

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil

National Program for the Evaluation of Health Services (PNASS) 2015-2016: an analysis on Brazil's hospitals

Lenir Aparecida Chaves^I , Déborah Carvalho Malta^{II} , Alzira de Oliveira Jorge^{III} , Ilka Afonso Reis^{IV} , Giselle Bianca Tofoli^V , Letícia Ferreira da Silva Machado^{VI} , Alaneir de Fátima Santos^{III} , Eli Iola Gurgel Andrade^{III} 

RESUMO: *Objetivo:* O estudo tem como objetivo avaliar o desempenho dos hospitais que participaram do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS 2015–2016). *Métodos:* Estudo descritivo transversal quantitativo, que buscou mensurar o desempenho dos hospitais que participaram do programa com base nos dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015–2016. O questionário de avaliação de processos aplicado aos hospitais contou com 102 itens, 17 critérios, agrupados em quatro blocos ou dimensões. *Resultados:* Participaram 1.681 hospitais. O escore médio por bloco foi: gestão organizacional (64), apoio técnico e logístico para produção de cuidado (73), gestão da atenção à saúde e do cuidado (64) e serviços/unidades específicas (72). Com relação à esfera administrativa, o melhor desempenho médio foi obtido pela esfera federal, seguido da estadual e da municipal. Os hospitais localizados no Sul e Sudeste obtiveram o melhor desempenho (73,0), seguido do Centro-Oeste (62,7), Nordeste (61,2) e Norte (58,5). *Conclusão:* Os hospitais que realizam procedimentos de alta complexidade, assim como os de grande porte e especiais, obtiveram melhor desempenho. Hospitais públicos federais, de gestão municipal, também alcançaram os melhores resultados, bem como os hospitais do Sul e Sudeste do país.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Qualidade da assistência à saúde. Administração de serviços de saúde. Planejamento hospitalar.

^IHospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil

^{II}Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{III}Departamento de Medicina Preventiva e Social, Escola de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{IV}Departamento de Estatística, Instituto de Ciências Exatas, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^VSecretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{VI}Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Autor correspondente: Lenir Aparecida Chaves. Rua Descida, 29, Jardim São José, CEP: 30.820-330, Jardim São José, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: chaves.lenir@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** nenhuma.

ABSTRACT: *Aim:* The present work aims to evaluate the performance of hospitals participating on the National Program for the Evaluation of Health Services (*Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS*, 2015–2016). *Methods:* This is a descriptive cross-sectional quantitative study, which measured the performance of hospitals participating in the program, using data from the first PNASS 2015–2016 evaluation instrument. The processes evaluation questionnaire used in hospitals had 102 items, 17 criteria, grouped into four blocks or dimensions. *Results:* A total of 1,681 hospitals was evaluated. The average score for each block was: Organizational management (64); technical and logistical support for care provision (73); health care and care management (64); specific services/ units (72). Regarding the administrative sphere, the best average performance was of the federal sphere, followed by the state and municipal ones. The hospitals located in the Southern and Southeastern regions presented the best performance (73), followed by the Midwestern (62.7), Northeastern (61.2), and Northern (58.5) regions. *Conclusion:* The hospitals that perform highly complex procedures, just like those large and special ones, obtained a better performance. Public federal hospitals, with municipal management, also had the best results, as well as hospitals from the Southern and Southwestern regions of the country.

Keywords: Health evaluation. Quality of health care. Health services administration. Hospital planning.

INTRODUÇÃO

A avaliação dos serviços de saúde, cada vez mais utilizada como instrumento de apoio à gestão^{1,2} no Sistema Único de Saúde (SUS), visa contribuir para identificar problemas, reorientar o planejamento e mensurar o impacto da implementação de políticas, programas, serviços e ações sobre o estado de saúde da população³.

Em contrapartida, desafios demográficos e mudanças nos perfis epidemiológico e social exigem mais competências gerenciais, articulações e produção de informação da gestão em saúde, seja do processo de trabalho, da qualidade da assistência, do financiamento, da segurança clínica ou do trabalho em equipe³⁻⁵.

Nesse contexto, o debate em torno da gestão, da qualidade e do papel dos hospitais no sistema ganha protagonismo na atualidade⁵. Considerado espaço estratégico para reorganização do sistema de saúde⁶, a atenção hospitalar assume papel central, pois, mesmo com uma atenção primária forte e boa atenção ambulatorial especializada, sempre haverá condições que exigirão o cuidado em nível hospitalar⁷.

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Esse, reformulado em 2004 pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), incorporou novas complexidades dos serviços de saúde e originou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) que, em 8 de janeiro de 2015, foi republicado pela Portaria nº 28 do MS⁸. O PNASS, constituído de três instrumentos avaliativos distintos — roteiro de itens de verificação; questionário dirigido aos usuários; conjunto de indicadores —, é importante instrumento de avaliação de serviços de saúde e tem como objetivo avaliar os estabelecimentos de atenção

especializada, ambulatoriais e hospitalares quanto às dimensões de estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido⁹.

Trabalha-se com o conceito de Donabedian de que a existência de estrutura e processos adequados garantirá os resultados desejados¹⁰.

Segundo o MS¹¹, a assistência hospitalar no SUS é organizada pelas necessidades da população com objetivo de garantir atendimento com apoio de equipe multiprofissional que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência e na segurança do paciente. Assim, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída em 30 de dezembro 2013 pela Portaria n^o 3.390¹², busca reorganizar e qualificar a atenção hospitalar, estabelece diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e aplica-se a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no SUS.

Compreende-se que, para além de um modelo hospitalocêntrico do SUS⁷, é preciso avaliar aspectos da assistência, da qualidade e da gestão dos hospitais, visando garantir resolatividade, continuidade do cuidado, equidade e transparência¹¹. Ante o exposto, este estudo tem como objetivo avaliar o desempenho dos hospitais que participaram do PNASS 2015–2016, mediante a aplicação de questionário sobre a existência de estrutura e processo considerados importantes para garantir melhor resultado.

MÉTODOS

Estudo descritivo transversal quantitativo que utilizou o banco de dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015–2016 — roteiro de itens de verificação. Esse instrumento foi desenvolvido com critérios aplicáveis em diversas combinações e de acordo com as diferentes realidades dos serviços, dando assim, ao PNASS, a possibilidade de avaliar estabelecimentos de complexidades variadas de forma abrangente, sem a necessidade de um instrumento específico⁹.

Organizou-se o instrumento em cinco blocos — bloco I: gestão organizacional; bloco II: apoio técnico e logístico para produção de cuidado; bloco III: gestão da atenção à saúde e do cuidado; bloco IV: serviços unidades/específicas; bloco V: assistência oncológica — subdivididos em 30 critérios com 180 itens de verificação que têm a finalidade de sinalizar o risco ou a qualidade dos serviços de saúde para o conjunto de critérios.

No instrumento, cada critério corresponde a um conjunto de variáveis qualitativas, mutuamente exclusivas ou independentes entre si. Cada critério é composto de seis itens com respostas binárias (SIM ou NÃO) e classificados: dois como imprescindíveis (I), dois como necessários (N) e dois como recomendáveis (R), exceto para o critério 16, em que cada item possui peso igual⁹.

O roteiro de itens de verificação, que avalia os diversos elementos da gestão hospitalar, foi dirigido ao gestor dos estabelecimentos de saúde. Para definição dos estabelecimentos,

utilizou-se a modalidade amostral por conveniência, sendo critério básico os estabelecimentos nos quais o MS efetuou aporte de recursos financeiros, decorrente de políticas prioritárias. Desse modo, incluíram-se os estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e que estavam habilitados na Rede Cegonha; Rede de Urgências e Emergências; terapia renal substitutiva; centros especializados de reabilitação; centros de oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federal, estadual e municipal). Excluíram-se os hospitais de pequeno porte (HPP), com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares), uma vez que esses foram avaliados pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do MS (DAHU/SAS/MS) por meio de outro instrumento avaliativo. Todavia incluíram-se HPP que possuíam algum tipo de habilitação de acordo com os critérios citados anteriormente⁹.

Consideraram-se as variáveis (tipo de gestão, esfera administrativa, nível hierárquico e porte hospitalar) para caracterizar o desempenho da rede hospitalar, com as seguintes definições:

- tipo de gestão (municipal, estadual ou dupla): identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio, e é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamentos dos serviços prestados ao SUS, sendo municipal (os gestores são as secretarias municipais de saúde), estadual (os gestores são as secretarias estaduais de saúde) e gestão dupla (aquela que aponta que o prestador, conforme registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, está sob regulação municipal e estadual)¹³;
- esfera administrativa: corresponde à esfera a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Essa pode ser pública (federal, estadual e municipal) ou privada (estabelecimentos privados ou organizações não governamentais e estabelecimentos correlatos)¹³;
- nível de hierarquia (NH): uma forma de enquadramento que define a complexidade dos procedimentos que podem ser realizados por um estabelecimento de saúde que atende pelo SUS¹³;
- porte hospitalar: pequeno (até 49 leitos), médio (50 até 150 leitos), grande (151 a 500 leitos) e especial (acima de 500 leitos).

Na análise, avaliou-se a qualidade da base de dados e a verificação dos itens faltantes ou não preenchidos. Observou-se que, em alguns critérios, ocorreu elevada proporção de não preenchimento, pois os estabelecimentos responderam apenas aos critérios aplicáveis à sua característica de prestação de serviços⁹. Assim, identificaram-se itens com resposta “SIM” ou “NÃO” e outros itens que não são aplicáveis ao estabelecimento ou que não foram respondidos (“Não respondeu”). No estudo, itens não aplicáveis ao estabelecimento e não respondidos (NR) foram classificados como “Não se aplica” (NA).

Segundo Hair *et al.*¹⁴, dados faltantes em até 10% para um caso podem ser ignorados. As avaliações da sua extensão e do seu padrão possibilitam identificar quando o seu nível é elevado, e a tabulação do número de colunas, com dados faltantes para cada caso, e do número de casos, com dados faltantes para cada coluna, é uma forma de se avaliar essa extensão.

O estudo utilizou os dados dos 1.761 hospitais que participaram do PNASS, que representam 68% do total de estabelecimentos avaliados ou 28,66% do total de hospitais especializados e gerais cadastrados no CNES em 2015.

O primeiro passo foi verificar o número de dados faltantes (NA) para todas as colunas (item) e todas as linhas (hospitais), sendo definido o máximo de até 10% (NA). Em relação ao NA da coluna, o item que não foi respondido por mais de 176 hospitais foi excluído. Também foi identificado NA para a linha, e os hospitais que não responderam a mais de 10% do total de itens (NA > 11) foram excluídos. Aplicou-se o teste χ^2 para comparar a distribuição dos hospitais incluídos e excluídos do estudo.

Utilizou-se o questionário respondido pelos hospitais, composto de 180 itens, que, segundo a tríade de Donabedian, se concentram na avaliação de estrutura e processos¹⁰. Calculou-se um escore para avaliar o desempenho dos hospitais, sendo gerada uma nota para cada um dos critérios, calculada pela média ponderada dos itens que o compõem: para os itens classificados como “imprescindíveis”, atribuiu-se peso 3; para os itens “necessários”, peso 2; e para os “recomendáveis”, peso 1. Por fim, calculou-se, para cada hospital, a nota por bloco com base na média dos critérios que o compõem e a nota final com base na média de cada bloco. Os demais critérios foram excluídos, em função do número de NA (Tabela 1).

Em função das notas de desempenho, os estabelecimentos foram divididos em três agrupamentos pelo percentil 50 e 69:

- grupo 1: baixo desempenho (nota até 72,01);
- grupo 2: médio desempenho (nota de 72,02 até 82,87);
- grupo 3: alto desempenho (nota acima de 82,88).

As notas gerais para os hospitais foram resumidas para o Brasil por unidade federada, por região geográfica, por tipo de gestão, por esfera administrativa, por porte hospitalar e por nível hierárquico.

Todas as análises estatísticas foram realizadas por meio do *software* R (R Core Team, 2018).

RESULTADOS

O PNASS avaliou 2.584 estabelecimentos: 1.761 hospitais, 295 unidades de pronto atendimento (UPA), 89 centros especializados de reabilitação e 439 terapia renal substitutiva. O Sudeste concentra 43,0% dos estabelecimentos (desses, 66,0% são hospitais), o Nordeste 25,0% (71,0% hospitais), o Sul 17,0% (70,0% hospitais), o Centro-Oeste 7,7% (56,5% hospitais) e o Norte 6,9% (76,4% hospitais).

A classificação de porte hospitalar deu-se segundo o número de leitos que, na base selecionada do PNASS, foram 26 hospitais de pequeno porte (até 49 leitos), 1.112 de médio (50 até 150 leitos), 488 de grande (151 a 500 leitos) e 44 de porte especial (acima de 500 leitos). Incluíram-se os HPP com algum tipo de habilitação de acordo com os critérios do programa⁸.

Tabela 1. Comparativo de aplicabilidade para os critérios incluídos* e excluídos** no estudo com apresentação do percentual de NÃO, SIM e de não se aplica (NA) para os 1.761 hospitais avaliados no programa.

Blocos	Crítérios	Não %	Sim %	NA %
Bloco I Gestão organizacional	1. Gestão contratos*	42,6	55,5	1,9
	2. Planejamento e organização*	46,7	51,3	1,9
	3. Gestão da informação*	23,1	75,0	1,9
	4. Gestão de pessoas*	45,0	42,5	1,9
	5. Modelo organizacional*	38,2	59,9	1,9
Bloco II Apoio técnico e logístico para produção de cuidado	6. Gerenciamento risco e segurança do paciente*	24,6	73,1	2,1
	7. Gestão infraestrutura e ambiência*	35,0	62,9	1,9
	8. Gestão equipamentos e materiais*	25,4	72,7	1,9
	9. Alimentação e nutrição — serviço/unidade*	25,7	70,2	4,0
	10. Assistência farmacêutica*	12,3	85,5	2,2
	11. Processamento roupas e materiais*	35,9	60,9	3,2
Bloco III Gestão da atenção à saúde e do cuidado	12. Serviços apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento*	35,0	62,8	2,0
	13. Integração Redes Atenção à Saúde*	35,3	62,2	2,3
	14. Protocolos administrativos e clínicos*	36,8	61,0	2,0
	15. Gestão do cuidado*	39,0	58,9	2,1
Bloco IV Serviços/unidades específicas	16. Acesso à estrutura assistencial**	19,5	54,4	26,0
	17. Atenção imediata — urgência e emergência**	28,4	55,0	16,4
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado**	22,3	56,0	21,6
	19. Atenção em regime de internação*	22,6	73,0	4,2
	20. Atenção em regime de terapia intensiva**	16,6	45,5	37,7
	21. Atenção cirúrgica e anestésica*	35,3	54,7	9,9
	22. Atenção materna e infantil**	26,0	43,7	30,0
	23. Atenção em terapia renal substitutiva**	1,9	12,0	86,0
	24. Atenção em hemoterapia**	19,5	48,3	32,0
Bloco V Assistência oncológica	25. Atenção serviços de reabilitação**	0,26	0,41	99,3
	26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades**	3,0	12,3	84,7
	27. Atenção radioterápica**	0,73	6,5	92,7
	28. Atenção em oncologia clínica**	1,7	13,3	84,9
	29. Atenção hematológica**	3,2	9,1	87,5
	30. Atenção oncológica pediátrica**	1,7	5,2	93

Fonte: Base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016.

Quanto ao tipo de gestão, 60% dos hospitais eram de gestão municipal, 24% estadual e 16% estadual/municipal. Para esfera administrativa, 52% são privados e 48% públicos (50% municipal, 43% estadual e 7% federal).

Do total de 1.761 hospitais, 1.681 (95,5%) apresentaram até 10 itens sem resposta ($NA \leq 10$) e 80 (4,54%) apresentaram mais de 11 itens sem respostas ($NA > 11$). Optou-se pela análise dos 1.681 hospitais com $NA \leq 10$: 1.558 responderam a todos os itens e 123 não responderam até 10 itens. Realizou-se a imputação de dados para os 123 hospitais com até 10 itens sem resposta, aplicando-se a moda da coluna para substituição do NA. O teste χ^2 demonstrou que não há diferença significativa ($p = 0,5714$), em nível de 5%, na distribuição geográfica dos hospitais incluídos e excluídos no estudo.

Do total de 180 itens do questionário, incluíram-se 102 (56,7%) e excluídos 78 (43,3%), segundo os critérios de exclusão dos itens faltantes (NA). Conseqüentemente, de 30 critérios iniciais, 17 (56,6%) foram incluídos e 13 (43,3%) excluídos (Tabela 1).

A gestão estadual obteve o melhor resultado na nota geral média (73) e quando avaliada por bloco: gestão organizacional (69); apoio técnico e logístico para produção de cuidado (79); gestão da atenção à saúde e do cuidado (69); serviços/unidades específicas (75). As gestões municipal e dupla não indicam diferença no resultado, com notas gerais médias de 67 e 66, respectivamente.

Quanto à esfera administrativa, a esfera pública federal alcançou nota média de 76, as esferas estadual e municipal tiveram nota média de 71 e 57, respectivamente, e a esfera privada alcançou nota média de 72. Também por bloco, os hospitais de esfera pública federal alcançaram os melhores resultados, e a esfera municipal obteve o pior desempenho. Na classificação segundo tipo de gestão e esfera administrativa (Tabela 2), a nota média dos hospitais de esfera pública federal, com gestão municipal, foi de 78,37.

No desempenho por bloco segundo estado, verificou-se que o bloco II — apoio técnico e logístico para produção de cuidado — e o bloco IV — serviços unidades/específicas — apresentaram melhores resultados. Já o bloco I — gestão organizacional — e o bloco III — gestão da atenção à saúde e do cuidado — alcançaram piores resultados (Tabela 3).

Analisando o desempenho segundo unidade federativa, o estado do Paraná alcançou o melhor resultado (80,21), seguido de São Paulo (79,64). A nota mais baixa foi do Amapá (34,21).

Tabela 2. Nota final de desempenho dos hospitais avaliados no Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016 por tipo de gestão segundo esfera administrativa.

Esfera administrativa	Tipo de gestão		
	Estadual	Dupla	Municipal
Federal	66,46	69,00	78,37
Estadual	73,00	58,15	70,54
Municipal	70,31	53,70	58,00
Privada	74,42	69,60	72,19

Fonte: base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016.

Tabela 3. Nota final de desempenho dos hospitais que compõem a análise por bloco (roteiro itens de verificação) segundo estado*.

Estado	Gestão organizacional	Apoio técnico logístico para produção de cuidado	Gestão da atenção à saúde e do cuidado	Serviços-unidades/específicas	Desempenho geral
Norte					
Acre	63,13	77,08	58,33	73,96	68,12
Amapá	35,28	44,84	21,30	35,42	34,21
Amazonas	47,87	62,15	54,88	68,82	58,43
Pará	53,54	58,72	56,85	63,32	58,11
Rondônia	63,57	73,30	63,69	79,76	70,08
Roraima	66,11	78,97	62,04	54,17	65,32
Tocantins	48,33	66,37	34,49	53,82	50,75
Nordeste					
Alagoas	64,75	70,60	60,97	72,92	67,31
Bahia	56,91	66,29	56,96	69,97	62,53
Ceará	63,49	70,66	62,70	75,00	67,96
Pernambuco	57,64	66,89	60,63	69,23	63,60
Maranhão	39,79	55,31	37,78	55,39	47,07
Paraíba	52,30	60,84	54,88	68,36	59,09
Piauí	64,01	63,96	61,36	60,99	62,58
Rio Grande Norte	55,18	60,71	51,13	58,18	56,30
Sergipe	69,39	77,92	68,18	77,66	73,29
Centro-oeste					
Goiás	53,57	69,86	57,28	64,25	61,24
Mato Grosso	49,32	56,66	47,10	60,80	53,47
Mato Grosso do Sul	76,42	78,69	75,14	81,04	77,82
Distrito Federal	57,19	68,3	63,19	54,95	60,91
Sudeste					
Espírito Santo	54,36	63,28	42,87	62,69	55,8
Minas Gerais	65,03	77,04	66,86	76,04	71,24
São Paulo	76,31	83,16	77,68	81,42	79,64
Rio de Janeiro	60,09	71,87	64,06	73,46	67,37
Sul					
Paraná	76,13	84,67	76,33	83,72	80,21
Rio Grande Sul	66,55	74,17	65,75	68,80	68,82
Santa Catarina	71,45	83,35	71,16	73,35	74,83
Geral Brasil	64,00	73,00	64,00	72,00	68.32*

*Desvio padrão do desempenho geral dos hospitais incluídos no estudo: 21,85.

Fonte: Base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016.

Por região geográfica, os hospitais localizados no Sul e no Sudeste obtiveram o melhor desempenho (73,00) em relação ao Centro-Oeste (62,67), ao Nordeste (61,18) e ao Norte (58,47).

No desempenho de cada hospital, consideraram-se três grupos:

- grupo 1: baixo desempenho (nota até 72,01) — 840 hospitais (49,97%);
- grupo 2: médio desempenho (nota de 72,02 até 82,87) — 319 hospitais (18,98%);
- grupo 3: alto desempenho (nota acima de 82,88) — 522 (31,05%).

Na classificação, os estados do Paraná, Rondônia e São Paulo possuem o maior percentual de hospitais com alto desempenho, respectivamente, 58, 57 e 54%. No Sul e Sudeste, 38% dos hospitais obtiveram alto desempenho e, no Norte e Nordeste, 21%.

Por fim, a avaliação dos hospitais em relação ao porte hospitalar apontou que, quanto maior o porte, melhor o desempenho. As notas médias segundo porte: pequeno (55,00), médio (63,00), grande (79,00) e especial (87,66).

DISCUSSÃO

O estudo, um dos primeiros a analisar dados do PNASS 2015–2016, inova por apresentar avaliação de desempenho dos hospitais brasileiros. Uma avaliação adequada tem potencial de tornar mais eficientes os processos de prestação de serviços¹⁵. Participaram 1.681 hospitais, desses, 42% concentram-se no Sudeste; 60% do total de hospitais eram de gestão municipal, um quarto de estadual e menos de um quinto de estadual/municipal, cerca de metade era hospitais públicos e o restante privado/conveniado. O questionário contou com 102 itens, 17 critérios e a nota média de desempenho para cada bloco: gestão organizacional (64); apoio técnico e logístico para produção de cuidado (73); gestão da atenção à saúde e do cuidado (64); serviços/unidades específicas (72).

O estudo avança ao usar metodologia de exclusão de dados faltantes acima de 10% e, assim, definir quais itens e estabelecimentos deveriam ser considerados para a avaliação de desempenho hospitalar¹⁴.

Utilizou-se o conceito de Donabedian que avalia estrutura, processos e resultados. Por estrutura, entendem-se os atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado é oferecido (recursos humanos, materiais e financeiros, aumento e expansão da rede física, capacitação profissional e organização dos serviços). Por processo, a análise dos meios e dos recursos utilizados na produção dos resultados (indicadores das relações internas aos projetos, análise dos processos e melhorias e indicadores de acesso). E, por resultado, as mudanças (conhecimento e comportamento) no estado de saúde do paciente, as consequências e efeitos obtidos no cuidado e a satisfação do usuário e dos profissionais. Associados, estrutura, processos e resultados adequados garantiriam, *a priori*, o alcance de melhores resultados ou dos objetivos propostos¹⁰. Portanto o estudo não avalia os resultados, mas a capacidade dos hospitais atingirem os melhores resultados, o que, de certa forma, foi demonstrado, pois aproximadamente um terço dos hospitais mantém processos aptos para o alcance dos seus objetivos.

A distribuição por região evidencia o padrão existente no Brasil, com maior densidade de equipamentos hospitalares no Sudeste, no Sul e no litoral⁷. Viacava *et al.*¹⁶ analisam a evolução da oferta de estabelecimentos e recursos de saúde no país e apontam marcantes desigualdades regionais. Destacam que a melhor distribuição da oferta deve estar fundamentada na conformação de arranjos regionais¹⁷ que considerem o debate sobre a presença do hospital na equação da atenção à saúde⁵, com enfrentamento de questões relacionadas à necessidade de recursos humanos, de apoio diagnóstico adequado e de leitos baseados no perfil epidemiológico regional, o uso da informação e a informatização, o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia de acesso e de integralidade, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a relação com a atenção especializada, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas^{7,16}.

Dos hospitais avaliados, 31,05% têm alto desempenho, com melhor resultado para porte grande e especial. Estudos^{18,19} indicam a importância do efeito escala para a eficiência. Ramos *et al.*¹⁸ apresentam os ganhos em eficiência de escala para os hospitais de grande porte, predominando a deseconomia de escala em porte superior. Outro estudo²⁰ concluiu que o excesso de hospitais regionais de pequeno porte com baixa resolutividade e eficiência onera o Estado e não propicia melhoria de qualidade de vida da população.

O maior percentual de hospitais com alto desempenho é do Sudeste e Sul (38%), corroborando Silva *et al.*²¹, que, ao analisarem a eficiência técnica hospitalar das regiões do Brasil nos anos de 2014 e 2015, concluíram que as regiões mais eficientes em relação às demais foram as do Sul e do Sudeste. Outros trabalhos reafirmaram isso, apontando grande incorporação de tecnologia e complexidade de serviços, com concentração de recursos e de pessoal, em complexos hospitalares de cidades de grande e médio portes, com favorecimento das regiões Sul e Sudeste²².

Do total, 60% dos hospitais são de gestão municipal, e esses realizam 62% dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sugerindo avanço no processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde no SUS. Contudo os hospitais de gestão estadual apresentaram melhores resultados (73,00) também na nota por bloco. Na esfera administrativa, a pública federal destacou-se (76,00), e, na comparação entre o tipo de gestão e a esfera administrativa, evidencia-se que os hospitais públicos federais, com gestão municipal, alcançaram os melhores resultados (78,37). A análise indicou melhor desempenho dos hospitais de esfera administrativa federal, com gestão municipal. Em outro trabalho, análises relativas à esfera administrativa não demonstraram diferenças significativas de desempenho entre categorias de hospitais públicos¹⁸. Fica evidente a necessidade de aprofundamento para melhor comparação desses resultados entre os hospitais.

A municipalização dos serviços de saúde abrange questões que impactam diretamente seu desempenho (contrato de gestão, financiamento, ausência de redes de atenção integral, baixa sustentabilidade política e institucional e problemas na fixação de pessoal)²³. Com efeito, essas questões expõem a necessidade de articulações intermunicipais, conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária²⁴. Nesse contexto, cabe ao hospital um papel capilarizado na RAS, com inserção matricial

nos diferentes componentes do sistema, exercendo papel de indução de mecanismos de capacitação e aumento da resolubilidade da atenção básica e especializada ambulatorial^{7,20}.

A base metodológica do PNASS avaliou hospitais de complexidades diversas, sem necessidade de instrumentos específicos. Contudo, o percentual de dados faltantes (Tabela 1) para os itens acesso à estrutura assistencial do bloco III (gestão da atenção à saúde e do cuidado), com 26,0%, e atenção em regime ambulatorial especializado do bloco IV (serviços/unidades específicas), com 21,6%, sugere a necessidade de revisão do instrumento aplicado para esses critérios, por tratar-se de conteúdo essencial para avaliação hospitalar.

Em contrapartida, o percentual de dados faltantes no bloco IV (serviços/unidades específicas) evidenciou a especificidade do conteúdo avaliado para alguns critérios, como serviço de terapia renal substitutiva e de reabilitação, justificando sua não inclusão na análise. E o do bloco V (assistência oncológica), não incluído na análise, indica que os critérios avaliados são características de hospitais de maior complexidade, pois apresentaram percentual de não aplicabilidade superior a 85% para cada critério.

Entre os limites do estudo, o fato de o questionário ser respondido pelos próprios hospitais pode levar à imprecisão nas respostas e ao melhor desempenho do escore. O elevado percentual de NA apresentado (Tabela 1) levou à exclusão de critérios, que podem alterar o escore final.

Destaca-se o PNASS 2015–2016 como importante instrumento de avaliação no SUS com potencial para reorientação das práticas dos estabelecimentos de saúde, subsidiando a tomada de decisão para melhoria da gestão, da estrutura e da assistência dos serviços hospitalares.

O hospital é ponto fundamental de atenção na RAS, evidenciando a relevância do estudo. Os resultados retratam o perfil dos hospitais no Brasil e apontam que cerca de um terço dos hospitais avaliados mantém processos aptos para o alcance de seus objetivos, com importante inter-relação entre escala e eficiência.

Hospitais de esfera pública federal, com gestão municipal, alcançaram melhores resultados. Por unidade federativa, identificaram-se importantes desigualdades regionais em relação aos maiores número e complexidade dos hospitais. Esses resultados indicam a importância de uma gestão compartilhada com regulação eficiente na pactuação dos contratos de gestão, que considere a articulação intermunicipal na organização de arranjos regionais com potencial de estimular a capacidade resolutiva dos sistemas locais.

A análise por bloco sinalizou lacunas em relação aos critérios verificados para gestão organizacional e gestão da atenção à saúde e do cuidado, com os piores resultados, apontando a relevância em se alavancar a gestão organizacional dos hospitais e a necessidade de investimento na atenção à saúde, garantindo o cuidado de forma eficiente e segura.

AGRADECIMENTOS

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho. Aos docentes que, por meio de diálogos e esclarecimentos em momentos de dúvidas e dificuldades, possibilitaram o amadurecimento necessário para a análise e a discussão dos dados. Aos colegas discentes, pelo apoio às reflexões que um trabalho acadêmico exige.

REFERÊNCIAS

- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Supl. 2): S331-6. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>
- Mata DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22(Supl. 1): E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. 2005 [acessado em 10 out. 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1521.pdf>
- Bengoa R. Entrevista concedida a consensus Entrevista. *Rev Conselho Nacional de Secretários de Saúde* [Internet] 2014 [acessado em 30 out. 2019]; 4(11). Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf
- Vecina Neto G, Malik AM. Tendências na assistência Hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(4): 825-39. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002>
- Binsfeld L, Rivera FJU, Artmann E. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(1): 209-20. <http://doi.org/10.1590/1413-81232017221.12822015>
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O papel do Hospital na rede de atenção à saúde. *Rev Consensus* [Internet] 2014 [acessado em 30 out. 2019]; 11(1): 13-22. http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 28 de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). *Diário Oficial da União* [Internet] 2015 [acessado em 15 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde [Internet]. 2015 [acessado em 6 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf
- Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 260(12): 1743-8. <http://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar [Internet]. [acessado em 30 set. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) [Internet]. 2013 [acessado em 10 dez. 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral dos Sistemas de Informação. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2003 [acessado em 10 nov. 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>
- Hair JF, Blac WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
- Farias DC, Araújo FO. Gestão Hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 22(6): 1895-904. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.26432016>
- Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
- Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(7): 1903-14. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>
- Ramos MCA, Cruz LP, Kishima VC, Pollara WM, Lira ACO, Couttolenc BF. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo Sistema público de saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2015; 49: 43. <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005748>

19. Barreto LD, Freire RC. Tendências da Atenção Hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011; 35(2): 334. <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n2.a309>
20. Silva JPT. A análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. *Saúde Debate* 2019; 43(120): 84-97. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912006>
21. Silva BN, Costa MAS, Abbas K, Galdamez EVC. Eficiência Hospitalar das regiões brasileiras: um estudo por meio da análise envoltória de dados. *Rev Gest Sist Saúde* 2017; 6(1): 76-91. <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i1.314>
22. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira [Internet]. Brasília: Editora MS; 2004 [acessado em 30 set. 2019]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1518.pdf>
23. Ditterich RG, Moysés ST, Moysés SJ. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(4): 615-27. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400002>
24. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(4): 622-31. <http://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>

Recebido em: 14/02/2020

Revisado em: 27/05/2020

Aceito em: 30/07/2020

Contribuição dos autores: Chaves LA participou da concepção do trabalho, organização do banco de dados, análise estatística, interpretação dos dados, redação do manuscrito e revisão crítica. Malta DC participou análise dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica. Jorge AO participou da redação do manuscrito e revisão crítica. Reis IA participou da análise estatística, redação do manuscrito e revisão crítica. Tofoli GB participou análise dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica. Machado LF participou análise dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica. Santos AF participou redação do manuscrito e revisão crítica. Andrade EIG participou redação do manuscrito e revisão crítica.

