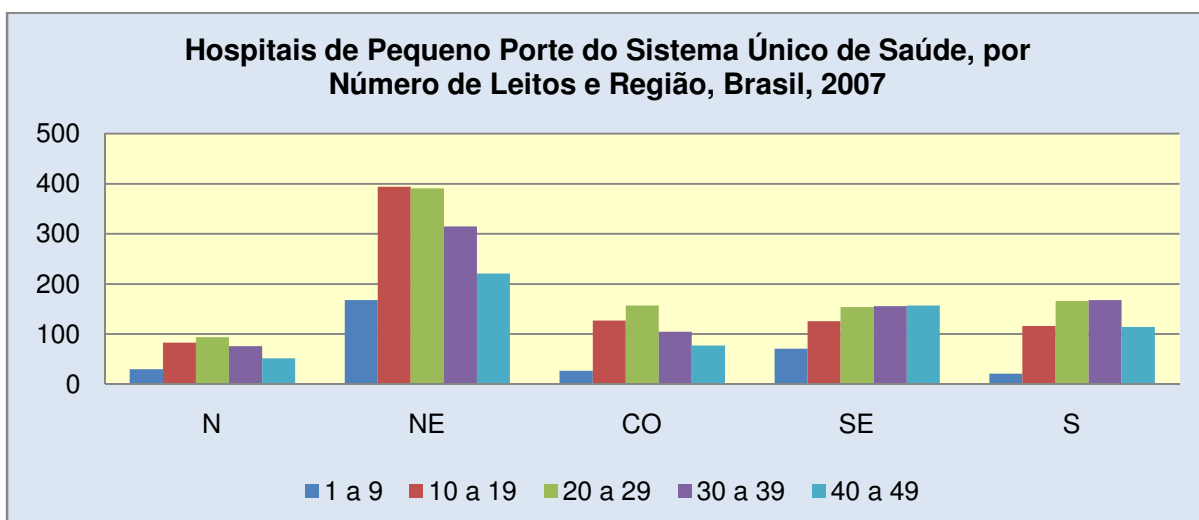
concentração de HPP SUS se dá em hospitais de 20 a 29 leitos, com 20,26% (962 hospitais). Em seguida, 17,82% (846) possuem de 10 a 19 leitos, 17,27% (820) possuem de 30 a 39 leitos, 13,08% (621) possuem de 40 a 49 leitos e 6,68% (317) possuem de 1 a 9 leitos.



**Gráfico 18:** Número de Hospitais de Pequeno Porte Financiados pelo Sistema Único de Saúde, por Número de Leitos (n = 3.566)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

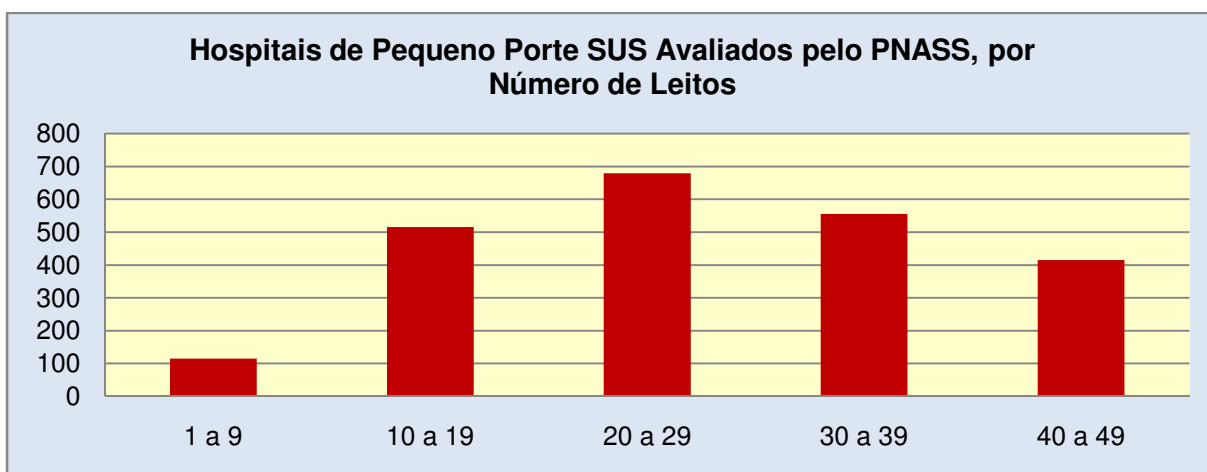
O Gráfico 19 mostra que a predominância de HPP SUS com 10 a 29 leitos se dá nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Na Região Sudeste predomina os HPP SUS com 30 a 49 leitos e na Região Sul, os de 20 a 39 leitos



**Gráfico 19:** Número de Hospitais de Pequeno Porte Financiados pelo Sistema Único de Saúde, por Número de Leitos e Região (n = 3.566)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

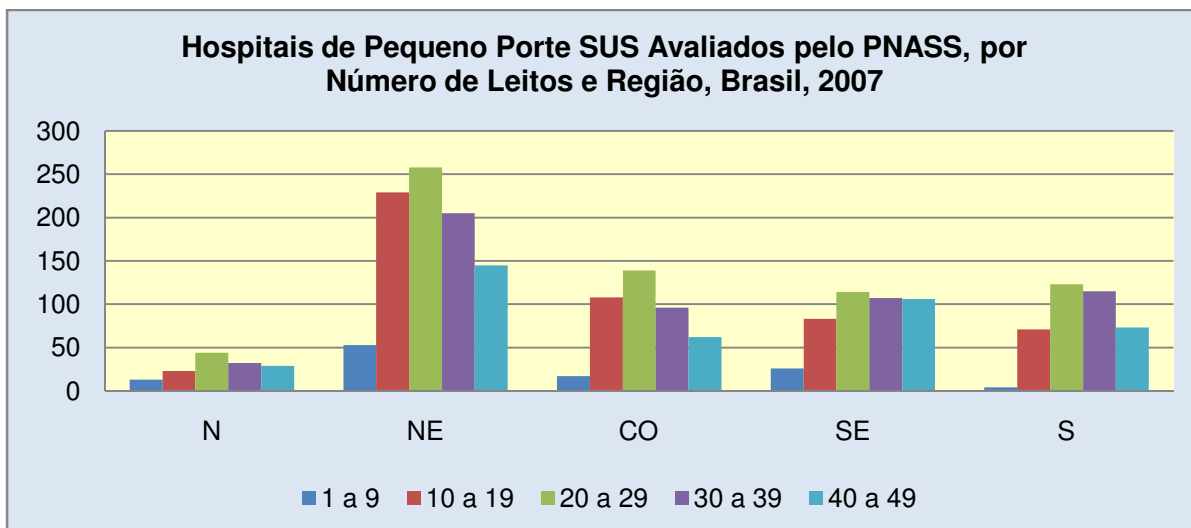
A distribuição dos HPP SUS avaliados pelo PNASS é semelhante à observada nos HPP e HPP SUS, com uma diferença: predominam hospitais entre 20 e 29 leitos, seguidos pelos de 30 a 39 leitos, ao contrário dos demais, em que predominam os de 20 a 29 leitos, seguidos pelos de 10 a 19. Dos 2.279 HPP SUS avaliados pelo PNASS, 29,79% (679 hospitais) possuem entre 20 a 29 leitos, 24,35% (555) possuem de 30 a 39 leitos, 22,60% (515) possuem de 10 a 19 leitos, 18,21% (415) possuem de 40 a 49 leitos e 5,05% (115) possuem de 1 a 9 leitos, conforme evidenciado no Gráfico 20.



**Gráfico 20:** Número de Hospitais de Pequeno Porte Financiados pelo Sistema Único de Saúde e Avaliados pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, por Número de Leitos (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 21 mostra que a predominância de HPP SUS avaliados pelo PNASS com 10 a 29 leitos se dá nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, da mesma maneira que observado nas distribuições anteriores. Na Região Sudeste, a maior parte dos HPP SUS avaliados pelo PNASS tem entre 20 a 49 leitos e, na Região Sul, entre 20 a 39 leitos.



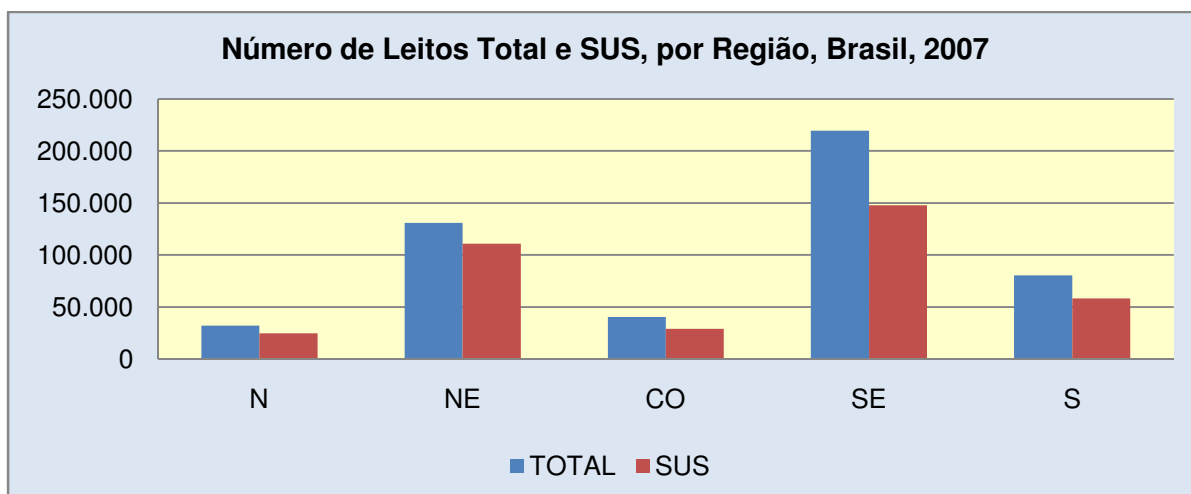
**Gráfico 21:** Número de Hospitais de Pequeno Porte Financiados pelo Sistema Único de Saúde e Avaliados pelo PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 3.566)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

#### 5.4 LEITOS POR REGIÃO

Segundo dados de setembro de 2007, existem 502.909 leitos hospitalares distribuídos nos 7.749 hospitais brasileiros. A região que possui a maior proporção de leitos é a Sudeste, com 43,67% (219.597 leitos), seguida pelas regiões Nordeste com 26,04% (130.970), Sul com 15,95% (80.239), Centro-Oeste com 8,00% (40.209) e Norte com 6,34% (31.894).

Os 6.129 hospitais que recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde possuem 370.400 leitos (denominados “leitos SUS”), o que corresponde a 73,65% dos leitos do país. 39,90% (147.788 leitos) dos leitos SUS encontram-se na Sudeste, seguida pelas regiões Nordeste com 29,91% (110.787), Sul com 15,72% (58.237), Centro-Oeste com 7,79% (28.841) e Norte com 6,68% (24.747). Estas informações podem ser observadas no Gráfico 22.



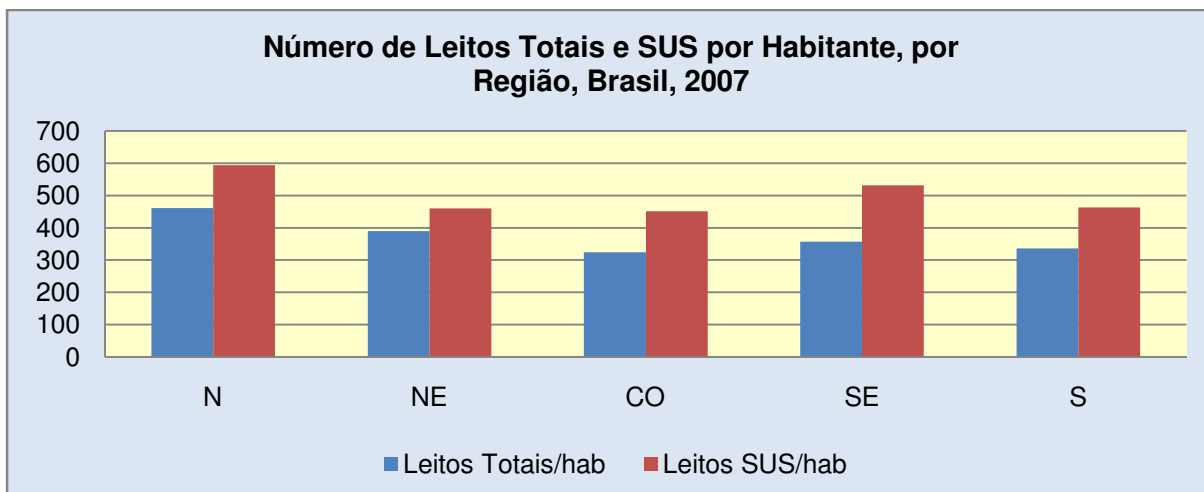
**Gráfico 22:** Número de Leitos Totais e Leitos Financiados pelo Sistema Único de Saúde, por Região (n = 502.909 e 370.400)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

A região com a maior proporção de leitos SUS em relação ao total de leitos é a região Nordeste com 84,59%, seguida pelas regiões Norte (77,59%), Sul (72,58%), Centro-Oeste (71,73%) e Sudeste (67,30%).

O Brasil possui um leito para 366 habitantes. Ao se analisar o número de leitos do total de hospitais brasileiros por habitantes de cada região, observa-se que a região com a maior disponibilidade de leitos por habitante é a Região Centro-Oeste com um leito para 324 habitantes, seguida pelas regiões Sul (um leito para 336 habitantes), Sudeste (um leito para 357 habitantes), Nordeste (um leito para 390 habitantes) e Norte (um leito para 461 habitantes).

Em relação aos leitos SUS, existe um leito para 497 habitantes. Observa-se que a maior disponibilidade ocorre na Região Centro-Oeste com um leito para 451 habitantes, seguida pelas regiões Nordeste (um leito para 461 habitantes), Sul (um leito para 463 habitantes), Sudeste (um leito para 531 habitantes) e Norte (um leito para 594 habitantes), conforme observado no Gráfico 23.



**Gráfico 23:** Número de Leitos Totais e Leitos Financiados pelo Sistema Único de Saúde, por habitante e Região (n = 502.909 e 370.400)

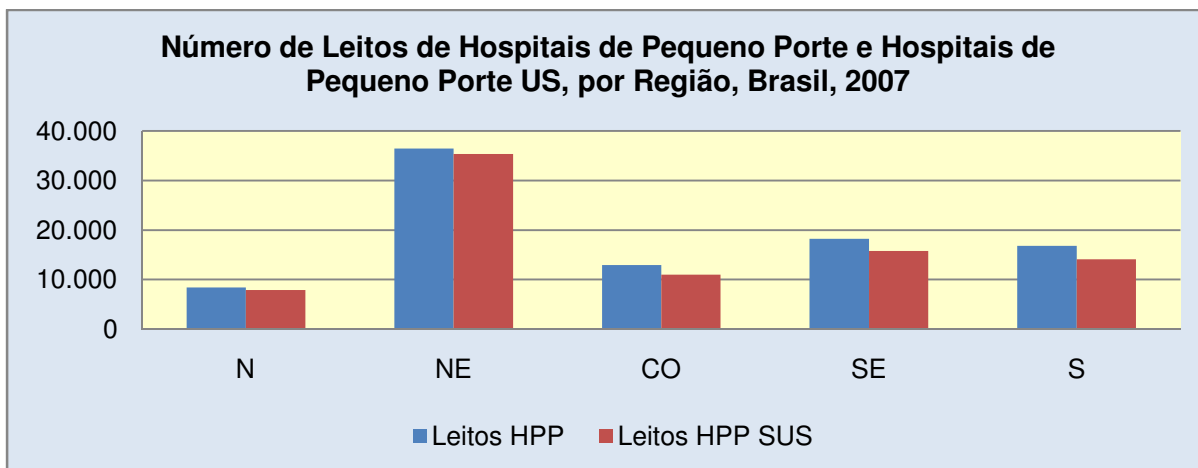
**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Brasil, setembro de 2007

Os 4.748 hospitais de pequeno porte brasileiros possuem 92.801 leitos. 9,08% (8.430) leitos estão localizados na região Norte, 39,28% (36.452) no Nordeste, 13,90% (12.897) no Centro-Oeste, 19,65% (18.232) no Sudeste e 18,09% (16.790) no Sul, conforme observado no Gráfico 24.

Os leitos dos hospitais de pequeno porte (denominados “leitos HPP”) correspondem a 18,45% do total de leitos. A região com a maior proporção de leitos HPP é a Centro-Oeste (32,07%), seguida pelas regiões Nordeste (27,83%), Norte (26,43%), Sul (20,92%) e Sudeste (8,30%).

A média de leitos por hospital de pequeno porte é de 20. Esta média difere pouco para cada região. A região Norte apresenta média de 19 leitos por HPP, o Nordeste de 21 leitos por HPP, o Centro-Oeste de 19 leitos por HPP, o Sudeste de 16 leitos por HPP e o Sul de 23 leitos por HPP.

Os 3.566 hospitais de pequeno porte que recebem algum tipo de financiamento SUS (“HPP SUS”) possuem 84.105 leitos. 9,38% (7.891) leitos estão localizados na região Norte, 42,00% (35.324) no Nordeste, 13,07% (10.995) no Centro-Oeste, 18,78% (15.794) no Sudeste e 16,77% (14.101) no Sul, conforme observado no Gráfico 24.



**Gráfico 24:** Número de Leitos de Hospitais de Pequeno Porte e Leitos de Hospitais de Pequeno Porte Financiados pelo Sistema Único de Saúde, por Região (n = 92.801 e 84.105)

**Fonte:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Brasil, setembro de 2007

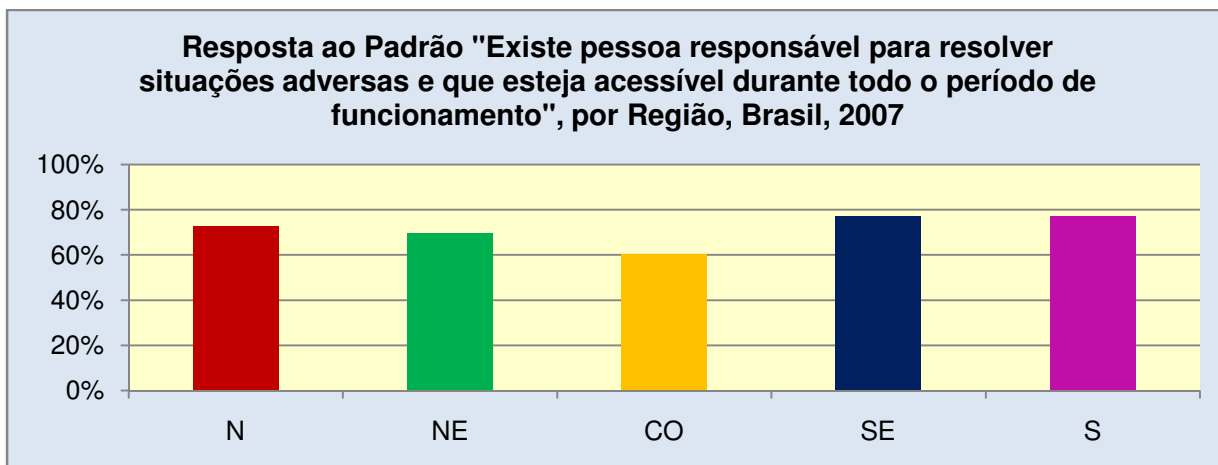
Os leitos dos hospitais de pequeno porte que recebem algum tipo de financiamento SUS (denominados “leitos HPP SUS”) correspondem a 22,71% do total de leitos. A região com a maior proporção de leitos HPP SUS é a Centro-Oeste (38,12%), seguida pelas regiões Norte (31,89%), Nordeste (31,88%), Sul (24,21%) e Sudeste (10,69%).

A média de leitos por hospital de pequeno porte é de 24. Esta média é a mesma para todas as regiões, com exceção da região Centro-Oeste que apresenta média de 22 leitos por hospital de pequeno porte com financiamento SUS.

## 5.5 RESPOSTAS DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE AOS PADRÕES DO ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE DO PNASS

O Gráfico 25 mostra a porcentagem de cumprimento, pelos HPP SUS avaliados pelo PNASS, ao Padrão número 02 do Roteiro de Padrões de Conformidade, “Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento”, por Região. Observa-se que a Região com a maior proporção de cumprimento a este padrão é a Região Sul (77,08%), seguida pelas Regiões Sudeste (77,05%), Norte (72,61%), Nordeste (69,84%) e Centro-Oeste (60,22%).

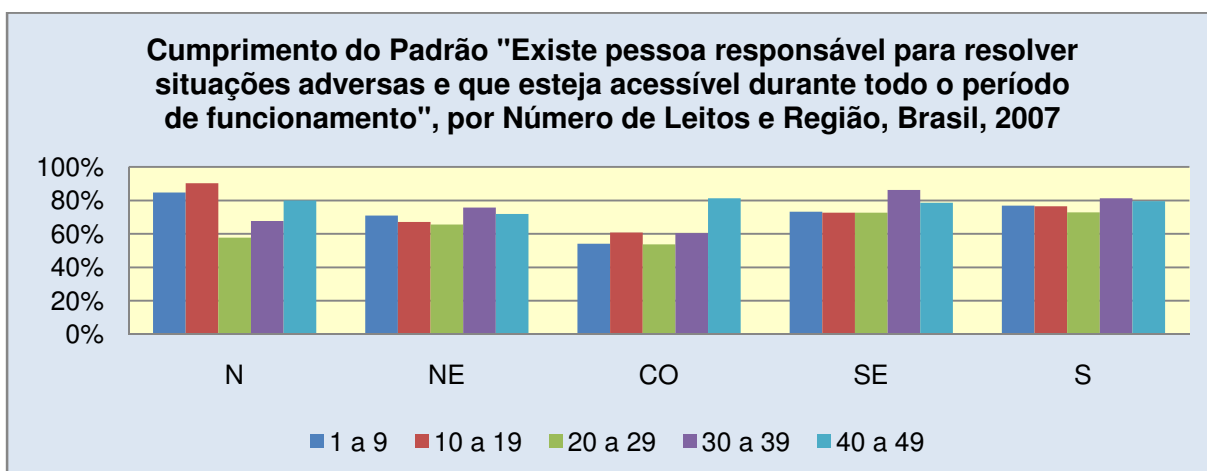




**Gráfico 25:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão de Número 02 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

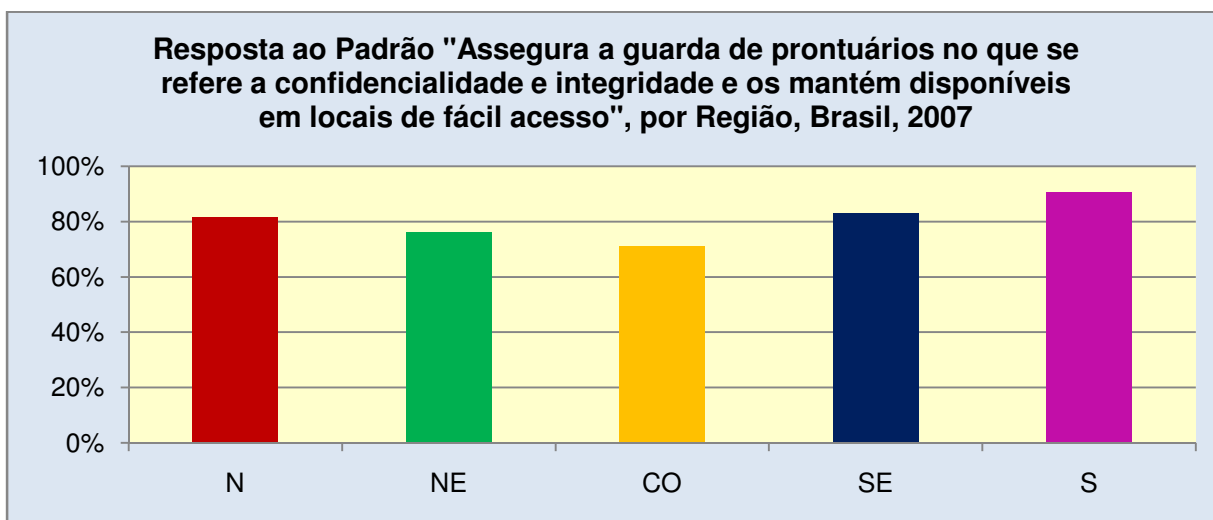
O Gráfico 26 evidencia a mesma informação, mas subdividida pelo número de leitos dos hospitais avaliados. Observa-se que o cumprimento do padrão é relativamente irregular. Na Região Norte, a maior proporção ocorreu nos HPP SUS de 1 a 19 leitos. Na Região Nordeste o cumprimento foi discretamente melhor nos HPP SUS de 30 a 49 leitos. Na Região Centro-Oeste, os HPP SUS de 40 a 49 leitos apresentaram melhor obediência a este padrão. Nas Regiões Sul e Sudeste a distribuição foi relativamente equitativa, com discreta tendência a hospitais maiores apresentarem melhor cumprimento ao padrão.



**Gráfico 26:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 02 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

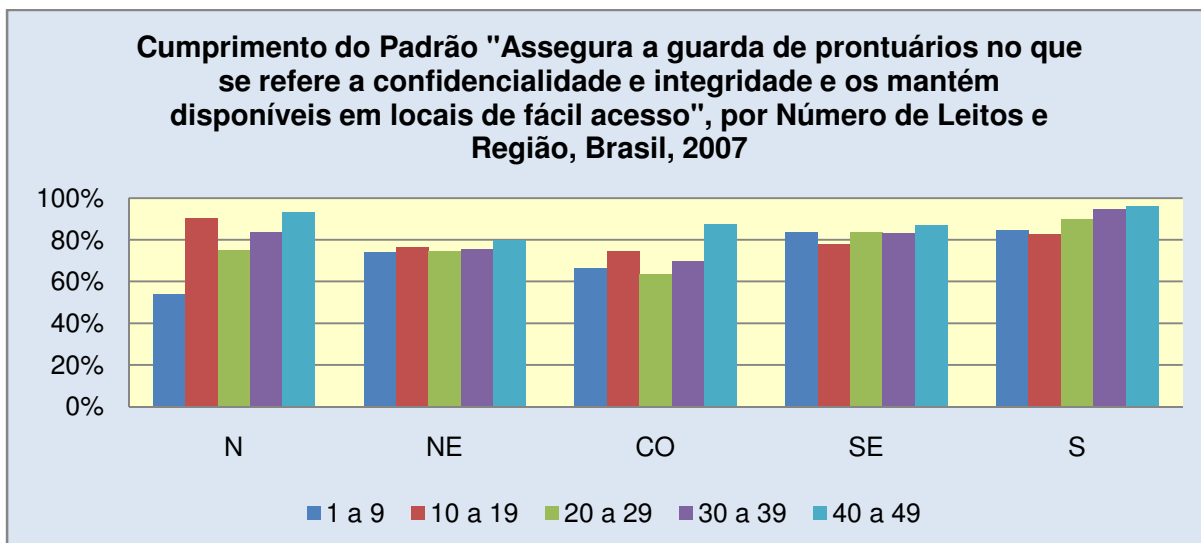
Quanto ao Padrão número 14 do Roteiro, “Assegura a guarda de prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em locais de fácil acesso”, a região que apresentou maior proporção de hospitais que cumpriram seus requisitos foi a Sul (90,67%), seguida pelas Regiões Sudeste (83,10%), Norte (81,53%), Nordeste (76,07%) e Centro-Oeste (71,09%), conforme observado no Gráfico 27.



**Gráfico 27:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 14 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

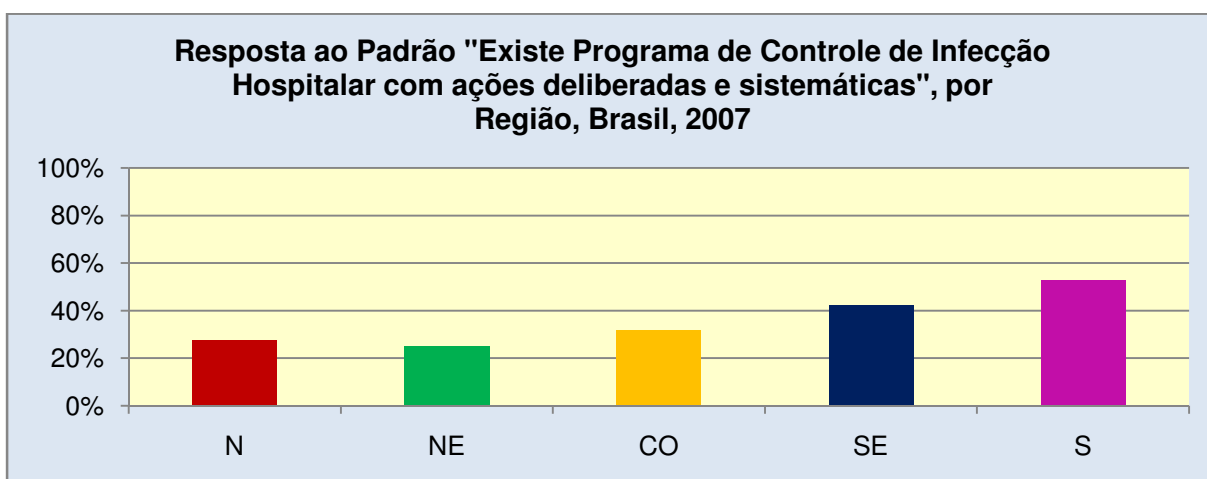
No Gráfico 28 observa-se que, nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul, hospitais de maior porte parecem apresentar melhor cumprimento deste padrão. Já nas Regiões Nordeste e Sudeste, aparentemente o porte não exerce influência.



**Gráfico 28:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 14 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

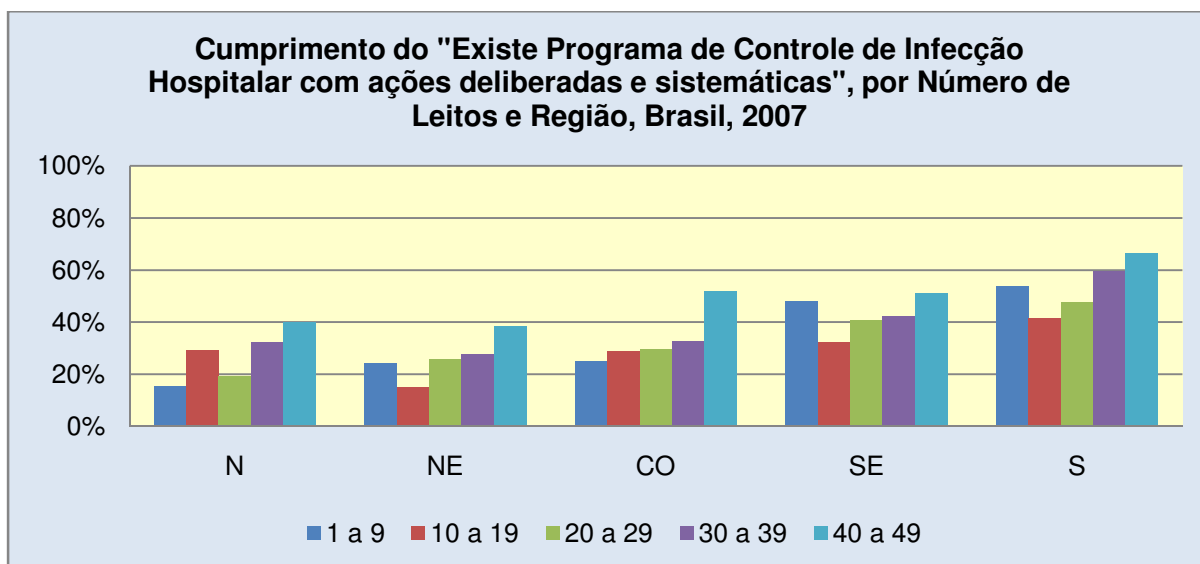
O Gráfico 29 mostra a proporção de cumprimento ao Padrão 25 do Roteiro, “Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas”, por Região. A Região Sul é a que apresenta a maior proporção de HPP SUS que o cumprem (52,74%), seguida pelas Regiões Sudeste (42,17%), Centro-Oeste (31,96%), Norte (27,39%) e Nordeste (25,21%).



**Gráfico 29:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 25 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

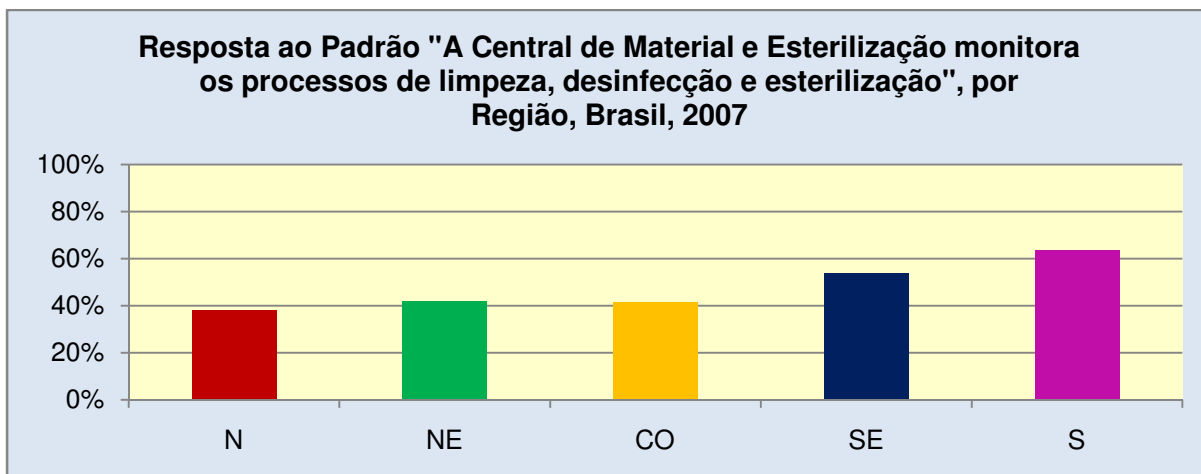
Observa-se, no Gráfico 30, que, claramente, o Padrão 25 é melhor cumprido por hospitais de maior porte. Mas as Regiões Nordeste, Sudeste e Sul apresentam HPP SUS de 1 a 9 leitos com melhor desempenho neste padrão que hospitais de 10 a 29 leitos.



**Gráfico 30:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 25 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

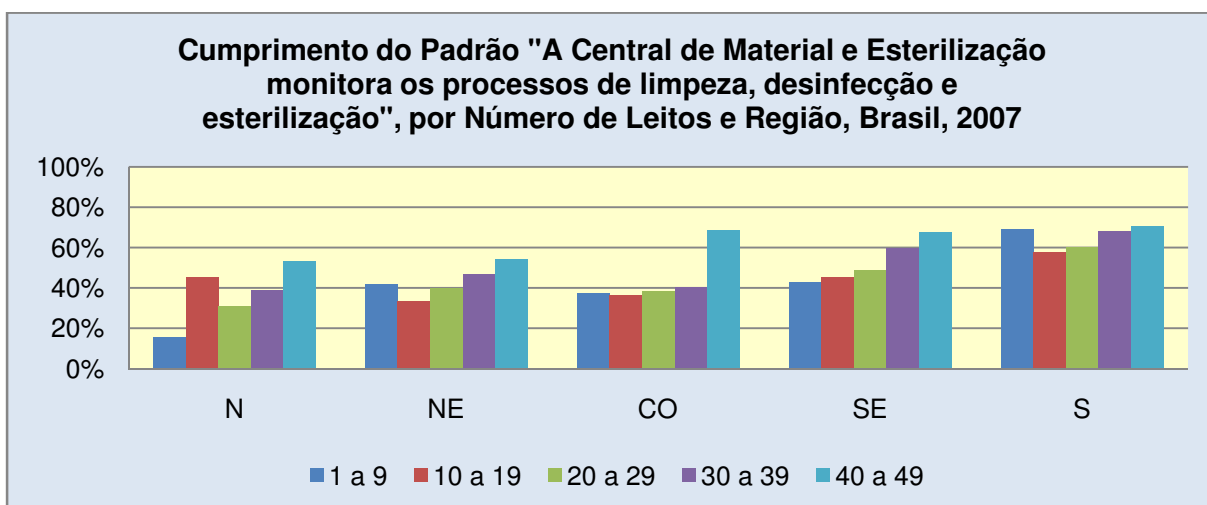
O Gráfico 31 evidencia a proporção de HPP SUS avaliados que cumpriram o padrão número 26, “A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização”. A Região com a maior proporção de hospitais que atendem a este padrão, do mesmo modo que aos anteriores, é a Região Sul (63,69%), seguida pelas Regiões Sudeste (53,91%), Nordeste (42,09%), Centro-Oeste (41,30%) e Norte (38,22%).



**Gráfico 31:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 26 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

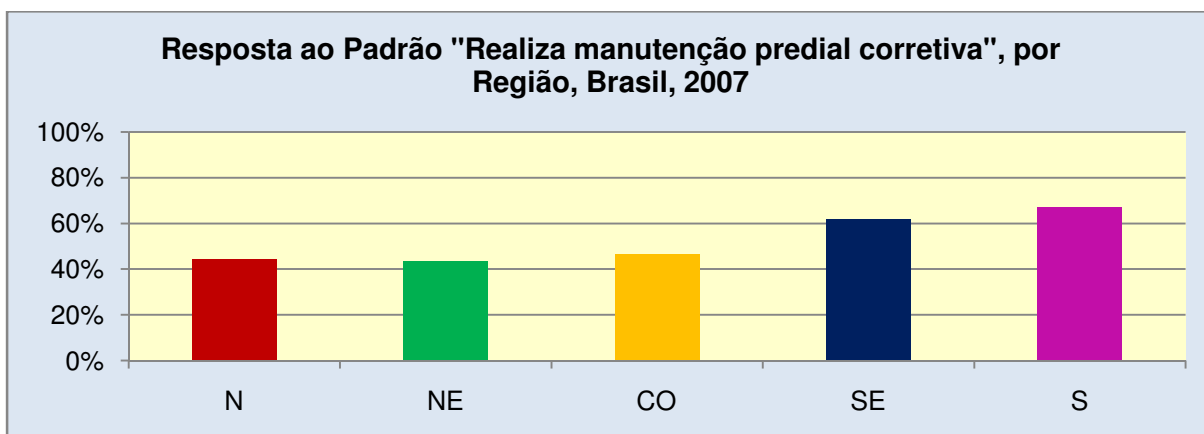
No Gráfico 32 observa-se que o grau de cumprimento deste padrão varia positivamente com o porte dos hospitais avaliados.



**Gráfico 32:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 26 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

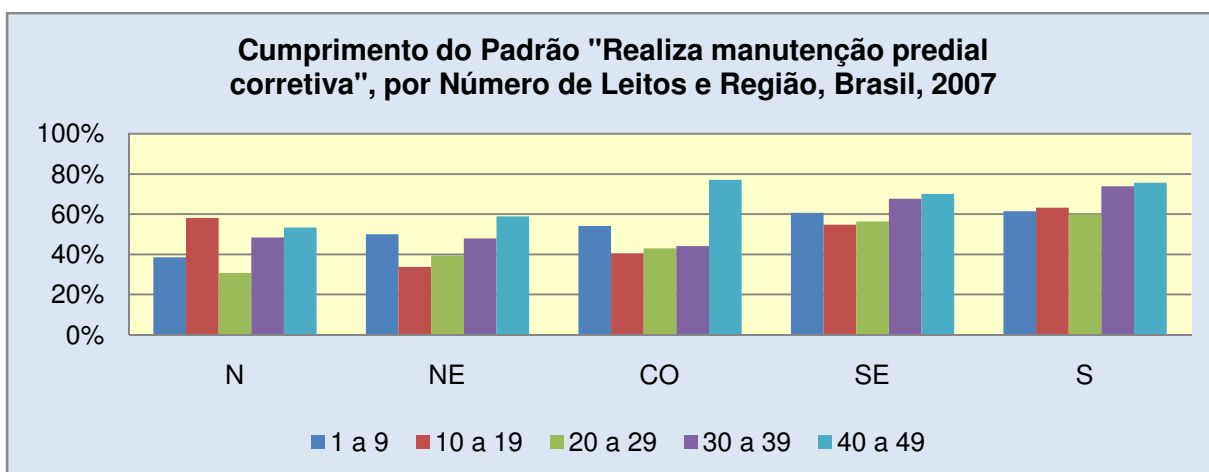
O Gráfico 33 mostra o grau de atendimento ao Padrão 30, “Realiza manutenção predial corretiva”, por Região. A Região com o melhor grau de cumprimento pelos HPP SUS é a Região Sul (66,94%), seguida pelas Regiões Sudeste (61,92%), Centro-Oeste (46,52%), Norte (44,59%) e Nordeste (43,67%).



**Gráfico 33:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e Avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão de Número 33 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

Observa-se no Gráfico 34 que parece haver relação entre o grau de cumprimento deste padrão e o porte hospitalar. À exceção das Regiões Norte e Sul, os hospitais de 1 a 9 leitos apresentaram melhor grau de cumprimento que os hospitais de 10 a 29 leitos.

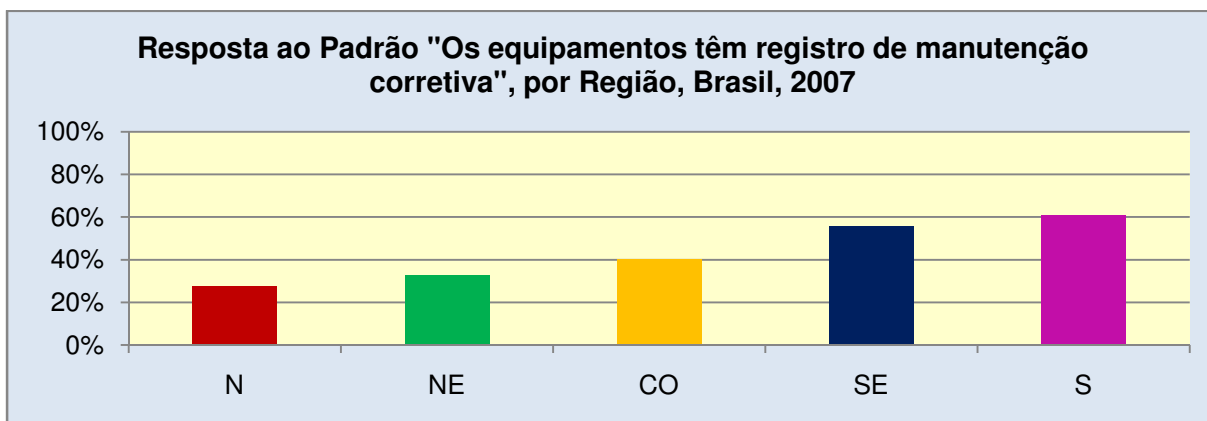


**Gráfico 34:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 33 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 35 mostra o cumprimento do padrão 38, "Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva" pelos HPP SUS avaliados ao. Observa-se que, mais uma

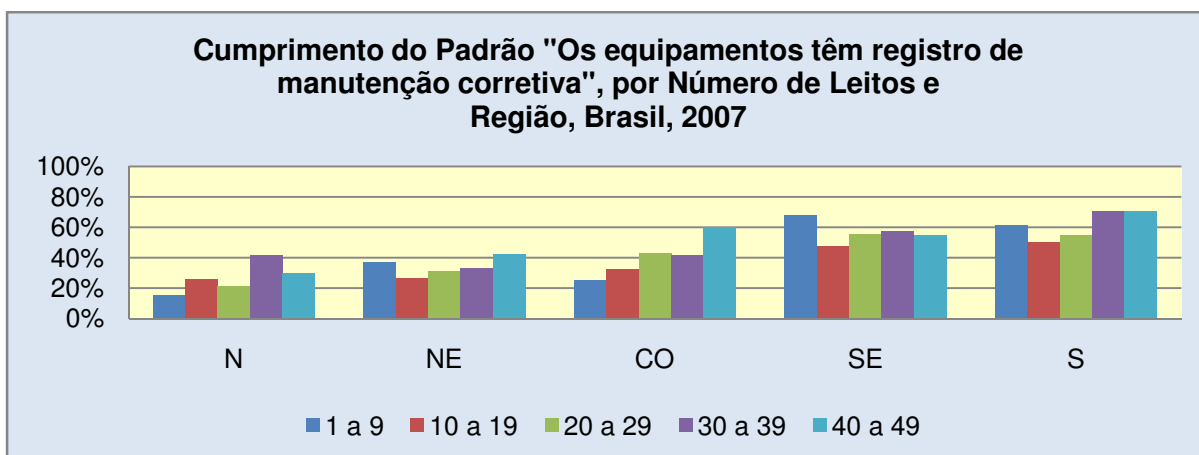
vez, a Região Sul apresenta melhor cumprimento a este padrão (60,85%), seguida pelas Regiões Sudeste (55,34%), Centro-Oeste (40,22%), Nordeste (32,49%) e Norte (27,39%).



**Gráfico 35:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 38 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

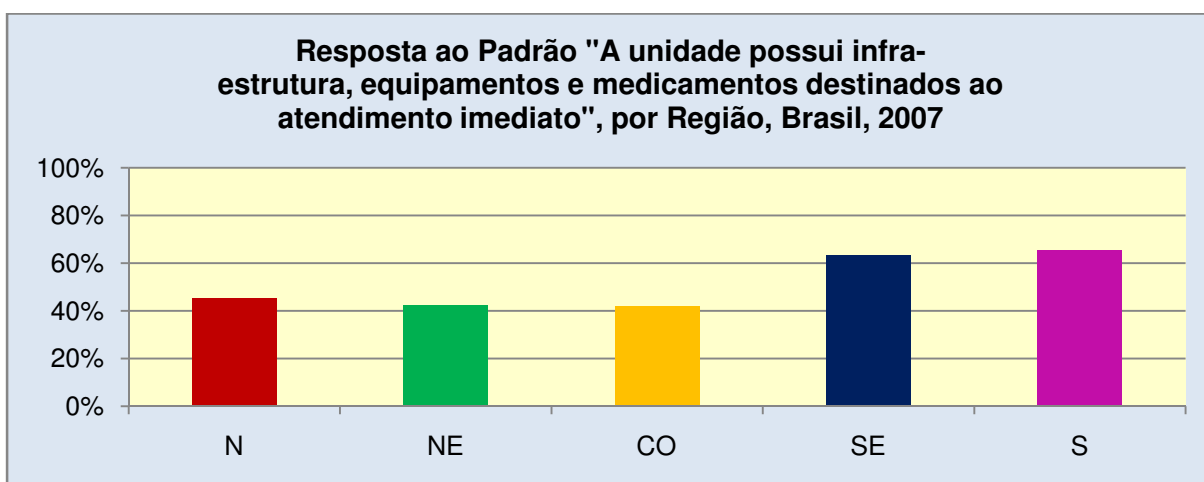
Observa-se no Gráfico 36 que, também neste padrão, parece haver relação positiva entre grau de cumprimento e porte hospitalar. Do mesmo modo que em vários padrões anteriormente descritos, os HPP SUS de 1 a 9 leitos avaliados apresentam melhor grau de cumprimento que os de 10 a 29 leitos, nas Regiões Nordeste, Sudeste e Sul.



**Gráfico 36:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 38 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.279)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 37 observa-se o grau de atendimento ao padrão de número 79, do Critério de Atenção Imediata – Urgência/Emergência, “A unidade possui infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato”. Neste ponto cabe a ressalva de que nem todos os HPP SUS avaliados apresentavam este serviço aberto no momento da avaliação. Deste modo, para este e para o próximo padrão, o número de observações foi de 2.050 hospitais e não 2.279. A Região com a maior proporção de cumprimento deste padrão foi a Região Sul (65,31%), seguida pelas Regiões Sudeste (63,35%), Norte (45,22%), Nordeste (42,41%) e Centro-Oeste (41,74%).

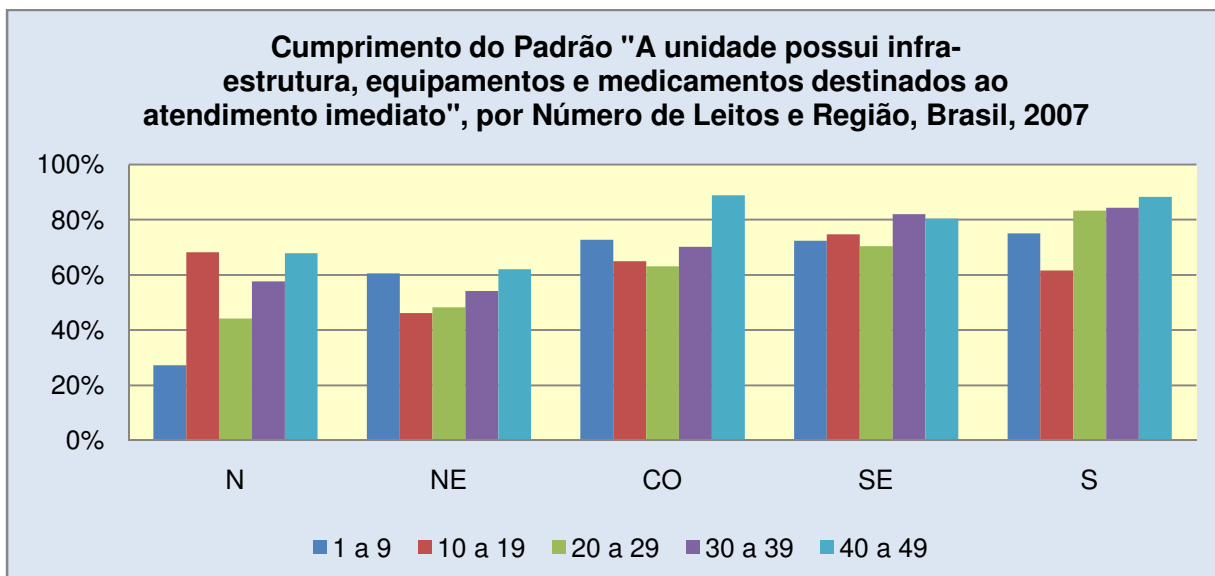


**Gráfico 37:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 79 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.050)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 38 mostra que parece haver relação positiva entre o grau de cumprimento a este padrão e o porte hospitalar em todas as regiões.

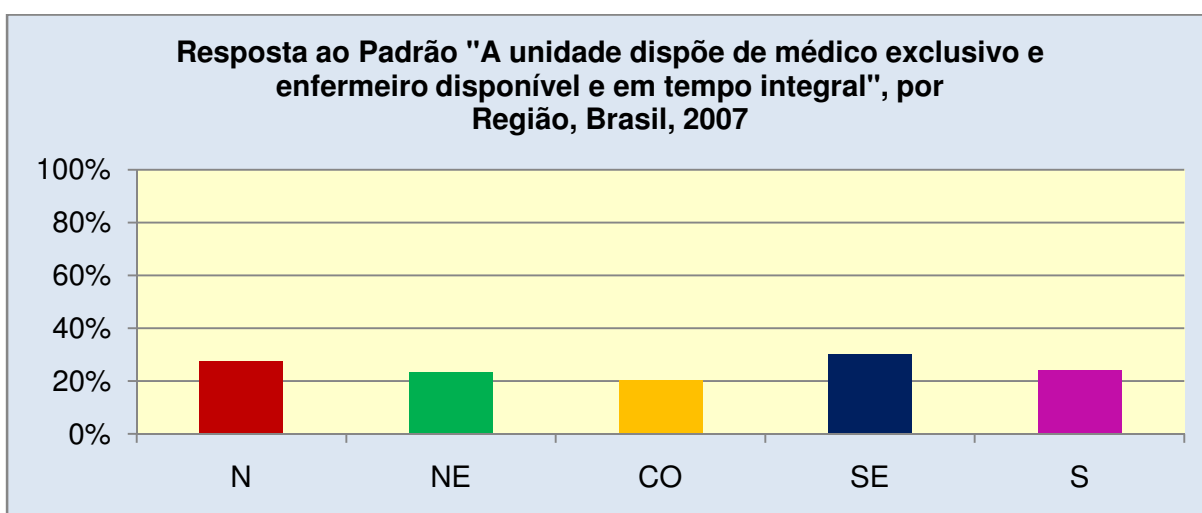




**Gráfico 38:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 79 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.050)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

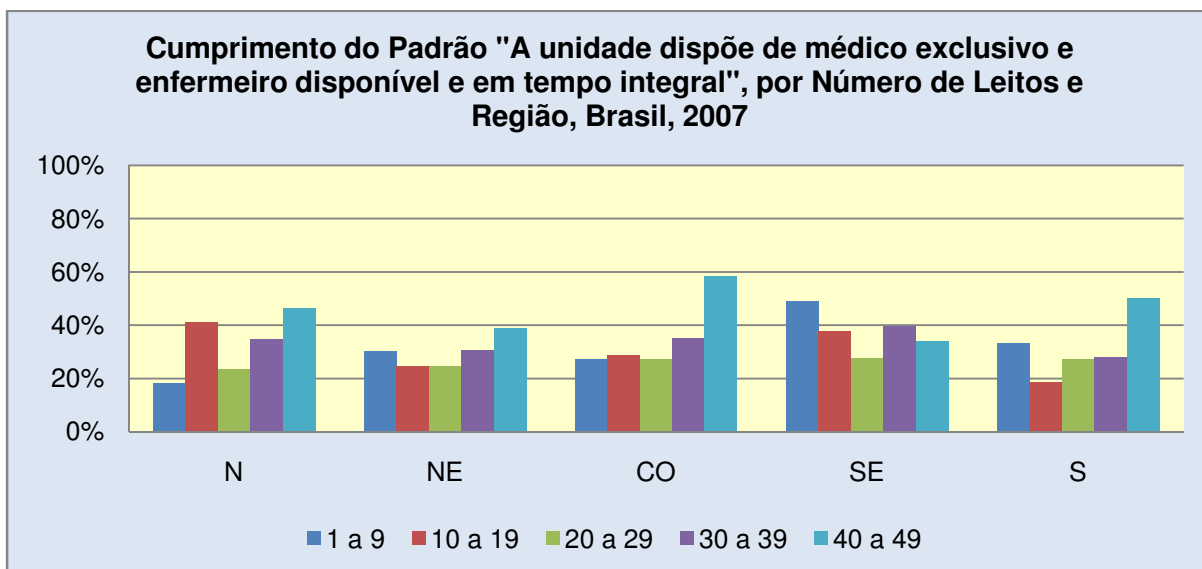
No Gráfico 39 observa-se o grau de cumprimento dos HPP SUS avaliados do padrão 80, do Critério de Atenção Imediata – Urgência/Emergência, “A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral”. A Região com a maior proporção de cumprimento foi a Região Sudeste (30,07%), seguida pelas Regiões Norte (27,39%), Sul (23,94%), Nordeste (23,42%) e Centro-Oeste (20,22%).



**Gráfico 39:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 80 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.050)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

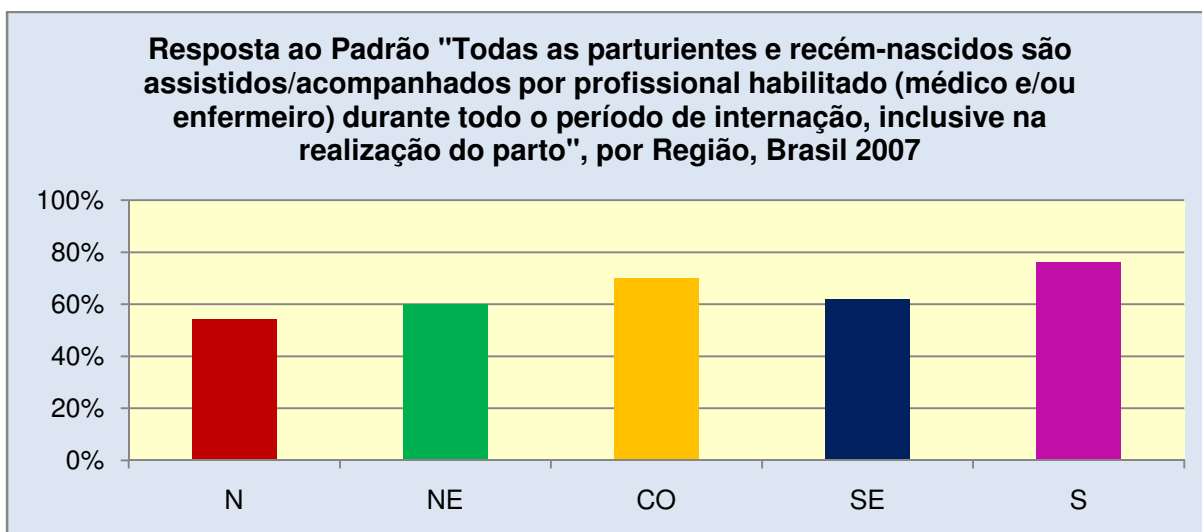
O Gráfico 40 evidencia a proporção de HPP SUS avaliados que cumprem este padrão, por Região e porte.



**Gráfico 40:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 80 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.050)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

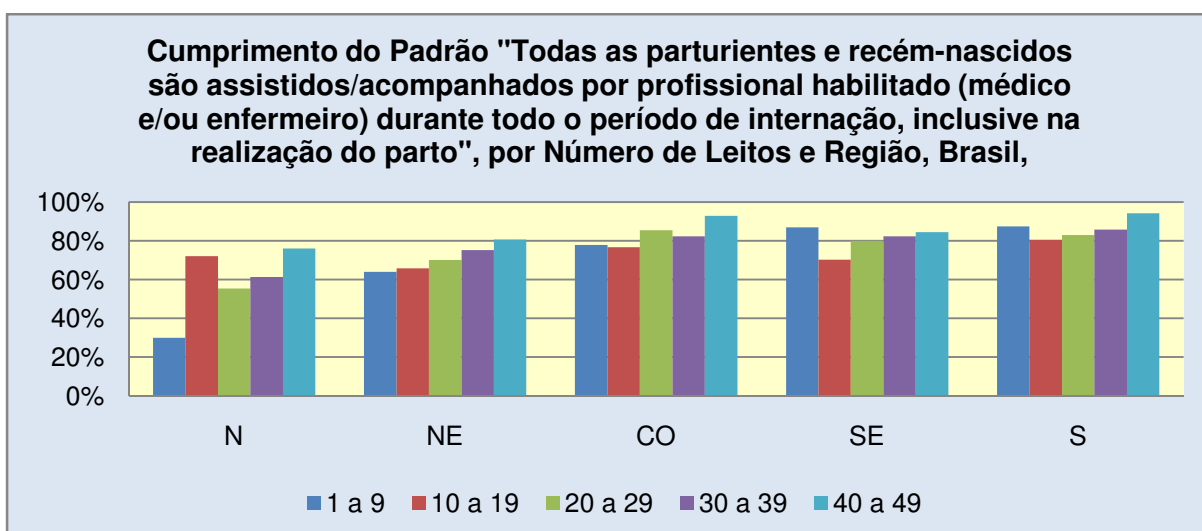
No Gráfico 41 observa-se o grau de atendimento ao padrão número 109, do Critério de Atenção Materno-infantil, “Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto”. Os HPP SUS avaliados que apresentavam este serviço funcionando no momento da avaliação foram 2.199, ao invés de 2.279. A Região com a maior proporção de cumprimento a este padrão foi a Região Sul (76,27%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste (70,00%), Sudeste (62,10%), Nordeste (60,13%) e Norte (54,14%).



**Gráfico 41:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 109 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.199)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 42 evidencia a proporção de HPP SUS avaliados que cumprem este padrão, por Região e porte.

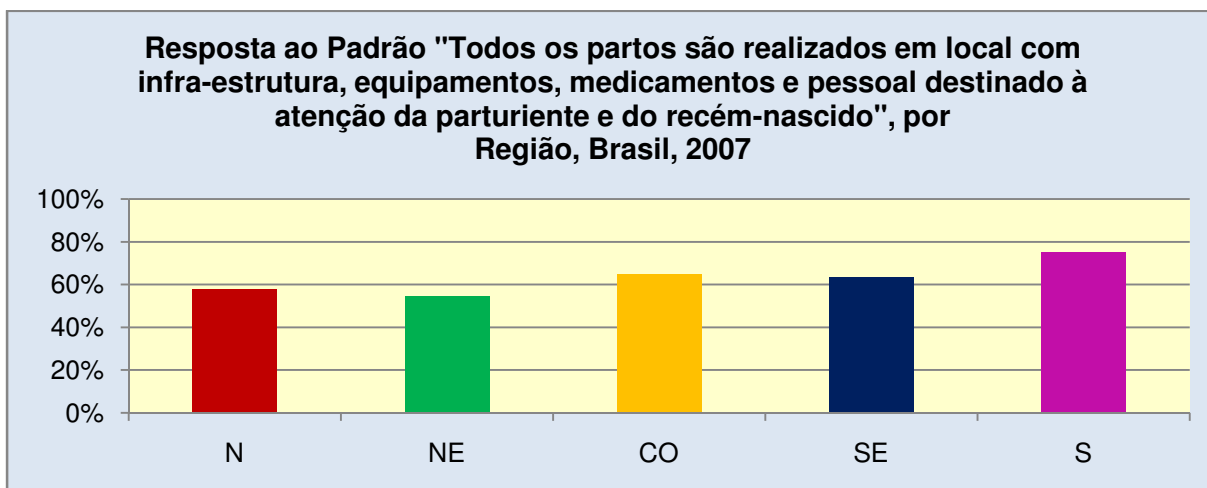


**Gráfico 42:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 109 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.199)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

No Gráfico 43 observa-se o grau de cumprimento ao padrão 110, do Critério de Materno-infantil, "Todos os partos são realizados em local com infra-estrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do

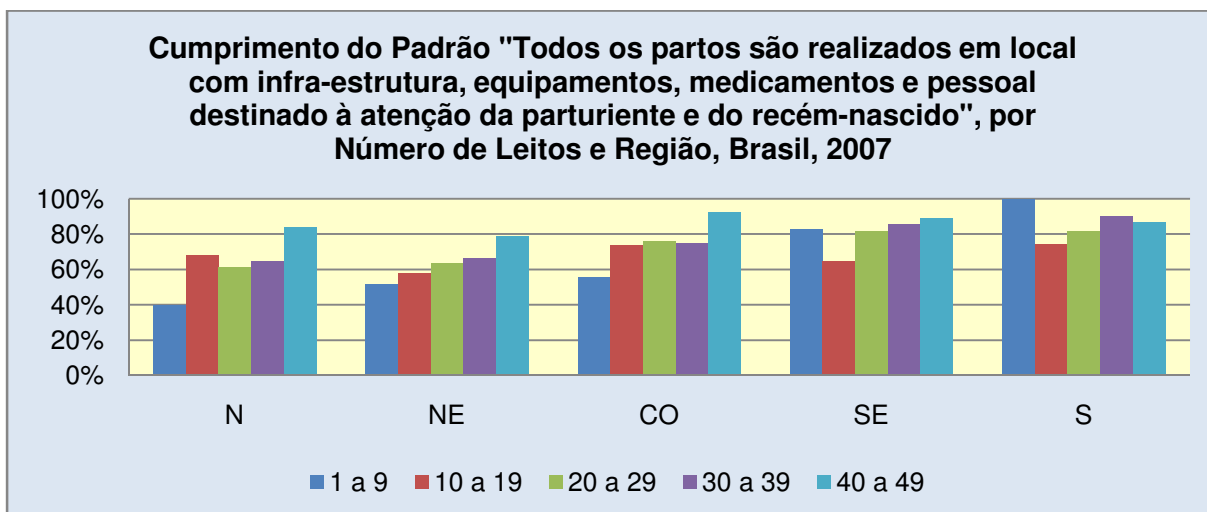
recém-nascido” pelos HPP SUS avaliados. A Região com a maior proporção de cumprimento foi a Região Sul (75,25%), seguida pelas Regiões Centro-Oeste (64,78%), Sudeste (63,17%), Norte (57,96%) e Nordeste (54,54%).



**Gráfico 43:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão Número 110 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Região (n = 2.199)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

O Gráfico 44 evidencia a proporção de HPP SUS avaliados que cumprem este padrão, por Região e porte.



**Gráfico 44:** Proporção de Hospitais de Pequeno Porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e Avaliados pelo PNASS que cumprem o Padrão de Número 110 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, por Número de Leitos e Região (n = 2.199)

**Fonte:** Sistema de Informação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SiPNASS), Brasil, setembro de 2007

## **6 DISCUSSÃO**

### **6.1 REGIÕES BRASILEIRAS**

#### **6.1.1 Norte**

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, de setembro de 2007, a Região Norte possui área de 3.853.327 km<sup>2</sup>, distribuídos em 7 Estados e 449 municípios, com população estimada de 14.698.878 habitantes. A densidade demográfica é de 3,81 hab./km<sup>2</sup> e a média populacional de 32.737 hab./município.

A Região Norte apresenta a menor quantidade de hospitais (637 hospitais), bem como a menor proporção de leitos (6,34%). A proporção de hospitais que recebem algum tipo de financiamento do Sistema Único de Saúde dentre o total de hospitais da Região é de 80,53% (513 hospitais). Há, em média, um hospital para 23.075 habitantes e 1,42 hospitais/município. Esta é a Região com menor proporção de hospitais SUS avaliados pelo PNASS (46,59%), sendo que um Estado avaliou somente um hospital, o que provavelmente gerou viés.

Os hospitais de pequeno porte correspondem a 68,76% do total de hospitais e a 65,30% do total de hospitais SUS. 74,89% possuem entre 10 e 39 leitos, com discreta predominância (28,54%) dos hospitais com 10 a 19 leitos. Os leitos de hospitais de pequeno porte correspondem a somente 26,43% do total de leitos e a 31,89% do total de leitos SUS. Os HPP possuem, em média, 19 leitos e os HPP SUS, 24. Esta é a região com a menor oferta de leitos para a população, com 1 leito para 461 habitantes.

Destes hospitais de pequeno porte avaliados, 27,39% não possuem responsável para resolução de situações adversas, 18,47% não realizam adequadamente a guarda de prontuários, 72,61% não apresentam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante, 61,78% não asseguram a limpeza, desinfecção e esterilização

adequadas de seus instrumentais, 55,41% não realizam manutenção predial corretiva, 72,61% não asseguram o bom funcionamento de seus equipamentos, 54,78% não apresentam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências, 72,61% não possuem recursos humanos para o atendimento às urgências e emergências, 45,86% não realizam acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos e 42,04% não possuem condições adequadas ao atendimento ao parto.

### **6.1.2 Nordeste**

A Região Nordeste possui área de 1.554.257 km<sup>2</sup>, distribuídos em 9 Estados e 1.793 municípios, com população estimada de 51.019.091 habitantes. A densidade demográfica é de 32,83 hab./km<sup>2</sup> e a média populacional de 28.455 hab./município (IBGE, 2007).

Esta região apresenta a maior quantidade de hospitais (2.520 hospitais), mas a segunda maior proporção de leitos (26,04% do total de leitos brasileiros). Destes, 87,14% (2.196 unidades) recebem algum tipo de financiamento SUS. Há, em média, um hospital para 20.246 habitantes e 1,41 hospitais/município. Do total de hospitais SUS, 59,52% foram avaliados pelo PNASS.

Os hospitais de pequeno porte correspondem a 69,68% do total de hospitais e a 67,81% do total de hospitais SUS. 70,96% possuem entre 10 e 39 leitos, com discreta predominância (26,03%) dos hospitais com 10 a 19 leitos. Os leitos de hospitais de pequeno porte correspondem a somente 27,83% do total de leitos e a 31,88% do total de leitos SUS. Os HPP possuem, em média, 21 leitos e os HPP SUS, 24. Esta é a região com a segunda menor oferta de leitos para a população, com 1 leito para 390 habitantes.

Dos hospitais de pequeno porte avaliados, 30,16% não possuem pessoa responsável para resolução de situações adversas, 23,93% não realizam adequadamente a guarda de prontuários, 74,79% não apresentam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante, 57,91% não asseguram a limpeza,

desinfecção e esterilização de seus instrumentais, 56,33% não realizam manutenção predial corretiva, 67,51% não asseguram o bom funcionamento de seus equipamentos, 57,59% não apresentam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências, 76,58% não possuem recursos humanos para o atendimento às urgências e emergências, 39,87% não realizam acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos e 45,46% não possuem condições adequadas ao atendimento ao parto.

### **6.1.3 Centro-Oeste**

O Centro-Oeste possui, em setembro de 2007, área de 1.606.371 km<sup>2</sup>, distribuídos em 4 Estados e 466 municípios, com população estimada de 13.020.767 habitantes. A densidade demográfica é de 8,11 hab./km<sup>2</sup> e a média populacional de 27.942 hab./município (IBGE, 2007).

Esta região apresenta a segunda menor proporção de hospitais brasileiros (865 hospitais) e a segunda menor proporção de leitos (8,00% do total de leitos brasileiros), sendo que 75,95% (657) recebem algum tipo de financiamento SUS. Há, em média, um hospital para 15.053 habitantes e 1,86 hospitais/município. É a região que realizou a maior quantidade de avaliações do PNASS, com 84,47% dos hospitais SUS avaliados.

Os hospitais de pequeno porte correspondem a 76,99% do total de hospitais e a 75,04% do total de hospitais SUS. 73,42% possuem entre 10 e 39 leitos, com discreta predominância (28,68%) dos hospitais com 20 a 29 leitos. Os leitos de hospitais de pequeno porte correspondem a somente 32,07% do total de leitos e a 38,12% do total de leitos SUS. Os HPP possuem, em média, 19 leitos e os HPP SUS, 22. Esta é a região com a maior oferta de leitos para a população, com 1 leito para 324 habitantes.

Destes hospitais de pequeno porte avaliados, 39,78% não possuem pessoa responsável para resolução de situações adversas, 28,91% não realizam adequadamente a guarda de prontuários, 68,04% não apresentam Comissão de

Controle de Infecção Hospitalar atuante, 58,70% não asseguram a limpeza, desinfecção e esterilização de seus instrumentais, 53,48% não realizam manutenção predial corretiva, 59,78% não asseguram o bom funcionamento de seus equipamentos, 58,26% não apresentam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências, 79,78% não possuem recursos humanos para o atendimento às urgências e emergências, 30,00% não realizam acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos e 35,22% não possuem condições adequadas ao atendimento ao parto.

#### **6.1.4 Sudeste**

A Região Sudeste possui, em setembro de 2007, área de 924.511 km<sup>2</sup>, distribuídos em 4 Estados e 1.668 municípios, com população estimada de 78.472.017 habitantes. A densidade demográfica é de 84,88 hab./km<sup>2</sup> e a média populacional de 47.046 hab./município (IBGE, 2007).

Esta região apresenta a segunda maior quantidade de hospitais (2.515 hospitais), mas a maior proporção de leitos (43,67% do total de leitos brasileiros). Destes, 68,63% (1.726 unidades) recebem algum tipo de financiamento SUS. Há, em média, um hospital para 31.202 habitantes e 1,51 hospitais/município. Do total de hospitais SUS, 60,83% foram avaliados pelo PNASS.

Os hospitais de pequeno porte correspondem a 46,40% do total de hospitais e a 38,47% do total de hospitais SUS. A distribuição entre os portes de HPP é praticamente igual. De todas as regiões, é a que apresenta a maior proporção de HPP de 40 a 49 leitos. Os leitos de hospitais de pequeno porte correspondem a somente 8,03% do total de leitos e a 10,69% do total de leitos SUS. Os HPP possuem, em média, 16 leitos e os HPP SUS, 24. Esta é a região com a terceira maior oferta de leitos para a população, com 1 leito para 357 habitantes.

Dos hospitais de pequeno porte avaliados, 22,95% não possuem pessoa responsável para resolução de situações adversas, 28,91% não realizam adequadamente a guarda de prontuários, 57,83% não apresentam Comissão de



Controle de Infecção Hospitalar atuante, 46,09% não asseguram a limpeza, desinfecção e esterilização de seus instrumentais, 38,08% não realizam manutenção predial corretiva, 44,66% não asseguram o bom funcionamento de seus equipamentos, 36,65% não apresentam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências, 69,93% não possuem recursos humanos para o atendimento às urgências e emergências, 37,90% não realizam acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos e 36,83% não possuem condições adequadas ao atendimento ao parto.

### **6.1.5 Sul**

A Região Sul possui, em setembro de 2007, área de 576.409 km<sup>2</sup>, distribuídos em 3 Estados e 1.188 municípios, com população estimada de 26.973.511 habitantes. A densidade demográfica é de 46,80 hab./km<sup>2</sup> e a média populacional de 22.705 hab./município (IBGE, 2007).

Esta região apresenta a terceira menor proporção de hospitais brasileiros (1.212 hospitais) menor e a terceira menor proporção de leitos (15,95% do total de leitos brasileiros), mas é a segunda Região em termos de proporção de hospitais com financiamento SUS (85,56% - 1.037 unidades). Há, em média, um hospital para 22.255 habitantes e 1,02 hospitais/município. Do total de hospitais SUS, 63,84% foram avaliados pelo PNASS.

Os hospitais de pequeno porte correspondem a 59,49% do total de hospitais e a 56,41% do total de hospitais SUS. 73,37% possuem entre 10 e 39 leitos, com discreta predominância (26,07%) dos hospitais com 20 a 29 leitos. Os leitos de hospitais de pequeno porte correspondem a somente 20,92% do total de leitos e a 24,21% do total de leitos SUS. Os HPP possuem, em média, 23 leitos e os HPP SUS, 24. Esta é a região com a segunda maior oferta de leitos para a população, com 1 leito para 336 habitantes.

Dos hospitais de pequeno porte avaliados, 22,92% não possuem pessoa responsável para resolução de situações adversas, 9,33% não realizam

adequadamente a guarda de prontuários, 47,26% não apresentam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante, 36,31% não asseguram a limpeza, desinfecção e esterilização de seus instrumentais, 33,06% não realizam manutenção predial corretiva, 39,15% não asseguram o bom funcionamento de seus equipamentos, 34,69% não apresentam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências, 76,06% não possuem recursos humanos para o atendimento às urgências e emergências, 23,73% não realizam acompanhamento adequado das puérperas e recém-nascidos e 24,75% não possuem condições adequadas ao atendimento ao parto.

#### **6.1.6 Comparação entre as Regiões**

As características regionais dos hospitais brasileiros, como em vários outros aspectos, refletem a existência de realidades muito distintas. A Região Norte apresenta o menor número de municípios e a menor densidade demográfica do país. Observa-se também que esta região apresenta características geográficas muito distintas das outras pela existência do ecossistema amazônico. Os municípios têm grande área territorial, cortada por rios e com pouca comunicação por terra entre comunidades ribeirinhas e a sede do mesmo (IBGE, 2007). De acordo com a literatura, esta seria uma região de eleição para manutenção de hospitais de pequeno porte, em localizações estratégicas. Dado que 68,76% do total de hospitais do Norte possuem menos de 50 leitos, esta parece ser a realidade encontrada. A participação do financiamento do Sistema Único de Saúde nos hospitais dessa região é muito importante. De modo geral, apresenta a segunda pior adequação aos padrões avaliados.

A Região Nordeste por sua vez apresenta o maior número de estados e municípios do país, bem como o maior número de hospitais, além de possuir o segundo maior contingente populacional. Os indicadores sócio-econômicos só são melhores que os da Região Norte e o número de municípios de pequeno porte é expressivo (IBGE, 2007). É no Nordeste que ocorre a maior participação de financiamento do Sistema Único de Saúde do país (87,14% dos hospitais). Além disso, apresenta o segundo maior número de hospitais de pequeno porte do país (70% de seus hospitais). De

maneira geral, a Região Nordeste é a que apresenta o pior cumprimento aos padrões escolhidos.

O Centro-Oeste brasileiro apresenta como características o segundo menor número de municípios, população, densidade demográfica e hospitais. É a região com a segunda menor participação do financiamento do Sistema Único de Saúde (76%) e a maior proporção de hospitais de pequeno porte (77%). Apresenta, como a Região Nordeste, muitos municípios com menos de 30.000 habitantes, mas com maior PIB per capita (IBGE, 2007). O cumprimento aos padrões avaliados é discretamente melhor que o das regiões Norte e Nordeste.

O Sudeste apresenta a maior densidade demográfica do país, a segunda menor área e o segundo maior número de municípios e hospitais. É a região com a menor participação do financiamento do Sistema Único de Saúde para hospitais, em geral, e para hospitais de pequeno porte e possui os melhores indicadores sócio-econômicos do país (IBGE, 2007). Os hospitais de pequeno porte são a minoria na região (46,40%). De maneira geral, é a região que apresenta a segunda melhor adequação aos padrões escolhidos.

Por último, o Sul apresenta-se de modo semelhante ao Sudeste, com bons indicadores sócio-econômicos (IBGE, 2007). Possui a menor área territorial, a terceira maior população e, conseqüentemente, a segunda maior densidade demográfica. O financiamento do Sistema Único de Saúde é expressivo (85,86% dos hospitais). De todas as regiões, é a que apresenta a segunda menor proporção de hospitais de pequeno porte. Esta é a região que apresentou o melhor cumprimento aos padrões avaliados, embora não seja possível afirmar que os hospitais de pequeno porte desta região sejam seguros.

Importante notar que, apesar da maioria absoluta de hospitais do país (61,27%), os hospitais de pequeno porte constituem parcela muito pequena do número de leitos de país (18,45%). Enquanto a maior parte dos leitos hospitalares encontra-se na Região Sudeste (43,67%), a Região Nordeste é a que apresenta a maior parte dos leitos de hospitais de pequeno porte (39,28%).

## 6.2 PADRÕES

Em relação aos padrões, de modo geral, o menos cumprido é o padrão 80 do Critério de Atenção Imediata – Urgência/Emergência, "A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral" (68,54% de hospitais avaliados que não o cumprem). A seguir vêm os padrões relacionados à existência de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (não cumprido por 64,66% dos hospitais avaliados), adequação de equipamentos (não cumprido por 56,22% dos hospitais avaliados), garantia de limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentais (não cumprido por 51,68% dos hospitais avaliados) e manutenção predial corretiva (não cumprido por 47,48% dos hospitais avaliados).

O padrão de melhor adequação é o 14, que se refere à guarda de prontuários (não cumprido por 20,24% dos hospitais avaliados). A seguir vêm os padrões relacionados à atenção materno-infantil. O padrão 109, "Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto" não foi cumprido por 22,60% dos hospitais e o 110, "Todos os partos são realizados em local com infra-estrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do recém-nascido" não foi cumprido por 25,78%. 28,79% das unidades avaliadas não possuem responsável pela resolução de situações adversas e 34,49% não possuem estrutura adequada para atendimento de urgências e emergências.

Ao avaliar-se a adequação dos padrões de acordo com os Blocos do Roteiro de Padrões de Conformidade, observa-se que é mais freqüente o cumprimento dos padrões relacionados ao Bloco de Gestão Organizacional (guarda de prontuários e responsável para resolução de situações adversas). Já os padrões com pior nível de adequação foram os dos Blocos de Apoio Técnico e Logístico (Controle de Infecção Hospitalar; limpeza, desinfecção e esterilização de materiais; manutenção predial corretiva e manutenção corretiva de equipamentos) e Gestão da Atenção à Saúde (recursos humanos em atendimento em urgência e emergência).

É muito importante observar, como já explicitado, que todos estes padrões estão previstos na legislação vigente. Desta maneira, todos os hospitais deveriam cumpri-los. A não realização de medidas de controle de infecção hospitalar, esterilização adequada de materiais, manutenção predial e manutenção de equipamentos geram grande risco à população atendida por estes hospitais.

Mesmo os padrões de melhor adequação denotam a falta de capacidade gerencial e assistencial das unidades avaliadas. Um quinto dos hospitais de pequeno porte avaliados não garante a guarda de prontuários, um quarto não possui condições adequadas de realização de partos de baixo risco e um terço não apresenta condições adequadas de atendimento às urgências.

Como discutido anteriormente, a literatura internacional afirma que os hospitais de pequeno porte devem executar principalmente ações relacionadas à atenção materno-infantil e urgência e emergência. No Brasil, esta não é a realidade encontrada. Talvez o problema mais grave esteja relacionado a recursos humanos, dado que dois terços dos hospitais avaliados não possuem equipe médica e de enfermagem destinadas ao atendimento às urgências e um quarto não possui equipe para acompanhamento do binômio mãe-filho durante o parto e puerpério.

Além disso, é extremamente relevante notar o risco a que estes hospitais expõem seus pacientes ao não efetuarem ações relacionadas ao controle de infecção. A Lei Federal nº. 9.431, que torna obrigatória a manutenção de programa de controle de infecções hospitalares por todos os hospitais do país, está em vigor desde janeiro de 1997, mas somente 35,34% dos HPP avaliados a cumprem. Observa-se também que este foi o padrão de pior adequação em todo o PNASS. E o controle de infecção em serviços de saúde configura o primeiro desafio proposto pela Aliança Mundial para a Segurança do Paciente.

Quaisquer políticas públicas voltadas aos hospitais de pequeno porte devem contemplar esta realidade e buscar o controle do risco oferecido por estes serviços.

### **6.3 PAPEL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL**

O papel dos hospitais de pequeno porte no Brasil apresenta diversas particularidades que os diferenciam dos modelos descritos pela literatura e encontrado em outros países.

Iniciando a discussão pela territorialidade, a existência destes hospitais pode ser justificada pelas características do país. As condições geográficas e de distribuição populacional do Brasil se assemelham a de outros países com descrições de hospitais de pequeno porte, tais como Estados Unidos, Índia, China e Rússia. Estes países apresentam grandes extensões territoriais, com alguns grandes centros urbanos com alta densidade demográfica e muitas áreas rurais e menos desenvolvidas com baixa densidade demográfica. Nessas áreas rurais, é interessante que existam pequenos hospitais, em localizações estratégicas, para prover melhor acesso da população a serviços de saúde.

Por outro lado, um dos fatores que gera maior diferenciação no modelo brasileiro é a conformação de sua federação, com três entes e as conseqüências para o sistema de saúde. Com a crescente municipalização, fenômeno ocorrido nas duas últimas décadas, observou-se também importante aumento dos hospitais de pequeno porte, grande parte municipal. Aparentemente estes hospitais foram sendo construídos mais por conta do valor simbólico para a comunidade do que por avaliações de necessidade epidemiológica e impacto nas condições locais de saúde. Ao se pulverizar pequenos hospitais por áreas contíguas, estes perdem a capacidade de negociação política, bem como a atratividade a profissionais de saúde melhor capacitados. Além disso, o aumento da oferta de serviços duplicados e concorrentes em áreas próximas pode, em parte, explicar a ociosidade observada.

Em nenhum momento se observam ações regulatórias dos governos federal e estaduais quanto ao aumento dos hospitais de pequeno porte no sistema de saúde, nem quanto à qualidade da atenção prestada. Cabe ainda observar que os gestores estaduais e municipais aplicaram o PNASS entre 2004 e 2006. Os três níveis de governo conhecem seus resultados, mas à exceção de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, nenhum estado elaborou política pública voltada para a qualificação da

atenção em pequenos hospitais (Minas Gerais e Rio Grande do Sul, 2009). Importante também ressaltar que, visto que estes hospitais não cumprem a legislação vigente, medidas administrativas deveriam ser tomadas, o que parece não ter ocorrido.

Em outros países, após estudos de viabilidade econômica e de economia de escala dos hospitais de pequeno porte, os governos federais passaram a executar um forte papel regulador sobre a qualidade da atenção prestada e indutor de fusões e fechamentos destes hospitais. No Brasil, a legislação do Sistema Único de Saúde prevê a possibilidade de conformação de consórcios intermunicipais (Lei nº. 8080, NOB 96 e NOAS 01/02). Em alguns estados, tais como São Paulo e Minas Gerais estes consórcios são mais difundidos, possibilitando a abertura de um único hospital, maior em termos de porte e complexidade tecnológica, com o objetivo de atender à população de toda a microrregião em que está localizado.

Outro ponto de importância na caracterização do modelo brasileiro de hospitais de pequeno porte é o financiamento. O sistema de financiamento do SUS é baseado no pagamento por produção. Como discutido anteriormente, estes hospitais executam ações de baixa e média complexidade, que são mal remuneradas pelo sistema, gerando endividamento progressivo. Talvez a situação financeira dos HPP melhorasse caso estes hospitais fossem remunerados por *performance*.

É importante destacar também a questão relativa a recursos humanos. Os resultados mostram a carência de profissionais médicos e de enfermagem nestas unidades. Os municípios de pequeno porte de interior não são atrativos aos profissionais de saúde. Não é objeto da pesquisa, mas observa-se que profissionais de administração, que poderiam melhorar a gestão destes hospitais e reduzir seu endividamento, também não são atraídos para atuarem nestes municípios.

A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte não contempla nenhum destes fatores. Além disso, não há mensurações publicadas de que, nos poucos estados em que ela foi posta em prática, tenha efetivamente ocorrido melhoria na qualidade da atenção prestada.

## 7 CONCLUSÕES

Os hospitais de pequeno porte parecem apresentar características específicas no Brasil, que os diferenciam de hospitais de pequeno porte em outros países. Eles estão presentes em todas as regiões do país, sendo maioria em quase todas elas, com exceção da Região Sudeste. Sua distribuição é maior nas Regiões Nordeste e Sudeste, seguidos pelas Regiões Sul, Centro-Oeste e Norte. A maioria destes hospitais recebe financiamento do Sistema Único de Saúde.

Com base nos resultados da pesquisa, conclui-se que a maior parte dos hospitais de pequeno porte financiados pelo Sistema Único de Saúde e avaliados pelo PNASS apresenta riscos à população atendida. Isto pode ser verificado por meio da baixa adequação destas unidades a determinados padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS. Um quinto dos hospitais avaliados não garante a guarda de prontuários, um quarto não possui condições adequadas de realização de partos de baixo risco e um terço não apresenta condições adequadas de atendimento às urgências.

Mas talvez o quesito que ocasione maior risco aos pacientes atendidos nestes hospitais seja o relacionado ao controle de infecção. Dois terços dos hospitais avaliados não asseguram o controle de infecção nem o manejo correto de seus materiais no que se refere à limpeza, desinfecção e esterilização.

Por fim, conclui-se que, por meio do estudo de determinados padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, os hospitais de pequeno porte avaliados não são seguros para os pacientes neles atendidos, o que demanda medidas urgentes de todos os atores envolvidos neste cenário.



## **8 COMENTÁRIOS FINAIS**

O cenário dos hospitais de pequeno porte é extremamente complexo, com a inter-relação de diversos atores e fatores. Esta dissertação somente contempla um destes aspectos, logo, são necessários mais estudos para que se possa discutir de maneira mais objetiva este setor.

Por outro lado, este estudo utiliza um instrumento de avaliação externa que mostrou resultados preocupantes já há dois anos: muitos hospitais brasileiros não atendem à legislação sanitária do país. Há que se repensar a qualidade destes hospitais e/ou a legislação sanitária vigente.

Além disso, esta dissertação somente buscou caracterizar os hospitais de pequeno porte financiados pelo Sistema Único de Saúde. Deve-se notar que havia no Brasil, em setembro de 2007, 1.182 hospitais privados, configurando 25% dos hospitais de pequeno porte do país. Acredita-se que os motivos de existência de hospitais de pequeno porte no setor privado sejam em muito diferentes dos do setor público, mas somente outros estudos poderão comprovar este pressuposto.

## 9 BIBLIOGRAFIA

Ahgren, B. "Is it better to be big? The reconfiguration of 21st century hospitals: Responses to a hospital merger in Sweden". *Health Policy* , Volume 87 , Issue 1, Pages 92 - 99, 2008.

Agency for Healthcare Research and Quality. "Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices". U.S. Department of Health and Human Services. Publication, July 20, 2001. <http://ahrq.gov> (acesso em 12 de dezembro de 2008).

Aletras V., Jones A., Sheldon T.A. Economies of scale and scope. In: Ferguson B, Sheldon TA, Posnett J, eds. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997:23-36.

Analysys, Society for Risk. "Society for Risk Analysis." *Site da Society for Risk Analysis*. <http://www.sra.org> (acesso em 12 de abril de 2007).

Arretche, M.T.S. "Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas?" *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, junho de 1996: 44-66.

Arretche, M.T.S. "Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado Federativo." *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, junho de 1999: 112 - 141.

Bernstein, P.L. "Desafio aos Deuses - A Fascinante História do Risco." São Paulo: Campus, 1997.

Berwick, D.M. "A User's Manual For The IOM's 'Quality Chasm' Report: Patients' experiences should be the fundamental source of the definition of "quality." *Health Affairs*, volume 21 , Number 3, pp. 80-90, maio-junho, 2002.

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório com Resultados do Processo Avaliativo 2004 - 2006. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/pnass/index.htm> (acesso em 18 de agosto de 2007).

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Informações estaduais*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estados> (acesso em 14 de agosto de 2007).

Brasil, Ministério da Saúde, Datasus. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. <http://cnes.datasus.gov.br> (acesso em 29 de agosto de 2007).

—. *pnass.datasus.gov.br*. <http://pnass.datasus.gov.br> (acesso em 15 de agosto de 2007).

Brasil, Ministério da Saúde. “Diretrizes Operacionais: Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS.” *Site do Ministério da Saúde*. 2006. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume1.pdf> (acesso em 06 de junho de 2008).

—. “Portaria no. 3.408, de 06 de agosto de 1998. Cria o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares - PNASH.” Brasília, 1998.

—. “Portaria no. 373, de 27 de janeiro de 2002. Aprova a norma operacional da assistência à saúde que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços.” Brasília, 2002.

—. “Portaria no. 2.224, de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde.” Brasília, 2002.

—. “Portaria no. 350, de 10 de março de 2004. Revoga a Portaria no. 2.224 de 2002 do Gabinete do Ministro da Saúde.” Brasília, 2004.

Brasil, Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. “Portaria no. 1.044 de 01 de junho de 2004. Dispõe sobre a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.” Brasília, 2004.

—. “Portaria no. 1.072, de 18 de agosto de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Âmbito do Sistema Único de Saúde.” Brasília, 2004.

—. “Portaria no. 852, de 07 de junho de 2005. Define características que facultam a participação de estabelecimentos de saúde na Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.” Brasília, 2005.

—. “Portaria no. 1.721, de 22 de setembro de 2005. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS .” Brasília, 2005.

—. “Portaria no. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Define o Pacto pela Saúde.” Brasília, 2006.

—. “Portaria no. 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.” Brasília, 2006.

Brasil, Ministério da Saúde. “Glossário do Ministério da Saúde.” *Site do Ministério da Saúde*. 2005. <http://www.saude.gov.br> (acesso em 22 de abril de 2007).

Brasil, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. “Caderno do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS.” Brasília, 2004.

—. “Portaria nº. 287, de 28 de junho de 2004. Regulamenta a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.” Brasília, 2004.

—. “Portaria nº. 94, de 14 de fevereiro de 2005. Estabelece os mecanismos para implementação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.” Brasília, 2005.

Brasil, Senado Federal. “Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” Brasília, 1990.

—. “Lei no. 8.142, de 28 de setembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” Brasília, 1990.

Campos, G.W. “O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde.” *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 de 2007: 1865 - 1874.

Clinco, S.D.O. O Hospital é Seguro? Percepções de Profissionais de Saúde sobre Segurança do Paciente. 2007. 98 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo.

Colégio Brasileiro de Acreditação. Instituições Acreditadas no Brasil. [http://www.cbacred.org.br/front/instit\\_acreditadas\\_brasil.php](http://www.cbacred.org.br/front/instit_acreditadas_brasil.php) (acesso em 11 de janeiro de 2009).

Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In ZMA Hartz (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da implantação de programas pp. 29-47. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1997

Donabedian, A. "Evaluating the Quality of Medical Care". Milbank Memorial Fund. Quarterly. 44:166, Part 2, 1966.

—. The Quality of Medical Care: A Concept in Search of a Definition. The Journal of Family Practice, 3(9): 277-284, 1979.

—. Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient Care. Medical Care 6(3): 181-202, 1968.

—.The Quality of Medical Care. Science, 200, 1978.

Duke, T. et al. Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet*, vol. 367: 919 – 925. Março de 2006

Freitas, C.M. "Riscos e processos decisórios - implicações para a vigilância sanitária." *Cadernos de Saúde Pública*, abril de 2007: 469 - 487.

Furtado J. P. "Um método construtivista para a avaliação em saúde". *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):165-181, 2001

Hartz, Z. M. A. "Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais". *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):341-353, 1999

Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

Instituto Qualisa de Gestão. Instituições Acreditadas pelo Modelo Canadense. [http://www.iqg.com.br/acreditacao\\_nacional.php?id=5](http://www.iqg.com.br/acreditacao_nacional.php?id=5) (acesso em 11 de janeiro de 2009).

Junqueira, L.P. "Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde." *Revista de Administração Pública*, junho de 2000: 50-62.

Kjekshus, L. e Hagen, T. Do hospital mergers increase hospital efficiency? Evidence from a National Health Service country. *Journal of Health Services Research & Policy*, Vol 12 No 4, 2007: 230–235.

La Forgia, G.M, e B.F. Couttolenc. *Hospital Performance in Brazil*. 1a edição. Washington: The World Bank, 2008.

Leal, R.M., Morgado, R.R. Entidades Filantrópicas de Saúde Integrantes do SUS – Uma Avaliação do Programa de Apoio do Bndes: 1999–2007. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 28, p. 37-72, set. 2008.

Ma, S. e Sood, N. A Comparison of the Health Systems in China and India. *Center For Asia Pacific Policy*, Rand, 2008.

Malik, AM. "Avaliação, Qualidade e Gestão para Trabalhadores da área de saúde e outros interessados. Editora SENAC, São Paulo, 1996.

McCallion, G. et al. "Rationalizing Northern Ireland Hospitals Services Towards Larger Providers: Best-Practice Efficiency Studies and Current Policy." *Public Money and Management*, abril-junho de 1999: 27-32.

McGuire, M. "Managing networks: propositions on what managers do and why they do it." *Public Administration Review*, maio de 2002: 1632 - 1649.

McKee, M e Healy, J. Hospitals in a Changing Europe. *European Observatory on Health Care Systems Serie*. Open University Press, Buckingham, 2002, 295 p.

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/politicas\\_de\\_saude/pro-hosp](http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/pro-hosp) (acesso em 02 de janeiro de 2009).

Misoczky, M.C. "Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde." *Revista de Administração Pública*, setembro de 2003: 712 - 736.

National Rural Health Alliance. "Rural Hospital Replacement Facility Study." *www.redcapitalgroup.com*. Red Capital Group. 2007. [http://www.redcapitalgroup.com/Research/Reports/RCH-MR-004\\_2007RuralHospitalStudy.pdf](http://www.redcapitalgroup.com/Research/Reports/RCH-MR-004_2007RuralHospitalStudy.pdf) (acesso em 03 de abril de 2007).

Novaes, H.M.D. "Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde". *Revista de Saúde Pública*; 34(5):547-59 553, 2000.

Organização Mundial de Saúde. "Aliança Global para a Segurança do Paciente." *Resolução da 57a. Assembléia Mundial de Saúde*. Washington, 2004.

—. World Alliance for Patient Safety - Forward Program 2008-2009. Washington, 2008.

—. "Declaração de Alma-Ata." *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata, URSS, 1978.

Organização Nacional de Acreditação. Instituições Acreditadas. [http://www.ona.org.br/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite=sa&id=2](http://www.ona.org.br/site/internal_institucional.jsp?pagesite=sa&id=2) (acesso em 11 de janeiro de 2009).

OPAS. *Organização Panamericana de Saúde*. 2000. <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/funcoes.pdf> (acesso em 22 de março de 2008).

Portela, MC et al.; Barbosa, P. R. (coord.). "Hospitais filantrópicos no Brasil". BNDES Social, n. 5,3 v., 2002. Disponível em: <[www.bndes.gov.br/conhecimento/resposta\\_tip.asp?publicacao=BNDES+Social](http://www.bndes.gov.br/conhecimento/resposta_tip.asp?publicacao=BNDES+Social)>.



Porter, M. e Teisberg, E.O. Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir Custos. 1ª. edição. São Paulo: Bookman, 2007.

Posnett, J. "The hospital of the future Is bigger better? Concentration in the provision of secondary care". *British Medical Journal*; 319:1063–5, 1999.

Posnett, J. "Are Bigger Hospitals Better?" In: *Hospitals in a Changing Europe.*, por J. Posnett, 100-118. Buckingham: Open University Press, 2002.

Reis, EJFB et al. "Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas". *Cadernos de Saúde Pública*, 6(1): 50-61, jan-mar,1990.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em [http://www.estruturantes.rs.gov.br/index.php?option=com\\_modelo\\_gestao&Itemid=3](http://www.estruturantes.rs.gov.br/index.php?option=com_modelo_gestao&Itemid=3) (acesso em 02 de janeiro de 2009).

Roessler, IF et al. "Treinamento em Avaliação de Serviços, Licenciamento Sanitário e Acreditação - TALSA". Organização Nacional de Acreditação, 2005.

Scottish Executive. Developing Community Hospitals – a Strategy for Scotland. Scottish Executive, St Andrew's House. Edinburgh, 2006

Silva RR, Brandão D. "Os quatro elementos da avaliação". São Paulo: Instituto Fonte; 2003.

"The Canadian Patient Safety Dictionary." 2003. [http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary\\_e.pdf](http://rcpsc.medical.org/publications/PatientSafetyDictionary_e.pdf) (acesso em 03 de fevereiro de 2008).

Trevisan, L.N. "Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão em rede no SUS". *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 41(2):237-54, Mar./Abr. 2007

Trevisan, L.N., e L.A.P Junqueira. "Construindo o "pacto de gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede." *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 de 2007: 893 - 902.

Ugá, M.A.D, e E.M López. "Os Hospitais de Pequeno Porte e sua Inserção no SUS." *Ciência e Saúde Coletiva* 4, n. 12 (4): 915-928 (2007): 915-928.

Uchimura, K. Y. & Bosi, M. L. M. "Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, nov-dez, 2002.

Yunes, J. "O SUS na lógica da descentralização" *Estudos Avançados*, 13 (35), pp. 65-70. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 1999.

Vecina Neto, Gonzalo. "Reflexões sobre Assistência Farmacêutica." *Debates GV Saúde - Primeiro Semestre de 2007*. São Paulo: Editora da Fundação Getulio Vargas, 2007.

Viana, A.L.D, e L.D. Oliveira. "Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro." *Ciência e Saúde Coletiva*, julho de 2002: 493 - 507.

Viana, A.L.D et al. "Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil." *Caderno de Saúde Pública*, outubro de 2002: 139 - 151.

## ANEXO I - ROTEIRO DE PADRÕES DE CONFORMIDADE DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

### BLOCO I – GESTÃO ORGANIZACIONAL

#### 1. LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.			2,3,28, 78,84
I	2. Existe pessoa responsável para resolver situações adversas e que esteja acessível durante todo o período de funcionamento.			50
N	3. O estabelecimento dispõe de mecanismos que visem garantir a Ética Profissional.			91
N	4. As atividades, responsabilidades e competências estão definidas e descritas.			50, 99,100
R	5. Planeja estrategicamente as diretrizes organizacionais de forma participativa.			
R	6. Avalia periódica e sistematicamente a produção e gastos planejados.			

#### 2. DEMANDA, USUÁRIO E SOCIEDADE.

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	7. Adota métodos que visam garantir a segurança e integridade física dos usuários.			15
I	8. Conhece e utiliza os serviços de referências disponíveis visando à continuidade da atenção.			99,100
N	9. Divulga à sociedade seus serviços e ações de melhoria de forma a reforçar sua imagem.			15, 114
N	10. Dispõe de canais de comunicação que permitam aos usuários expressarem e terem atendidas as suas reclamações, sugestões e solicitações.			15,114
R	11. Realiza periodicamente pesquisa de satisfação com usuários e utiliza estes resultados nas tomadas de decisão.			
R	12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.			

### 3. GESTÃO DA INFORMAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.			15,17
I	14. Assegura a guarda dos prontuários no que se refere a confidencialidade e integridade e os mantém disponíveis em local de fácil acesso.			15,17
N	15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.			82
N	16. Informa aos órgãos competentes a ocorrência de Doenças de Notificação Compulsória.			6,59
R	17. Cria, compara, analisa e divulga os indicadores da atenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços.			
R	18. Mantém o Sistema de Informações Gerenciais atualizado em relação ao controle de custos.			

### 4. GESTÃO DE PESSOAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	19. Os postos de trabalho estão completos em conformidade com a finalidade e a necessidade do estabelecimento.			3,12,27,30, 85, 88
I	20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.			3,12,28, 78
N	21. Os funcionários são avaliados periodicamente por equipe de Medicina do Trabalho.			10,11,91
N	22. O estabelecimento dispõe de mecanismo de controle de acidentes de trabalho.			101
R	23. Há política de educação permanente.			
R	24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.			

## BLOCO II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO

### 5. GERENCIAMENTO DE RISCO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.			20,62
I	26. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.			20,101
N	27. Há métodos que visam garantir o fornecimento e uso de Equipamentos de Proteção Individual - EPI e Equipamentos de Proteção Coletiva - EPC.			20,42, 101,113
N	28. Realiza o controle de vetores.			20,42, 62,113
R	29. Há programa de educação permanente em controle de infecção.			
R	30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.			

### 6. GESTÃO DA INFRA-ESTRUTURA FÍSICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	31. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de água pela rede pública.			72,75
I	32. Garante a continuidade da atenção em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica pela rede pública.			72,75
N	33. Realiza manutenção predial corretiva.			72,75
N	34. O projeto físico do estabelecimento foi aprovado pelos órgãos competentes.			72,75
R	35. Garante condições de segurança contra incêndio.			
R	36. As sinalizações dos ambientes são visíveis e de fácil entendimento.			

## 7. GESTÃO DE EQUIPAMENTOS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	37. Os equipamentos ( <i>autoclaves e/ou raios-X</i> ) estão disponíveis em condições de uso, compatíveis com a finalidade a que se propõem e de acordo com a legislação vigente.			7,9,56, 65, 77
I	38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.			7,9,56, 65, 77
N	39. O equipamento tem registro na ANVISA			7,9,56, 65, 77
N	40. Há manutenção preventiva dos equipamentos.			9,50
R	41. Os equipamentos são manuseados por profissionais qualificados.			
R	42. Todos os equipamentos estão inventariados			

## 8. GESTÃO DE MATERIAIS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	43. O estabelecimento realiza armazenamento adequado com a disposição por categoria de produtos ou outra forma organizada, obedecendo a separação para medicamentos, germicidas, sucatas e produtos para saúde (artigos médicos – hospitalares e diagnóstico), observando o cumprimento dos requisitos de segurança (registro, cadastro, validade e estocagem).			7,9,57,6 4,66,69
I	44. Os medicamentos sujeitos a controle especial são rastreáveis desde sua aquisição até o consumo pelo paciente.			7,9,57,6 4,66,69
N	45. Realizam padronização e seleção dos produtos adquiridos.			15,16
N	46. Há mecanismos que visam garantir a continuidade da atenção em caso de falta de materiais e medicamentos para o paciente.			8,29,32
R	47. Realizam ações de farmacovigilância.			
R	48. Os medicamentos são distribuídos por dosagem unitária/individual.			

## 9. HIGIENE DO AMBIENTE E PROCESSAMENTO DE ROUPAS

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	49. A diluição dos saneantes é realizada por pessoa treinada e supervisionada por profissional capacitado.			20,42,64,65,113
I	50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.			15,20,42,114
N	51. O transporte e o processamento de roupas limpas e sujas ocorre sem que haja o contato direto das mesmas.			20,42,112
N	52. Os procedimentos e rotinas de limpeza e desinfecção são registrados, supervisionados e estão em locais disponíveis e de fácil acesso.			20,42,113
R	53. Os saneantes usados são registrados junto a ANVISA			
R	54. Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.			

## 10. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	55- É assegurado o fornecimento de refeições aos pacientes, conforme prescrição nutricional.			15,18,57,93
I	56- O preparo e acondicionamento das refeições são realizados de acordo com o Manual de Boas Práticas de Transporte e Fabricação de Alimentos.			97
N	57- A Unidade de Alimentação e Nutrição é supervisionada por Nutricionista.			18,93,94,95,96,97,110
N	58- Os serviços e produtos adquiridos ou contratados estão de acordo com a legislação vigente			57,66,72,75
R	59- Existem ações de educação permanente para os profissionais envolvidos em alimentação e nutrição.			
R	60- Há educação alimentar para pacientes e familiares visando à recuperação e manutenção da saúde.			

**11. SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE E TERAPIA (SADT)**

	<b>PADRÃO DE CONFORMIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Normas</b>
I	61- Os técnicos que realizam os procedimentos são habilitados e responsáveis pela emissão dos laudos.			7,9,83,8 7,89
I	62-O técnico executante dos exames de SADT está habilitado para a realização dos exames.			7,9,102, 103,104 ,105,10 6
N	63-Os locais para realização dos exames são específicos e com condições ideais para realização dos procedimentos.			101
N	64-Os exames são identificados de maneira legível e completa desde a solicitação até o resultado.			15,48,5 4, 117
R	65 -Há mecanismos para verificar e minimizar os processos.			
R	66 - Há mecanismos para avaliar sistematicamente a pertinência de solicitações de exames.			

**12. SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA**

	<b>PADRÃO DE CONFORMIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Normas</b>
I	67. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro profissional capacitado por órgão competente.			7,9,13,2 5,38,55, 63,68,7 0,71
I	68. Os hemoderivados e hemocomponentes atendem aos requisitos de rastreabilidade e segurança (validade, identificação e estocagem) desde a aquisição até a administração ao paciente.			7,9,13,2 5,38,55, 63,68,7 0,71
N	69. Os profissionais que atuam em hemoterapia são capacitados.			7,9,13,2 5,38,55, 63,68,7 0,71
N	70. O serviço realiza ações de hemovigilância.			7,9,13,2 5,38,55, 63,68,7 0,71
R	71. Existe comitê transfusional.			
R	72. Existem ações de educação permanente para os profissionais que atuam em hemoterapia, hemocomponentes e hemoderivados.			



## BLOCO III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

### 13. HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	73. Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.			1,15,16,99,100,114
I	74. Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.			1,14,15,16,26,45,99,100,114
N	75. Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.			1,15,16,99,100,114
N	76. Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.			1,15,16,99,100,114
R	77. Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e busca elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.			
R	78. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.			

### 14. ATENÇÃO IMEDIATA - URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	79. A unidade possui infra-estrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.			72,75
I	80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.			78,82,85,88
N	81. A unidade conta com análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional.			119,120
N	82. Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica.			119,120
R	83. Utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária.			
R	84. Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato.			

### 15. ATENÇÃO EM REGIME AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	85. O ambulatório possui local destinado ao atendimento imediato com equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio.			72,75
I	86. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.			2,19,28
N	87. A unidade gerencia a fila ambulatorial, procurando minimizá-la.			15,16
N	88. A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.			15,16
R	89. Os pacientes atendidos neste serviço têm assegurado agendamento de retorno.			
R	90. O estabelecimento estimula a atuação da equipe Multiprofissional no atendimento ao usuário.			

### 16. ATENÇÃO EM REGIME DE INTERNAÇÃO

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	91. A unidade de internação possui médico disponível no estabelecimento em tempo integral para o atendimento imediato.			15,28,8 8, 108
I	92. A unidade de internação possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigênio destinado ao atendimento imediato.			72,75
N	93. O dimensionamento da equipe e planejamento das ações de assistência é baseado nas necessidades individuais do paciente.			2,12,33, 78
N	94. A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias.			15,16,8 8
R	95. Os manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.			
R	96. A unidade orienta os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.			

**17. ATENÇÃO EM REGIME DE TERAPIA INTENSIVA**

	<b>PADRÃO DE CONFORMIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Normas</b>
<b>I</b>	97. A unidade dispõe de um responsável técnico habilitado em terapia intensiva e de médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem exclusivos em período integral.			60
<b>I</b>	98. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.			60,72,75
<b>N</b>	99. O número de leitos de terapia intensiva é compatível com o número de leitos do estabelecimento como um todo.			60,72,75
<b>N</b>	100. A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito.			60,72,75
<b>R</b>	101. A equipe multiprofissional é complementada por fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social.			
<b>R</b>	102. A unidade calcula índices prognósticos e taxa de reinternação para subsidiar o gerenciamento da qualidade.			

**18. ATENÇÃO CIRÚRGICA E ANESTÉSICA**

	<b>PADRÃO DE CONFORMIDADE</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Normas</b>
<b>I</b>	103. A unidade dispõe de roupas, equipamentos e materiais para a realização das cirurgias eletivas e mantém uma margem de segurança em estoque em casos de urgência.			15,72,75,
<b>I</b>	104. A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.			2,12,78,109
<b>N</b>	105. A unidade dispõe de sistema centralizado e dutado de gases medicinais.			72,75
<b>N</b>	106. A unidade gerencia o tempo de permanência do paciente na Recuperação Pós-anestésica (RPA) e garante a atenção por anestesista.			15,86,92
<b>R</b>	107. Todos os pacientes cirúrgicos recebem atendimento pré-anestésico por anestesista.			
<b>R</b>	108. A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.			

## 19. ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	109. Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto.			2,14,28, 40,45,53
I	110. Todos os partos são realizados em local com infraestrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinado à atenção da parturiente e do recém-nascido.			2,28,53, 72,75,78
N	111. O estabelecimento utiliza o Partograma para o acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto.			45
N	112. A unidade adota regime de internação de alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno.			14, 40
R	113. As salas de pré-parto são individualizadas, garantindo a privacidade da parturiente e de seu acompanhante.			
R	114. A unidade realiza ações educativas para a parturiente e os familiares em relação a: autocuidados, cuidados ao recém-nascido, importância da consulta puerperal e planejamento familiar.			

## 20. ATENÇÃO RADIOTERÁPICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	115. A unidade realiza o monitoramento do nível de radiação por radioisótopos e equipamentos emissores de radiação ionizante.			58, 74, 98, 102 a 107
I	116. O planejamento da radioterapia é realizado por médico com título de especialista em radioterapia.			43
N	117. O médico permanece na unidade durante todo o período de funcionamento.			43
N	118. Os protocolos, manuais de normas, rotinas e procedimentos estão atualizados e disponíveis.			43
R	119. Os pacientes são orientados quanto aos riscos do tratamento e de sua descontinuidade.			
R	120. A unidade conta com equipe multiprofissional integrada para o atendimento dos pacientes e familiares.			

## 21.ATENÇÃO QUIMIOTERÁPICA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	121. Os pacientes têm sua terapia prescrita pelo respectivo médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).			15, 43
I	122. A administração dos medicamentos antineoplásicos é realizada e supervisionada por enfermeiro.			80, 81
N	123. Na rotulagem dos medicamentos antineoplásicos manipulados constam: nome do paciente, composição qualitativa e quantitativa dos componentes, volume total, data e hora da preparação, prazo de validade, identificação do responsável pela preparação, com o devido registro no conselho profissional.			43
N	124. A unidade possui protocolos para minimizar eventos adversos relacionados aos quimioterápicos.			43
R	125. A unidade mantém seu corpo médico e de enfermagem atualizado em atenção quimioterápica.			
R	126. A unidade conta com equipe multiprofissional integrada para o atendimento dos pacientes e familiares.			

## 22.ATENÇÃO AO RENAL CRÔNICO - TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

	PADRÃO DE CONFORMIDADE	Sim	Não	Normas
I	127. A unidade dispõe de médico e um enfermeiro para cada grupo de 35 pacientes e um auxiliar de enfermagem para quatro pacientes, presentes durante todo o período de funcionamento do serviço.			52, 67, 76, 118
I	128. A unidade controla a qualidade da água utilizada na diálise através da análise microbiológica e físico-química.			52, 67, 76, 118
N	129. A unidade adota precauções padrão para evitar infecção cruzada de hepatite (B e C) e HIV.			6, 52, 67, 76, 118
N	130. A unidade propicia ao paciente a inserção em um sistema integral de atenção ao renal crônico.			52, 67, 76, 118
R	131. Existe atividade (terapia ocupacional, profissionalizante) para os pacientes durante o período de diálise.			
R	132. Os pacientes são orientados quanto à sua doença, aos autocuidados, ao tratamento e prognóstico.			

## **ANEXO II - BASE NORMATIVA DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **CONSTITUIÇÃO FEDERAL**

1. TÍTULO VIII – Sessão II – Da Saúde – Artigos 196 a 200

### **LEIS**

2. Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955 - Regula o Exercício da Enfermagem Profissional.
3. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957 - Dispõe sobre os conselhos de medicina, e da outras providências.
4. Lei nº 5.433, de 08 de maio de 1968 - Regula a microfilmagem de documentos oficiais e da outras providências.
5. Lei nº 5.905, de 1973 - Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências.
6. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 - Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças.
7. Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976 - Ementa Oficial: Ficam sujeitos às normas de vigilância sanitária instituídas por esta Lei os medicamentos, as drogas, os insumos farmacêuticos e correlatos, definidos na Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973, bem como os produtos de higiene, os cosméticos,

perfumes, saneantes domissanitários, produtos destinados à correção estética e outros adiante definidos.

8. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976 - Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.
9. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
10. Lei nº 6.514, de 22 de dezembro de 1977 - Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências.
11. Lei nº 7.410, de 27 de novembro de 1985 - Dispõe sobre a especialização de Engenheiros e Arquitetos em Engenharia de Segurança do Trabalho, a profissão de Técnico de Segurança do Trabalho e dá outras providências.
12. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.
13. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988 - Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências.
14. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.
15. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 - Dispõe sobre a Proteção do Consumidor e dá outras Providências.

16. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.
17. Lei nº 8.159, de 08 de Janeiro de 1991 - Dispõe sobre a política nacional de arquivos públicos e privados.
18. Lei nº 8234, de 17 de setembro de 1991 - Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências.
19. Lei nº 8.967, de 28 de dezembro de 1994 - Altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.
20. Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 - Dispõe sobre o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.
21. Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998 - Dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências.
22. Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 - Dispõe sobre as sanções penais e administrativas derivadas de condutas e atividades lesivas ao meio ambiente, e dá outras providências.
23. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 - Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.
24. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999 - Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.



25. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001 - Regulamenta a coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue e seus hemoderivados e dá outras providências.
26. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.
27. Consolidação das Leis do Trabalho.

## **DECRETOS LEGISLATIVOS**

28. Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932 - Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteiro e enfermeiro, no Brasil, e estabelece penas.
29. Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938 - Aprova a Lei de fiscalização de entorpecentes.
30. Decreto n. 5.893, de 19 de outubro de 1943 - Dispõe sobre o serviço, funcionamento e fiscalização das cooperativas.
31. Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958 - Aprova o Regulamento do Conselho Federal e Conselhos regionais de Medicina a que se refere à Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957.
32. Decreto nº 78.992, de 21 de dezembro de 1976 - Regulamenta a Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão do tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

33. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 - Regulamenta a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências.
34. Decreto nº 02, de 17 de março de 1992 - Aprova o texto da Convenção nº 155, do serviço Internacional do Trabalho (OIT), sobre a segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho, adotada em Genebra, em 1981, durante a 67ª Sessão da Conferência Internacional do Trabalho.
35. Decreto nº 1.799, de 30 de janeiro de 1996 - Regulamenta a Lei nº 5.433, de 8 de maio de 1968, que regula a microfilmagem de documentos oficiais, e dá outras providências.
36. Decreto nº 2.490, de 04 de fevereiro de 1998 - Regulamenta a Lei nº 9.601, de 21 de janeiro de 1998, que dispõe sobre o contrato de trabalho por prazo determinado e dá outras providências.
37. Decreto nº 3.181, de 23 de setembro de 1999 - Regulamenta a Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.
38. Decreto nº 3.990, de 30 de outubro de 2001 - O Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN, integrante do Sistema Único de Saúde - SUS, a que se refere o art. 8º da Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, tem por finalidades.

## **PORTARIAS**

- **Portarias do Gabinete do Ministro da Saúde**

39. Portaria nº 322, de 02 de maio de 1988 - Aprova as normas gerais que regulamentam as instalações e o funcionamento dos Bancos de Leite Humano, em todo o território nacional.
40. Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993 – Aprova as normas Básicas para Implantação do Sistema de Alojamento Conjunto.
41. Portaria nº 2.662, de 22 de dezembro de 1995: adota as prescrições da norma técnica brasileira NBR 13.534: Instalações Elétricas para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde - Requisitos para Segurança, para os projetos de engenharia de instalações elétricas, de reforma ou de ampliação de estabelecimentos assistenciais de saúde.
42. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Expede, na forma dos anexos I, II, III, IV e V diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares.
43. Portaria nº 3535, de 02 de setembro de 1998 Estabelece critérios para cadastramento de centros de atendimento em oncologia.
44. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 - Aprovar a Política Nacional de Medicamentos, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria.
45. Portaria nº 985, de 05 de agosto de 1999 - Cria o Centro de Parto Normal e estabelece normas e critérios de inclusão no SUS.
46. Portaria nº 1.091, de 25 de agosto de 1999 - Cria e estabelece as normas e critérios de inclusão da Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal no SUS.
47. Portaria nº 1.334, de 17 de novembro de 1999 - Dispõe sobre as transferências do Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados do Ministério da Saúde e

demais atividades relativas a sangue e hemoderivados, para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

48. Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2002 - Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
49. Portaria nº 1289, de 16 de julho de 2002 - Altera os subitens 3.2.4, 3.3.3, 3.3.3.2, 3.3.3.3, 3.4.5 e 4.1.2, das Normas Específicas para Cadastramento de Centros de Alta Complexidade em Oncologia, constantes do Anexo I, da Portaria GM/MS Nº 3.535, de 02 de setembro de 1998, publicada no Diário Oficial Nº 196-E, de 14 de outubro de 1998, que passam a ter a seguinte redação: e julho de 2002.
50. Portaria nº 2.225, de 05 de dezembro de 2002 - Estabelece exigências mínimas para a estruturação técnico/administrativa das direções dos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde.
51. Portaria nº 79, de 31 de janeiro de 2003 - Determina a implantação, no âmbito da Hemorrede Nacional, nos Serviços de Hemoterapia públicos, filantrópicos, privados contratados pelo SUS, e exclusivamente privados, da realização dos testes de amplificação e de detecção de ácidos nucleicos (NAT), para HIV e para HCV, nas amostras de sangue de doadores.
52. Portaria nº 1168, de 15 de junho de 2004 - Institui a política nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal.

- **Portarias da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde**

53. Portaria nº 72, de 02 de março de 2000 - Estabelece equipe multiprofissional para o atendimento humanizado ao recém nascido de baixo peso.

54. Portaria nº 788, de 23 de outubro de 2002 - Definir que o Manual de que trata o Artigo 1º desta Portaria tem a faculdade de estabelecer parâmetros básicos e normas técnicas a serem observadas pelos gestores do SUS no serviço dos postos de coleta da rede de laboratórios clínicos.

- **Portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde**

55. Portaria nº 127, de 08 de dezembro de 1995 - Institui o Programa Nacional de Inspeção em Unidades Hemoterápicas - PNIUH - com o objetivo de executar inspeções para avaliar a qualidade dos processos nas Unidades Hemoterápicas existentes no País.

56. Portaria nº 2663, de 22 de dezembro de 1995 - Adotar a norma técnica brasileira NBR IEC 601-1: Equipamento Eletromédico. Parte 1 - Prescrições Gerais para Segurança e normas técnicas particulares da série IEC 601.2, aprovadas pela Comissão Técnica referida no artigo 3º desta Portaria.

57. Portaria nº 326, de 30 de julho de 1997 - Condições Higiênicas - Sanitárias e de Boas Práticas de Fabricação para Estabelecimentos Produtores / Industrializadores de Alimento.

58. Portaria nº 453, de 01 de junho de 1998 - Aprovar o regulamento Técnico "Diretrizes de Proteção Radiológica em radiodiagnóstico médico e odontológico", parte integrante desta portaria, que estabelece os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e disciplina a prática de raios-X para fins diagnósticos e intervencionistas.

- **Portarias da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde**

59. Portaria nº 1943, de 18 de outubro de 2001 - Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo o território nacional.

- **Portarias da Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde**

60. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998 - Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - D.O.U. - Diário Oficial da União.

61. Portaria nº 686, de 27 de agosto de 1998 - Determina a todos os estabelecimentos que fabriquem, produtos para diagnóstico de uso "in vitro", o cumprimento das diretrizes estabelecidas pelas "Boas Práticas de Fabricação e Controle em Estabelecimentos de Produtos para Diagnóstico de uso "in vitro".

## **RESOLUÇÕES**

- **Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resoluções da Diretoria Colegiada**

62. Resolução - RDC nº 18, de 29 de fevereiro de 2000 - Dispõe sobre Normas Gerais para funcionamento de Empresas Especializadas na prestação de serviços de controle de vetores e pragas urbanas.

63. Resolução - RDC nº 46, de 18 de maio de 2000 - Aprova o Regulamento Técnico para a Produção e Controle de Qualidade de Hemoderivados de Uso Humano.

64. Resolução - RDC nº 58, de 21 de junho de 2000 - Determinar às farmácias com manipulação, indústrias farmoquímicas e farmacêuticas, importadoras, fracionadoras, embaladoras, reembaladoras, armazenadoras e distribuidoras de

drogas e insumos farmacêuticos a comunicação à Agência Nacional de Vigilância Sanitária ANVISA, das especificações dos insumos reprovados, baseados em resultados de ensaios analíticos insatisfatórios, realizados pela própria empresa /estabelecimento ou terceiro contratado.

65. Resolução RDC nº 59, de 27 de junho de 2000. Determina a todos fornecedores de produtos médicos, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pelas "Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos".
66. Resolução - RDC nº 63, de 06 de julho de 2000 – Aprovar o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a terapia de nutrição enteral.
67. Resolução - RDC nº 35 ANVISA, de 12 de março de 2001 - Fica aprovado o Roteiro de Inspeção em Serviços de Diálise.
68. Resolução - RDC nº 151, de 21 de agosto de 2001 - Aprovar o Regulamento Técnico sobre Níveis de Complexidade dos Serviços de Hemoterapia, que consta como anexo.
69. Resolução RDC nº 184, de 22 de outubro de 2001 - Regulamenta o Registro e Notificação dos Produtos Saneantes Domissanitários e Afins, de Uso Domiciliar, Institucional e Profissional é efetuado levando-se em conta a avaliação e o gerenciamento do risco.
70. Resolução - RDC nº 23, de 24 de janeiro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico sobre a indicação de uso de crioprecipitado.
71. Resolução - RDC nº 24, de 24 de janeiro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico com a finalidade de obter plasma fresco congelado - PFC, de qualidade, seja para fins transfusionais seja para a produção de hemoderivados.

72. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ANVISA - Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
73. Resolução - RDC nº 343, de 13 de dezembro de 2002 - Aprovar o Regulamento Técnico para a obtenção, testagem, processamento e Controle de Qualidade de Sangue e Hemocomponentes para uso humano, que consta como Anexo I.
74. Resolução RDC nº 33, de 25 de fevereiro de 2003 - D.O.U de 05/03/2003 Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.
75. Resolução - RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003, ANVISA - Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências.
76. Resolução RDC nº154 de 15 de junho de 2.004, Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise.

- **Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução Especial**

77. Resolução - RE nº 444, de 31 de agosto de 1999 Adota a norma técnica brasileira NBR IEC 60601.1:Equipamento Eletromédico. Parte 1 Prescrições Gerais para Segurança e normas técnicas particulares brasileiras da série NBR IEC 60601.2.

- **Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem**



78. Resolução COFEN -146/1992 - Lei 2.604 de 17/09/1955 (Regula o Exercício da Enfermagem Profissional).
79. Resolução COFEN -240/2000 - Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.
80. Resolução COFEN – 257/2001 – Acrescenta dispositivo ao Regulamento aprovado pela Resolução Cofen 210/98, facultando ao enfermeiro o preparo de drogas Quimioterápicas Antineoplásicas.
81. Resolução COFEN - nº 281/2003 Dispõe sobre a repetição/cumprimento da prescrição medicamentosa por profissional da área de saúde.
82. Resolução COFEN - nº 288/2004 O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições Legais e Regimentais; CONSIDERANDO a Lei nº. 10.048/2000, no seu art. 1º; CONSIDERANDO a Lei nº. 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, em diversos de seus dispositivos; CONSIDERANDO deliberação unânime do Plenário, em sua Reunião Ordinária nº. 316.

- **Resoluções do Conselho Federal de Medicina**

83. RESOLUÇÃO CFM nº 813/1977 - Determina que os resultados das análises e pesquisas clínicas em várias áreas sejam fornecidos sob a forma de laudos médicos. (DOU, Seção I, parte II, de 14-12-77).
84. RESOLUÇÃO CFM nº 997/1980 - Cria nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica. (DOU, Seção I, parte II, de 24-06-80).

- 85.RESOLUÇÃO CFM nº 1.124/1983 - Estrutura o Corpo Clínico dos Estabelecimentos de Saúde, disciplina a admissão e exclusão dos seus membros em registro do Regimento Interno.
- 86.RESOLUÇÃO CFM nº 1.363/1993 - Determina normas aos médicos que praticam anestesia.
- 87.RESOLUÇÃO CFM nº 1.473 /1997 - Determina a competência e responsabilidade sobre emissão dos Laudos Citohistoanatomopatológicos.
- 88.RESOLUÇÃO CFM 1493 / 1998 Determina ao Diretor Clínico do estabelecimento de saúde que tome providências cabíveis para que todo paciente hospitalizado tenha seu médico assistente responsável, desde a internação até a alta e que assegure previamente as condições para a realização do ato médico nas cirurgias eletivas.
- 89.RESOLUÇÃO CFM nº 1.627/2001 - Define o ato profissional de médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado
- 90.RESOLUÇÃO CFM nº 1638 / 2002 Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Prontuário nas instituições de saúde.
- 91.RESOLUÇÃO CFM 1657 / 2002 Estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências.
- 92.RESOLUÇÃO CFM 1.670/2003 - Sedação profunda só pode ser realizada por médicos qualificados e em ambientes que ofereçam condições seguras para sua realização, ficando os cuidados do paciente a cargo do médico que não esteja realizando o procedimento que exige sedação.

- **Resolução do Conselho Federal de Nutrição**

93. Resolução 075/1987 de 11/08/87 (D.O.U. 01/09/87) - dispõe sobre a responsabilidade técnica do nutricionista quanto à atividade/estágio de nutrição.
94. Resolução 218/99 de 25/03/99 (D.O.U 01/04/99) - dispõe sobre critérios para assunção de responsabilidade técnica no exercício das atividades do nutricionista.
95. Resolução 223/1999 de 13/07/99 (D.O.U 02/09/99) - dispõe sobre o exercício profissional do nutricionista na área de nutrição clínica e dá outras providências.
96. Resolução 227/1999 de 24/10/99 (D.O.U 05/11/99) – dispõe sobre o registro e fiscalização profissional de técnicos da área de alimentação e nutrição, e dá outras providências.
97. Resolução 304/2003 de 26/02/03 (D.O.U. 28/02/2003 ) - dispõe sobre critérios para prescrição dietética na área de nutrição clínica e dá outras providências.

- **Resolução do Conselho Nacional de Saúde**

98. Resolução nº 6, de 21 de dezembro de 1988 CNS - Conselho Nacional de Saúde  
Aprova as normas técnicas gerais de radio-proteção, que com esta baixam, visando a defesa da saúde dos pacientes, indivíduos profissionalmente expostos, e do público em geral, para cumprimento do disposto no art. 9º do Decreto nº 81.384 de 22 de fevereiro de 1978. D.O.U. - Diário Oficial da União; Poder Executivo, de 05 de janeiro de 1988

## **NORMAS**

- **Normas do Ministério da Saúde**

99. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – 1996

100. Norma Operacional da Assistência à Saúde – 01/2002

- **Normas do Ministério do Trabalho**

101. Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho

- **Normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear**

102. NE - 3.01 Diretrizes Básicas de Radioproteção NE - 3.01 Posição Regulatória 3.01 / 001.

103. NE - 3.02 Serviços de Radioproteção.

104. NN - 3.03 Certificação da Qualificação de Supervisores de Radioproteção.

105. NN - 3.05 Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Medicina Nuclear.

106. NE - 3.06 Requisitos de Radioproteção e Segurança para Serviços de Radioterapia.

107. NN - 6.01 Requisitos para o Registro de Pessoas Físicas para o Preparo, Uso e Manuseio Fontes Radioativas.

- **CÓDIGOS DE ÉTICA**

108. Código de Ética Médica

109. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

110. Código de Ética Profissional do Nutricionista

111. Código de Ética Profissional dos Técnicos em Nutrição e Dietética

- **MANUAIS**

112. Manual de Lavanderia Hospitalar – 1986 – Ministério da Saúde.

113. Ministério da Saúde. Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde - Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. 2ª edição. Brasília - DF, 1994.

114. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – 2003.

115. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares 4ª Edição, 2003.

116. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Hemoterapia 1ª Edição, 2003.

117. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Laboratórios Clínicos 1ª Edição, 2003.

118. Manual de Acreditação das Organizações Prestadoras de Serviços de Nefrologia e Terapia Renal Substitutiva 1ª Edição, 2003.

119. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999 Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgências e Emergências.

120. Portaria nº 2048, Gabinete do Ministro, de 05 de novembro de 2002. Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.