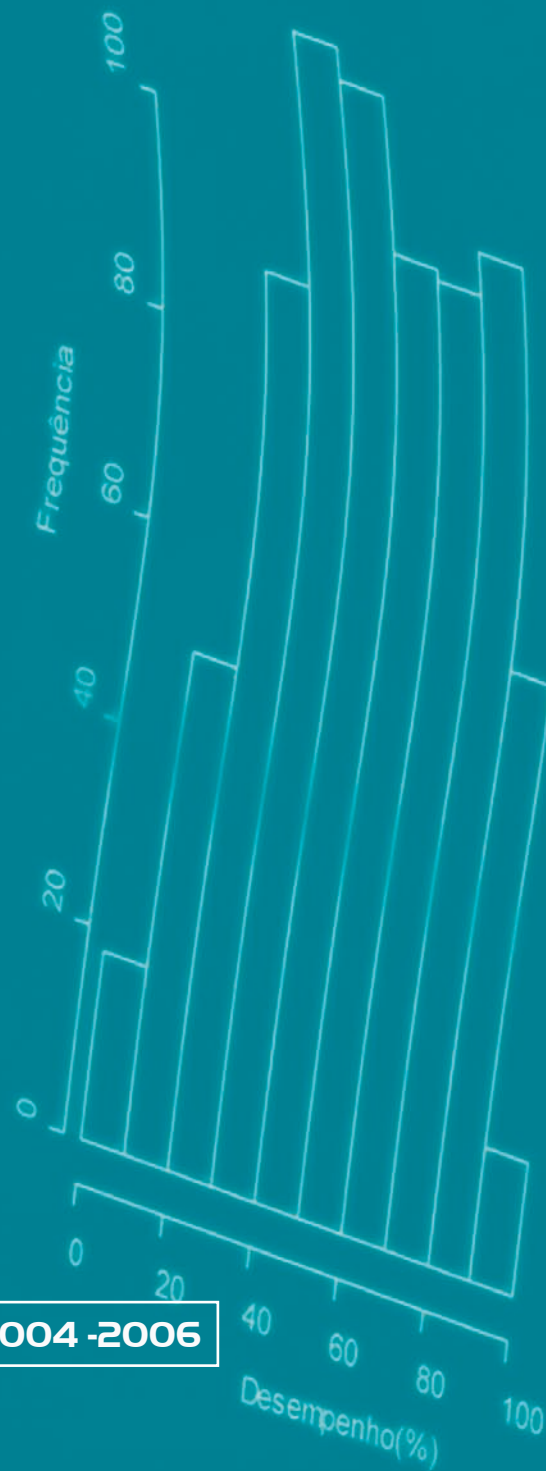


US S A N I T

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

resultado do processo avaliativo 2004 -2006



Brasil

PNASS
Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
Resultado do processo avaliativo 2004-2006

Brasília, abril de 2007

José Gomes Temporão
Ministro da Saúde

Márcia Bassit Lameiro da Costa Mazzoli
Secretária Executiva

José Carlos de Moraes
Secretário de Atenção à Saúde - Substituto

Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo
Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas - Substituta

Francisco Torres Troccoli
Coordenador Geral de Regulação e Avaliação

Dirceu Raposo de Mello
Diretor Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques
Diretor da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

Flávia Freitas de Paula Lopes
Gerente Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – ANVISA

Elaboração do PNISS (Representantes institucionais em 2003)

Cássia Regina de Paula Paz - GGTES/ANVISA
Fabiola Scancetti Tavares - CGHOSP/DAE/MS
Gerson Vicente de Paula Junior - DRAC/SAS /MS
Giorgio Bottin - CGSOS/DRAC/MS
Helena Isouda Lima Barreto - DRAC/SAS /MS
Juliana Maifrino Ferraz - OUVIDORIA/ MS
Luciana Carpaneiz - GGTES/ANVISA
Maria Arindelita Neves de Arruda - DRAC/SAS /MS
Maria Inês Pordeus Gadelha - DRAC/SAS /MS
Marília Louvison - DRAC/SAS /MS
Rosane Amaral - DENASUS/MS

Resultado do Processo Avaliativo 2004-2006

André Luiz Barbosa Rodrigues - DATASUS/MS
Cássia Regina de Paula Paz - DRAC/SAS/MS
Giorgio Bottin - CGSOS/DRAC/MS
Helena Isouda Lima Barreto - DRAC/SAS/MS
Karla de Araújo Ferreira - GGTES/ANVISA
Luciana Reis Carpaneiz Corrêa - GGTES/ANVISA
Maria Angela da Paz - GGTES/ANVISA
Mariza Machado Klück - HCPA/UFRGS
Rodolfo Prado da Silva - DRAC/SAS/MS

Secretaria de Atenção à Saúde

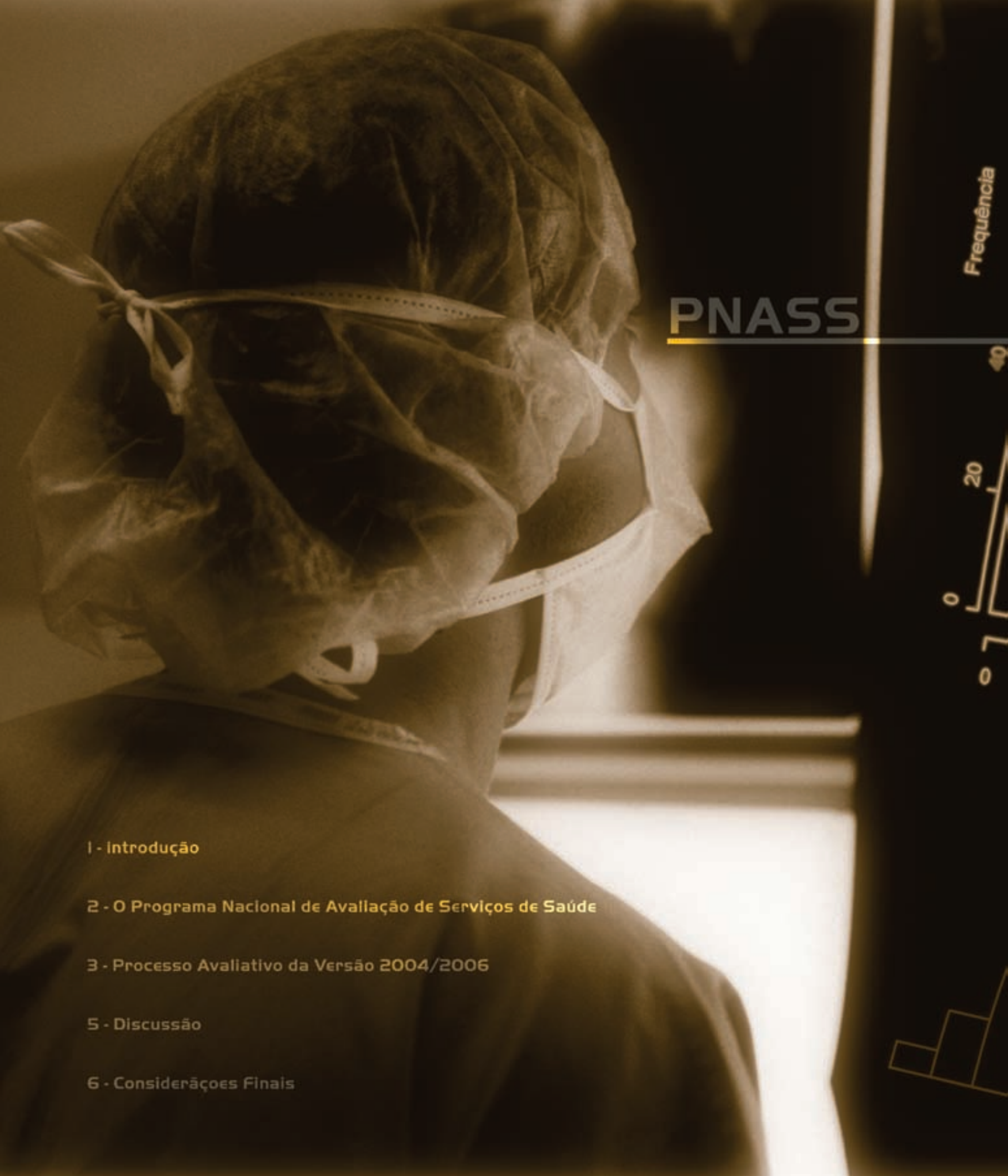
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício anexo, 4º andar, sala 474 ala B
CEP: 70.058-900
Brasília – DF
Tel: (61) 315-2817
Fax: (61) 315-3597
Email: cgra@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA

SEPN 515 Bloco B Ed. Omega
CEP: 70.770-502
Brasília – DF
Tel: (61) 3448-1000/1258
Fax: (61) 3448-1302
Email: ggtes@anvisa.gov.br
Site: www.anvisa.gov.br

2007. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.



PNASS

1 - Introdução

2 - O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

3 - Processo Avaliativo da Versão 2004/2006

5 - Discussão

6 - Considerações Finais

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	9
2.O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	13
2.1 Objetivo Geral	13
3.PROCESSO AVALIATIVO DA VERSÃO 2004/2006	17
3.1 Etapas de Desenvolvimento	17
3.1.1 Elaboração dos Instrumentos	17
3.1.2 Validação do Instrumentos.....	17
3.1.2.1 Aplicação em Serviços de Saúde de Diferentes Portes	17
3.1.3 Seminário Nacional do PNAS	18
3.1.4 Capacitação das Equipes Avaliadoras.....	19
3.1.5 Aplicação do Programa.....	19
3.2 Resultado do Processo Avaliativo.....	20
3.2.1 Aplicação do Roteiro de Padrões de Conformidade Pelo Gestor Local	23
3.2.2 Desempenho da Auto-Avaliação	23
3.2.3 Pesquisa de Satisfação do Usuário.....	25
3.2.4 Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho	26
4.ANÁLISE DOS RESULTADOS	29
4.1 Descrição da Amostra	29
4.2 Roteiro dos Padrões de Conformidade	32
4.2.1 Análise dos Padrões, Critérios e Blocos.....	32
4.2.1.1 Padrões.....	32
4.2.1.2 Critérios	38
4.2.1.3 Blocos	39
4.2.2 Análise dos Resultados Hospitalares	41
4.2.2.1 Desempenho dos Hospitais por Região	42
4.2.2.2 Desempenho dos Hospitais por Porte	46
4.2.2.3 Desempenho dos Hospitais por Grau de Complexidade	47
4.2.2.4 Grupos de Desempenho	49
4.3 Indicadores.....	53
4.3.1 Taxa de Ocupação de Leitos.....	53
4.3.2 Taxa de Mortalidade	55
4.3.3 Média de Permanência	57
4.4 Pesquisa de Satisfação dos Usuários	59
4.4.1 Amostra	59
4.4.2 Análise de Resultados.....	59
4.5 Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho	62
4.5.1 Amostra	62
4.5.2 Resultados	62
5 . DISCUSSÃO	69
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
BIBLIOGRAFIA	79
ANEXO I SERVICOS DE SAÚDE PREVISTOS PARA AVALIAÇÃO POR CATEGORIZAÇÃO PNAS/CNES.....	83



INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Historicamente a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente.

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial.

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação desta qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos (instalações), humanos (pessoal) e organizacionais (comitês, protocolos assistenciais, etc.) adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do paciente. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc;
- Avaliação da satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

Estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. A estrutura física e organizacional tem um impacto direto na qualidade do processo que, por sua vez, se reflete na melhora dos resultados. A satisfação dos pacientes e provedores, no entanto, não pertence a esta cadeia linear, embora se relacione aos outros fatores de uma maneira mais sutil: a satisfação é diretamente influenciada pela estrutura e indiretamente pela relação médico-paciente, mas não pela qualidade técnica (acurácia do diagnóstico e do tratamento). Por sua vez, a satisfação dos pacientes e dos provedores afeta a qualidade dos resultados obtidos por sua maior cooperação e boa-vontade.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida pelo SUS, abrangendo os diferentes critérios propostos, representa um desafio de grandes proporções.

Para responder a este desafio, no ano de 2003, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, por meio de seu Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, optou por reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH¹.

Esta reformulação tinha como objetivo tornar o Programa mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004, o PNASH passou a ser denominado PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PNASS.

¹A partir de 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares – PNASH, que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além de aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002.



**O PROGRAMA
NACIONAL DE
AVALIAÇÃO DE
SERVIÇOS DE
SAÚDE**

2.0 PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1 Objetivo Geral

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Incentivar a cultura avaliativa dos gestores para os serviços de saúde;
- Fomentar a cultura avaliativa nos estabelecimentos de saúde;
- Ser instrumento de apoio à gestão do SUS;
- Produzir conhecimento qualitativo da rede de serviços de saúde;
- Difundir padrões de conformidade dos serviços de saúde;
- Incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde;
- Aferir a satisfação dos usuários do SUS;
- Conhecer a percepção dos profissionais nos estabelecimentos de saúde sobre as condições e relações de trabalho;
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhoria;
- Divulgar experiências exitosas para melhoria da qualidade local;
- Disponibilizar os resultados para conhecimento público.

2.3 Base Metodológica

OPNASS é constituído por quatro eixos avaliativos, que possibilitam que a visão da realidade dos serviços de saúde obtida por meio deste programa seja abrangente, contemplando as mais diferentes realidades. Estes eixos são:

- 1 .Roteiro de Padrões de Conformidade;
- 2 .Indicadores;
- 3 .Pesquisa de Satisfação dos Usuários;
- 4 .Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho.

O Programa possibilita a avaliação de serviços de complexidades distintas, com um único instrumento, visto que o Roteiro de Padrões de Conformidade foi desenvolvido com critérios que podem ser aplicados nas mais diversas combinações, de acordo com as diferentes realidades dos serviços.



O Roteiro de Padrões de Conformidade é constituído por 132 padrões, organizados em 22 critérios que, por sua vez, se organizam em três blocos. Para avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas, ou seja, itens que sinalizam risco ou qualidade, classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R). Em cada critério há dois itens para cada classificação, totalizando seis itens por critério.

Os padrões classificados como Imprescindíveis são exigidos em normas e o não cumprimento destes acarreta riscos imediatos à saúde. Neste momento, é identificada a necessidade de intervenção urgente. Os padrões classificados como Necessários também são exigidos em normas e o não cumprimento acarreta riscos, mas riscos mediatos. Uma vez que não cumprido pelo serviço, é definido prazo para adequação. Os padrões Recomendáveis não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.

O Roteiro de Padrões de Conformidade foi aplicado pelo estabelecimento em um processo de auto-avaliação e também pelo gestor local. Para efeito avaliativo, foi considerada, no cálculo dos resultados, a avaliação realizada pelo gestor local. O processo de auto-avaliação contribui para a estruturação dos serviços de saúde à medida que possibilita o autoconhecimento, por meio da identificação das realidades e necessidades locais.

A análise de indicadores é um dos eixos avaliativos do PNASS. Os indicadores utilizados são os definidos pelo Ministério da Saúde.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários foi realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde avaliados. A amostra para aplicação da pesquisa foi definida de acordo com o número médio de procedimentos diários realizados nos tipos de serviços do estabelecimento de saúde (ambulatório, internação e emergência).

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da Pesquisa das Relações e Condições de Trabalho foi definido de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

Para o PNASS foi desenvolvido o Sistema de Informação do PNASS - SiPNASS, com a finalidade de gerenciar o fluxo de dados a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos, possibilitando a obtenção de informações para os diferentes níveis de gestão. O SiPNASS agrega dados dos sistemas CNES, SIA, SIH e APAC, conforme anexo I, e está disponível no endereço eletrônico <http://pnass.datasus.gov.br>.



**PROCESSO
AVALIATIVO
DA VERSÃO
2004/2006**

3.PROCESSO AVALIATIVO DA VERSÃO 2004/2006

3.1 Etapas de Desenvolvimento

O desenvolvimento do Programa passou por várias fases distintas, desde a elaboração dos instrumentos avaliativos (Roteiro de Padrões de Conformidade e Questionários de Pesquisa), sua validação, capacitação das equipes, aplicação e análise. Estas etapas estão descritas a seguir.

3.1.1 Elaboração dos Instrumentos

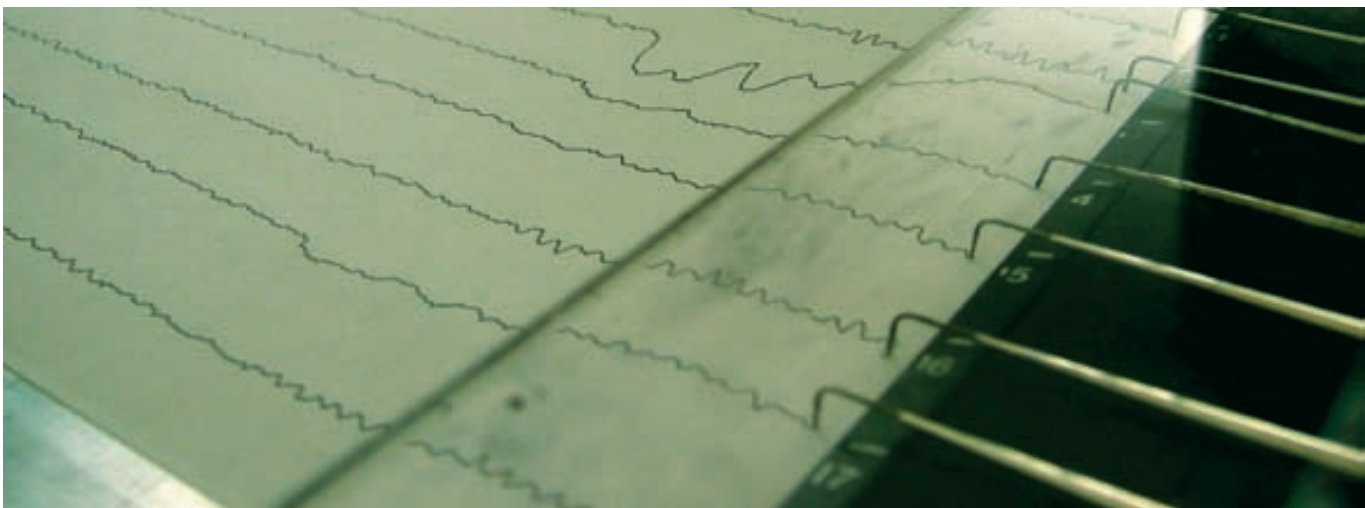
O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde foi elaborado, em sua primeira versão, no período de agosto de 2003 a junho de 2004, sob a coordenação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com a participação de diversas secretarias e autarquias do Ministério da Saúde, dentre as quais, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, DATASUS, Departamento Nacional de Auditoria do SUS, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Secretaria de Gestão Participativa.

3.1.2 Validação do Instrumentos

Durante a elaboração foram realizados vários “estudos pilotos”, com o objetivo de avaliar se o Programa traduzia a realidade dos serviços. Estes estudos foram determinados segundo os critérios:

3.1.2.1 Aplicação em Serviços de Saúde de Diferentes Portes

Este estudo piloto foi realizado em março de 2004 no Estado de Pernambuco. Os municípios escolhidos encontravam-se em Gestão Plena do Sistema, sendo estes: Vertentes com 14.957 habitantes, Caruaru com 253.634 habitantes, Gravatá com 67.273 habitantes e Recife com 1.442.905 habitantes, tendo por base o Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.



Os hospitais em que foi realizada a avaliação de aplicabilidade estão descritos no quadro abaixo:

NOME DO ESTABELECIMENTO	MUNICÍPIO	NATUREZA JURÍDICA	TIPO DA UNIDADE	NÚMERO DE LEITOS
Hospital e Maternidade das Vertentes	Vertentes	Filantrópico	Hospital Geral	35
Policlínica do Salgado	Caruaru	Público	Hospital Geral	78
H.G.G. Dr. Paulo da Veiga	Gravatá	Público	Hospital Geral	32
Hospital das Clinicas da Universidade Federal de Pernambuco	Recife	Universitário	Hospital Geral	348

Quadro 1 - Serviços participantes da avaliação da aplicabilidade dos instrumentos em diferentes portes de hospitais

3.1.2.2 Aplicação em Serviços de Saúde de Diferentes Tipos

Este estudo piloto foi realizado em maio de 2004 no Estado de Rio Grande do Norte. O único município escolhido foi o de Natal, em Gestão Plena do Sistema. Os serviços de saúde foram elencados de acordo com a sua tipologia, tendo por base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, segundo quadro abaixo:

NOME DO ESTABELECIMENTO	NATUREZA JURÍDICA	TIPO DA UNIDADE
Maternidade Escola Januario Cicco	Universitário	Hospital Especializado
Hospital Infantil Varela Santiago	Filantrópico	Hospital Especializado
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel	Público	Hospital Geral
Liga Norteriograndense Contra o Câncer	Filantrópico	Policlínica

Quadro 2 - Serviços participantes da avaliação de aplicabilidade do instrumento em estabelecimentos de diferentes tipos

3.1.3 Seminário Nacional do PNAAS

O Seminário Nacional do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde ocorreu em Brasília, nos dias 01 e 02 de setembro de 2004 e contou com a participação de Coordenadores Estaduais de Vigilâncias Sanitárias, de Controle e Avaliação e de Auditoria, além de representantes do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O objetivo do Seminário foi o de apresentar o Programa aos participantes, para que estes contribuíssem com a versão final, discutida e aprovada em plenária.

3.1.4 Capacitação das Equipes Avaliadoras

Após o Seminário do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde, foram realizadas capacitações das equipes que aplicariam os instrumentos do Programa. Estas capacitações foram realizadas em todos os estados do país, sendo que cada uma delas contava com a participação das equipes de vigilância sanitária e de controle, avaliação e auditoria estaduais e de municípios em gestão plena de sistema. Foram capacitados para aplicação do PNISS, 2.664 técnicos.

As capacitações foram ministradas por técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que participaram da elaboração do Programa.

O período de capacitação estendeu-se de outubro de 2004 a agosto de 2005.

3.1.5 Aplicação do Programa

A aplicação dos instrumentos constantes da versão 2004/2006 do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde se deu por meio das equipes capacitadas, no período de novembro de 2004 até outubro de 2006.

A Portaria no. 382 GM/MS de 10 de março de 2005 instituiu o PNISS e estabeleceu recursos destinados às ações do mesmo, da ordem de R\$ 398.360,00 (trezentos e noventa e oito mil e trezentos e sessenta reais).





3.2 Resultado do Processo Avaliativo

O CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde possui 145.189 estabelecimentos de saúde cadastrados, sendo 68.032 serviços de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS, em sua maioria consultórios isolados e unidades de atenção básica. A amostra prevista inicialmente para avaliação pelo PNASs foi de 9.734 serviços, sendo:

- 5.899 hospitais gerais, especializados ou unidades mistas;
- 3.657 ambulatórios de especialidades;
- 178 hospitais especializados com leitos obstétricos, serviços isolados de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) ou serviços isolados de Alta Complexidade em Nefrologia (Terapia Renal Substitutiva – TRS).

Na Figura 1 são mostrados os tipos de serviços previstos para serem avaliados pelo PNASs. Os serviços de Terapia Renal Substitutiva, Centros de Alta Complexidade em Oncologia e Maternidades Isoladas foram agrupados por representarem apenas 2% dos serviços previstos para avaliação.

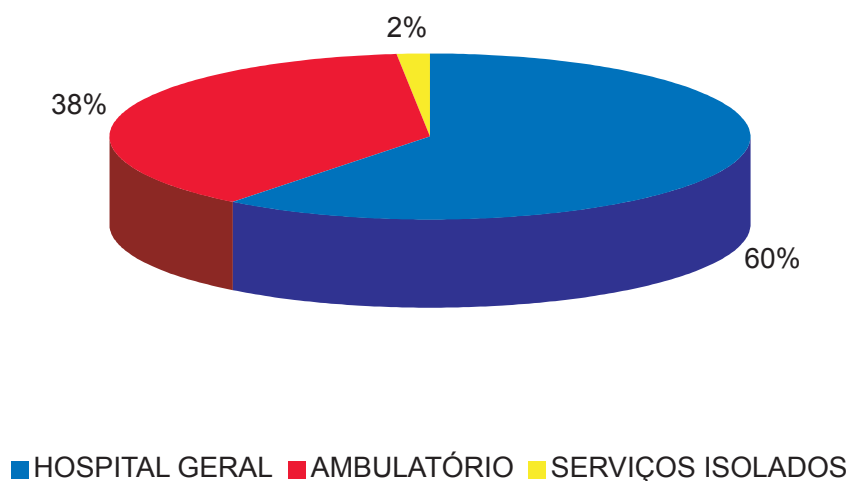


Figura 1: Tipos de Serviços Previstos para Avaliação (N=9.734)

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

O PNASS deveria ter sido aplicado de forma censitária nos 9.734 serviços de saúde elencados, porém foram efetivamente avaliados 5.626 serviços o que representa 57,8% do total, de acordo com a Figura 2. Estes serviços avaliados foram selecionados pelas equipes estaduais e municipais de avaliação, sem obedecer a critérios de randomização de amostra.

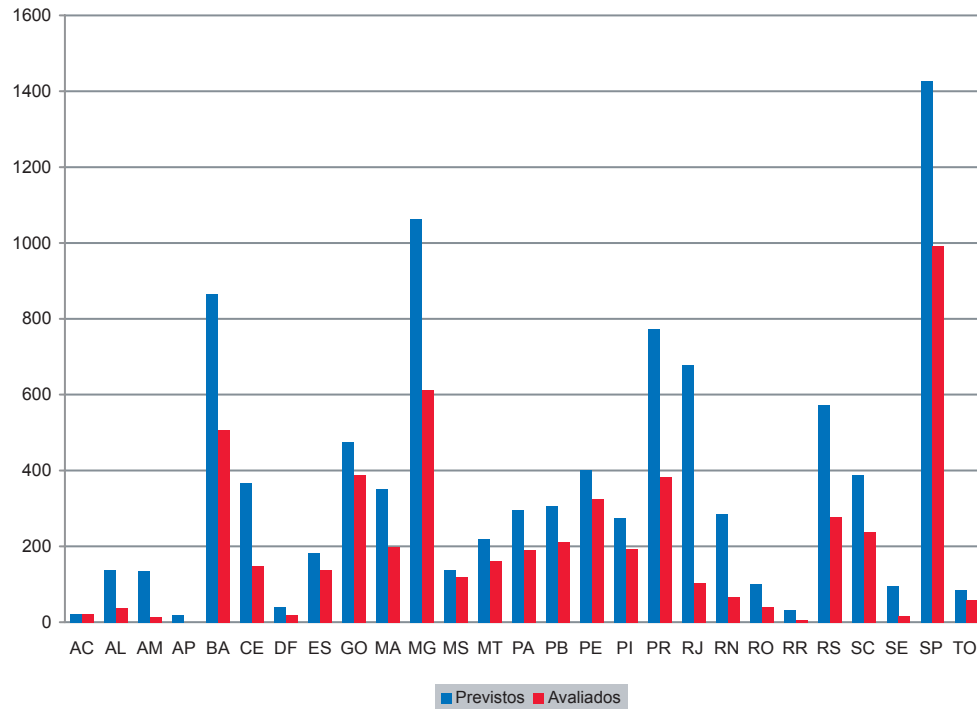
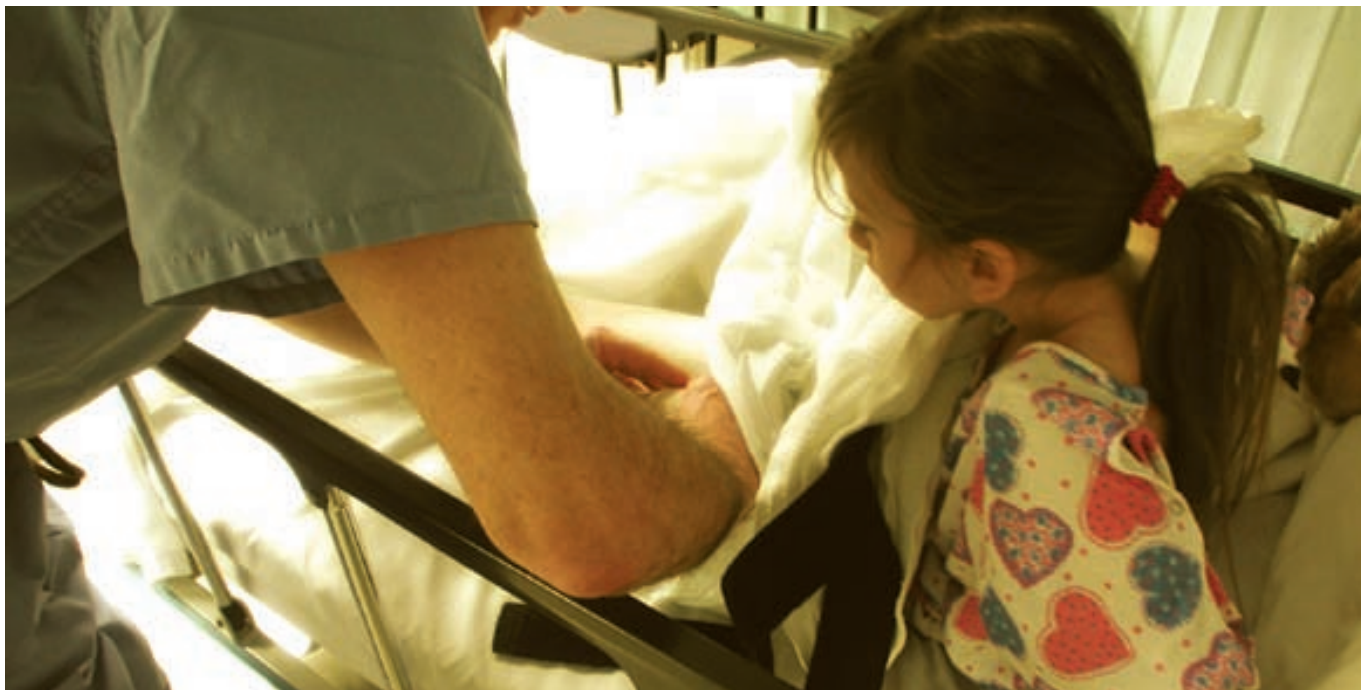


Figura 2: Comparativo entre Número de Serviços Previstos e Avaliados por UF
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



Em relação à importância destes estabelecimentos no SUS, o número de estabelecimentos avaliados representa 72,47% de toda a produção hospitalar e 51,83% da produção ambulatorial. Considerando o total de estabelecimentos previstos para serem avaliados estes números sobem para 98,68% da produção hospitalar e 69,78 % da produção ambulatorial respectivamente.

A Figura 3 demonstra o número de serviços avaliados entre os previstos, de acordo com a tipologia do estabelecimento. Foram avaliados, dentre os serviços previstos, 3.834 hospitais gerais, 1.697 ambulatórios e 95 serviços isolados (TRS, CACON e Maternidade).

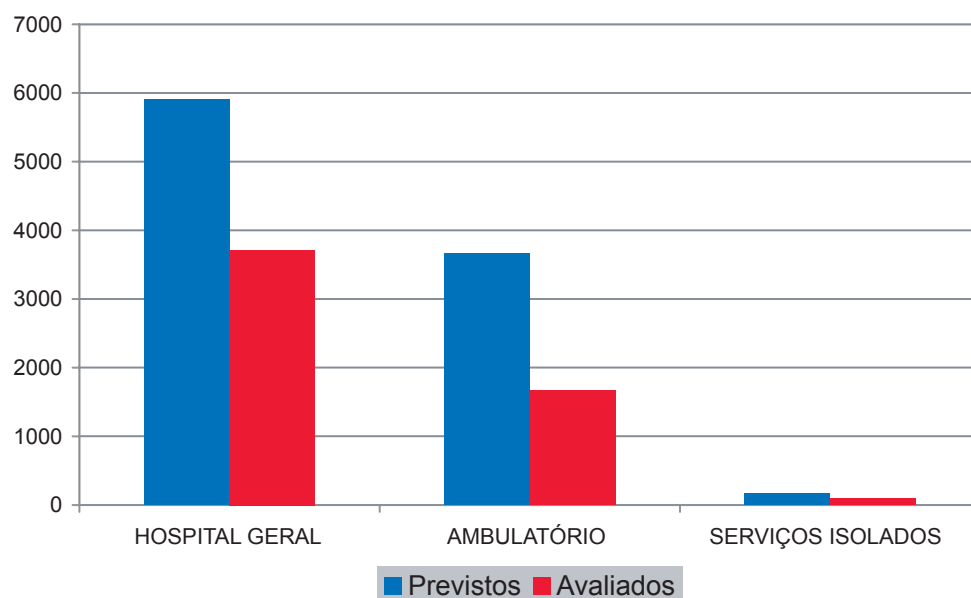


Figura 3: Comparativo entre Número de Serviços Avaliados e Previstos por tipo de Serviço.
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



3.2.1 Aplicação do Roteiro de Padrões de Conformidade Pelo Gestor Local

A seguir é descrita a abrangência da aplicação dos roteiros de padrões de conformidade. Avaliando por região, verifica-se que a região Centro-Oeste apresentou o melhor desempenho (79%), seguida pelas regiões Nordeste (59%), Sudeste (53%), Sul (52%) e Norte (48%), dados estes ilustrados pela Figura 4. O Quadro 3 descreve o total de estabelecimentos avaliados em cada região do Brasil.

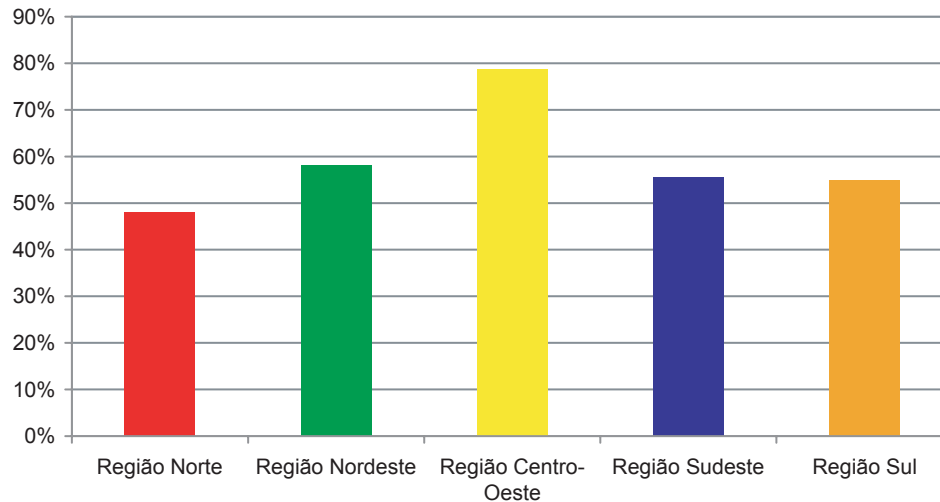


Figura 4: Cobertura da Avaliação pelo Gestor por Região – Roteiro de Padrões de Conformidade
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

REGIÃO	AVALIADOS
Norte	331
Nordeste	1795
Centro-Oeste	685
Sudeste	1860
Sul	955

Quadro 3 – Total de estabelecimentos avaliados por região
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

3.2.2 Desempenho da Auto-Avaliação

Dos 9.734 serviços inicialmente previstos, 2.222 (23%) realizaram o processo de auto-avaliação preliminar. Destes, 69% foram hospitais gerais, 30% ambulatoriais e 1% serviços isolados (TRS, CACON e Maternidades).

Este desempenho apresentou grandes diferenças regionais, variando entre 41% na região Centro-Oeste a 11% na região Nordeste, conforme demonstrado na Figura 5.

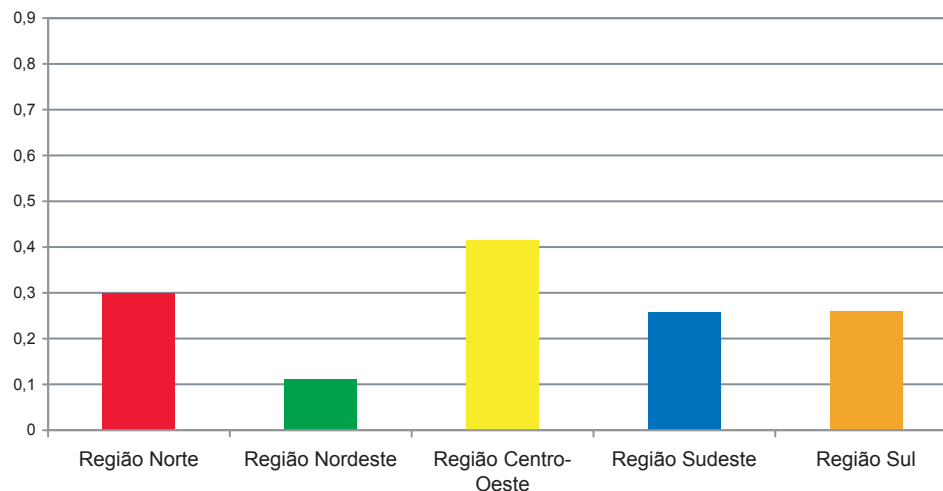


Figura 5: Cobertura da Auto-Avaliação por Região pelo Roteiro de Padrões de Conformidade

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Na Figura 6 pode-se comparar o desempenho da avaliação do gestor com a auto-avaliação no Roteiro de Padrões de Conformidade por Unidade da Federação. A variabilidade observada se deve principalmente à disparidade no número de hospitais existentes em cada estado. O melhor desempenho relativo foi o do estado do Acre, que avaliou 41 dos 42 serviços previstos (99%). Em valores absolutos, São Paulo avaliou o maior número de serviços (994).

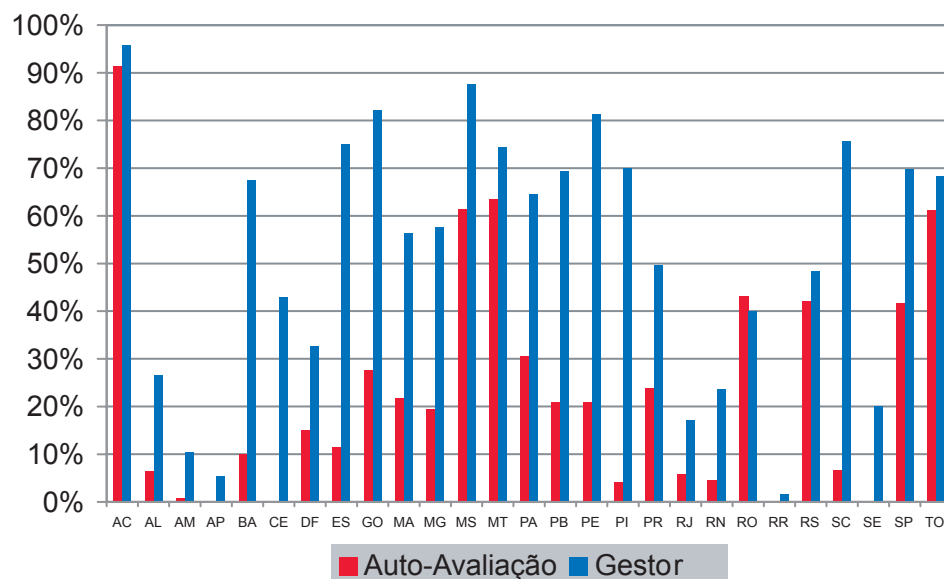


Figura 6: Comparativo do Desempenho entre Auto-Avaliação e Avaliação pelo Gestor por Unidade da Federação - Roteiro de Padrões de Conformidade

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

3.2.3 Pesquisa de Satisfação do Usuário

Foram aplicados 105.831 questionários de Pesquisa da Satisfação do Usuário em 5.745 serviços de saúde, sendo 42,7% na região Sudeste, 29,6% na região Nordeste, 12,0% na região Sul, 9,3% na região Centro-Oeste e 6,3% na região Norte (Figura 7).

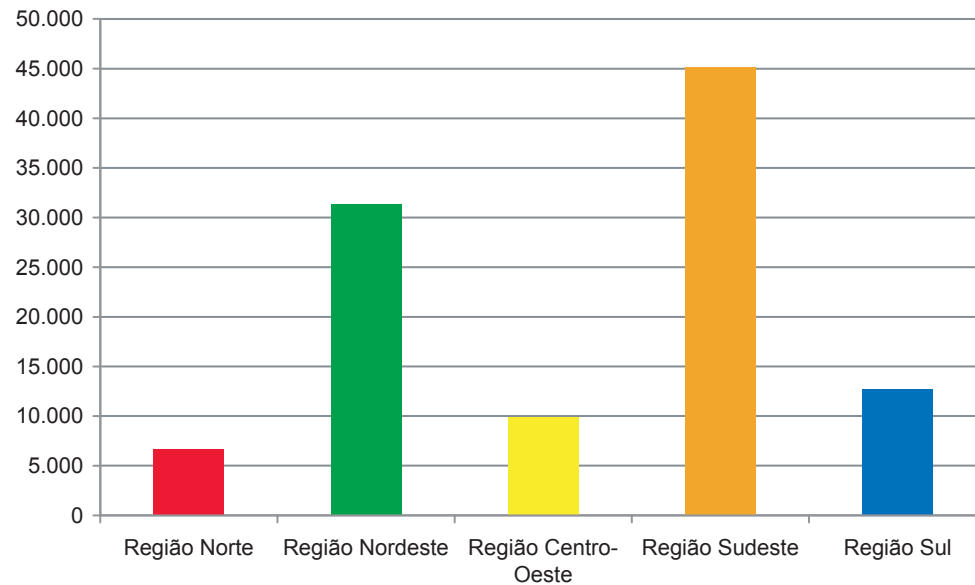
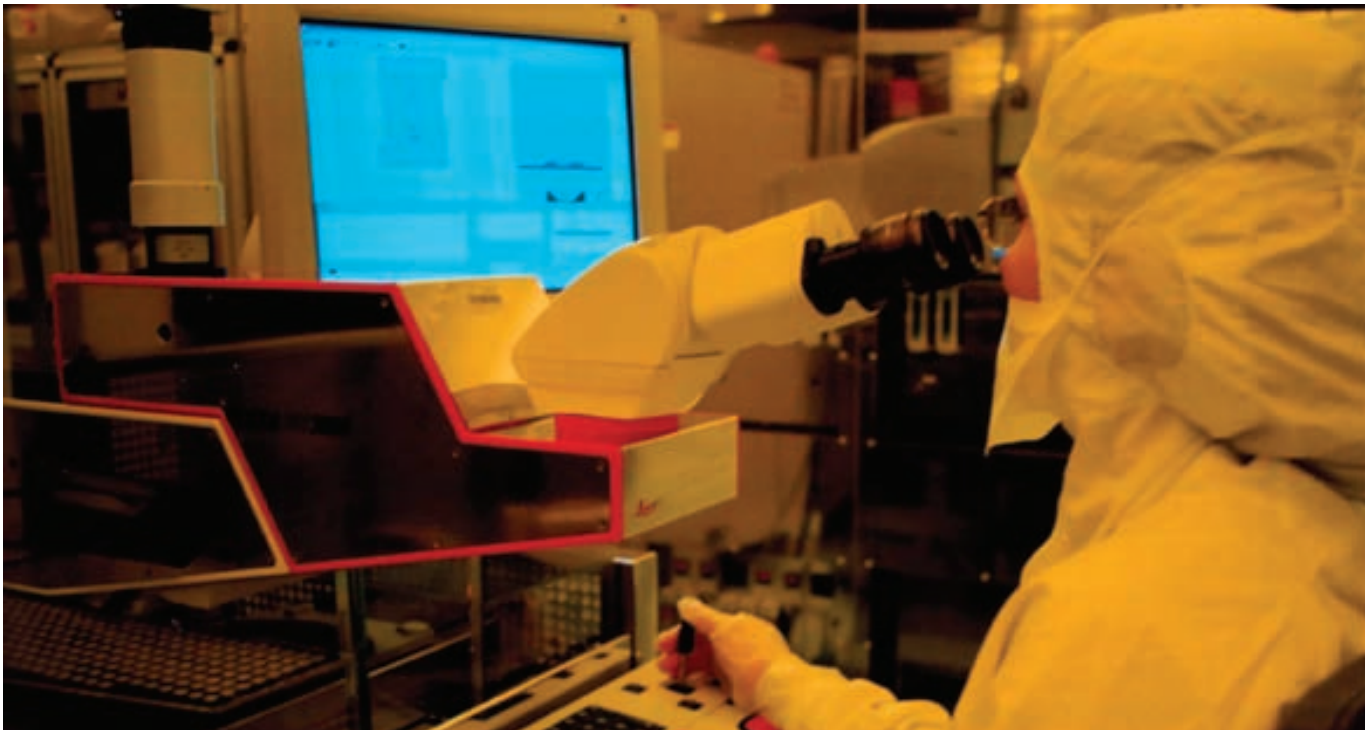


Figura 7: Cobertura por Região - Pesquisa de Satisfação do Usuário

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



3.2.4 Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho

Foram aplicados 105.206 questionários em 5.786 serviços de saúde, sendo a distribuição regional semelhante à observada na pesquisa de satisfação de usuários. Conforme pode se observar na Figura 8, na região Nordeste foram aplicados 25.053 questionários (29,6%), enquanto que na região Norte o total foi de 6.695 questionários (6,3%).

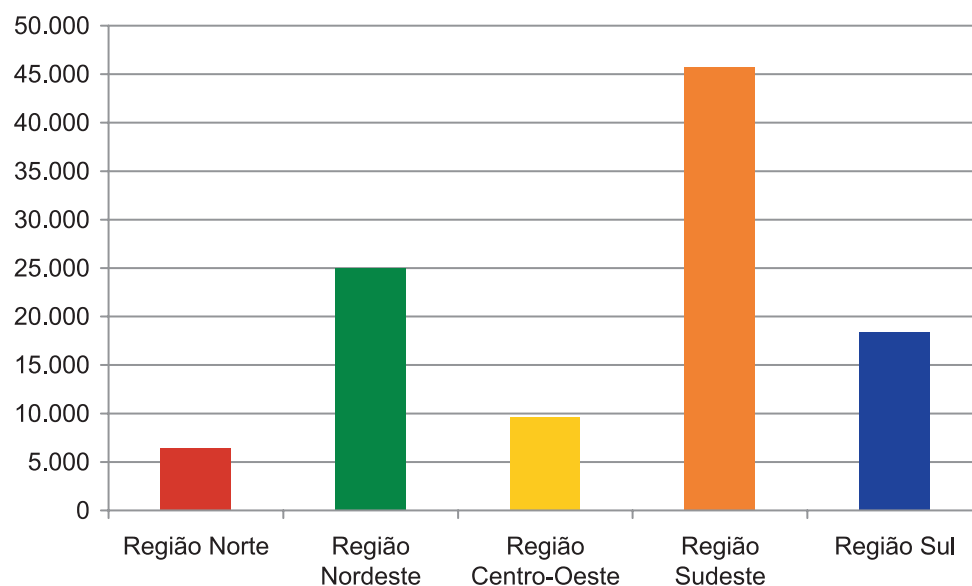


Figura 8: Cobertura por Região - Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006





4

PNASS

ANÁLISE DOS RESULTADOS

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados obtidos pela primeira avaliação, realizada na avaliação 2004/2006, utilizando o Roteiro de Padrões de Conformidade (avaliação pelo gestor local), Análise por Indicadores, Pesquisa de Satisfação do Usuário e Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho.

4.1 Descrição da Amostra

Foram analisados os dados de 5.626 Serviços de saúde avaliados, dos quais 3.834 (68%) são hospitais gerais, 1.697(30%) ambulatoriais e 95 (2%) serviços isolados (60 maternidades, 23 TRS e 12 CACON), o que pode ser visto na Figura 9.

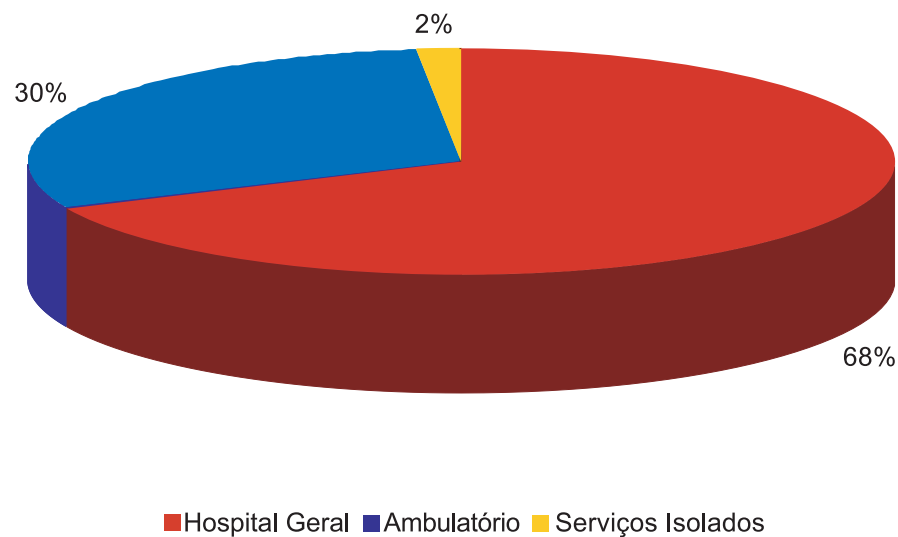
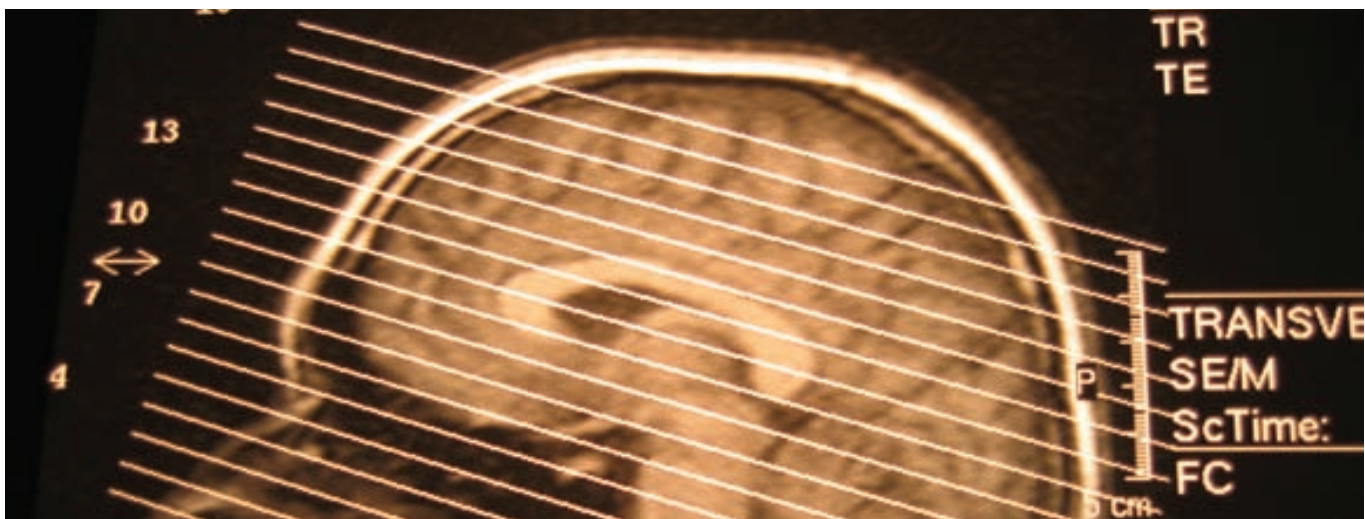


Figura 9: Distribuição dos Serviços Avaliados por Tipo de Estabelecimento (N=5.626)
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Devido à maior prevalência de hospitais gerais nesta amostra e à maior riqueza de dados obtidos (número de critérios respondidos), optou-se pela realização de análises mais detalhadas para este tipo de serviço. Portanto, os dados a seguir são relativos aos hospitais avaliados.



Dos 3.834 hospitais gerais foram considerados 3.815, sendo que, 2.279 (59,7%) possuem até 49 leitos, 1.159 (30,4%), de 50 a 149 leitos e 377 (9,9%) possuem acima de 150 leitos (Figura 10).

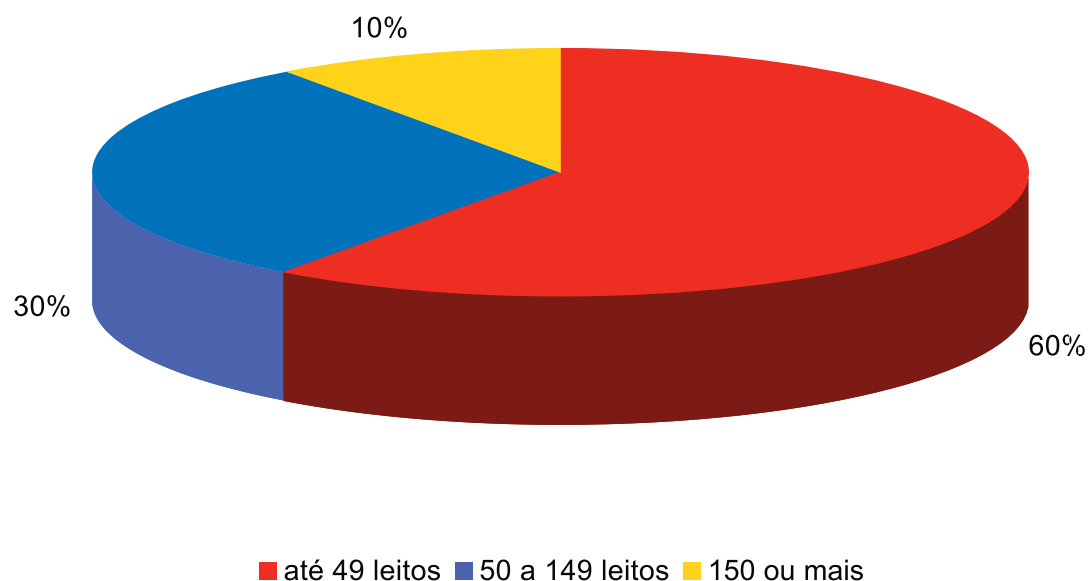


Figura 10: Distribuição dos Hospitais Gerais Avaliados por Número de Leitos (N=3.815)

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Analisando a natureza da organização, 1.693 (44,4%) são 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), como demonstrado na Figura 11. Do total de 3.815 hospitais, 7,2% apresentam atividades de ensino.

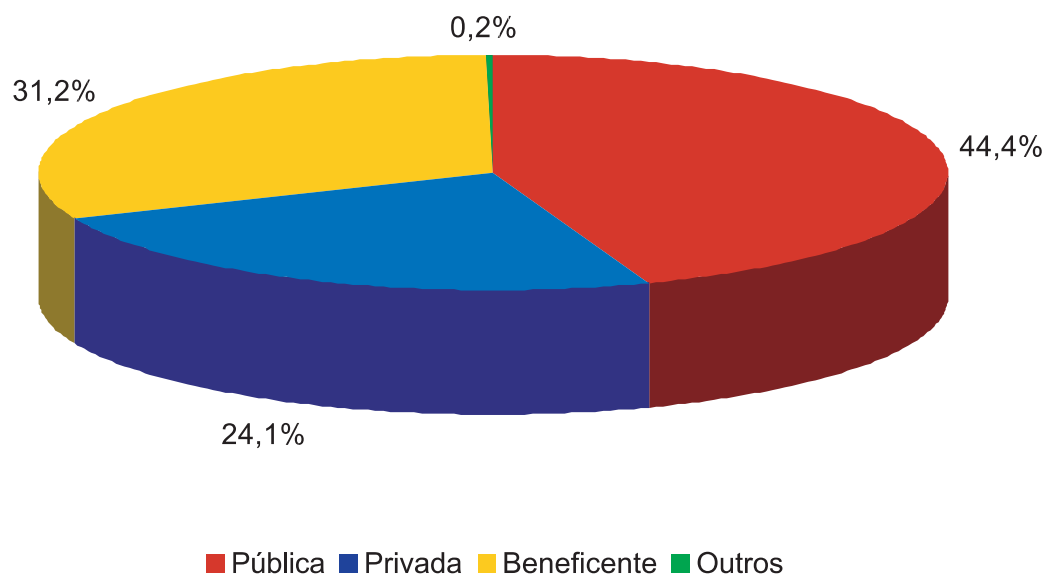


Figura 11: Distribuição dos Hospitais Gerais por Natureza da Organização (N= 3.815)

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

O Estado de São Paulo possui o maior número de hospitais avaliados e o Estado do Amapá, o menor, tendo sido avaliado apenas um hospital (Figura 12).

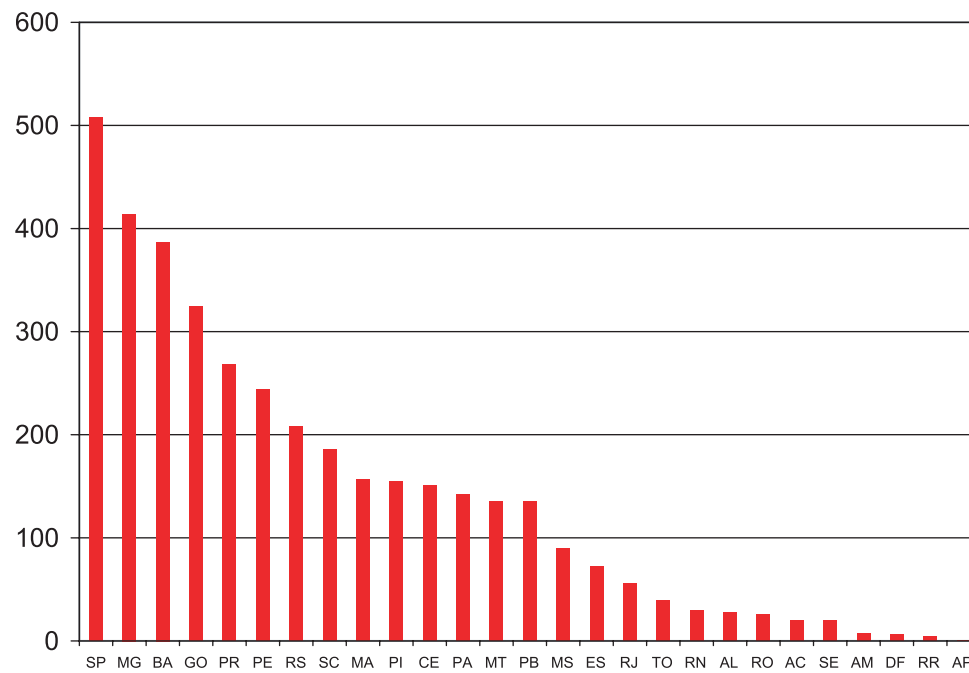
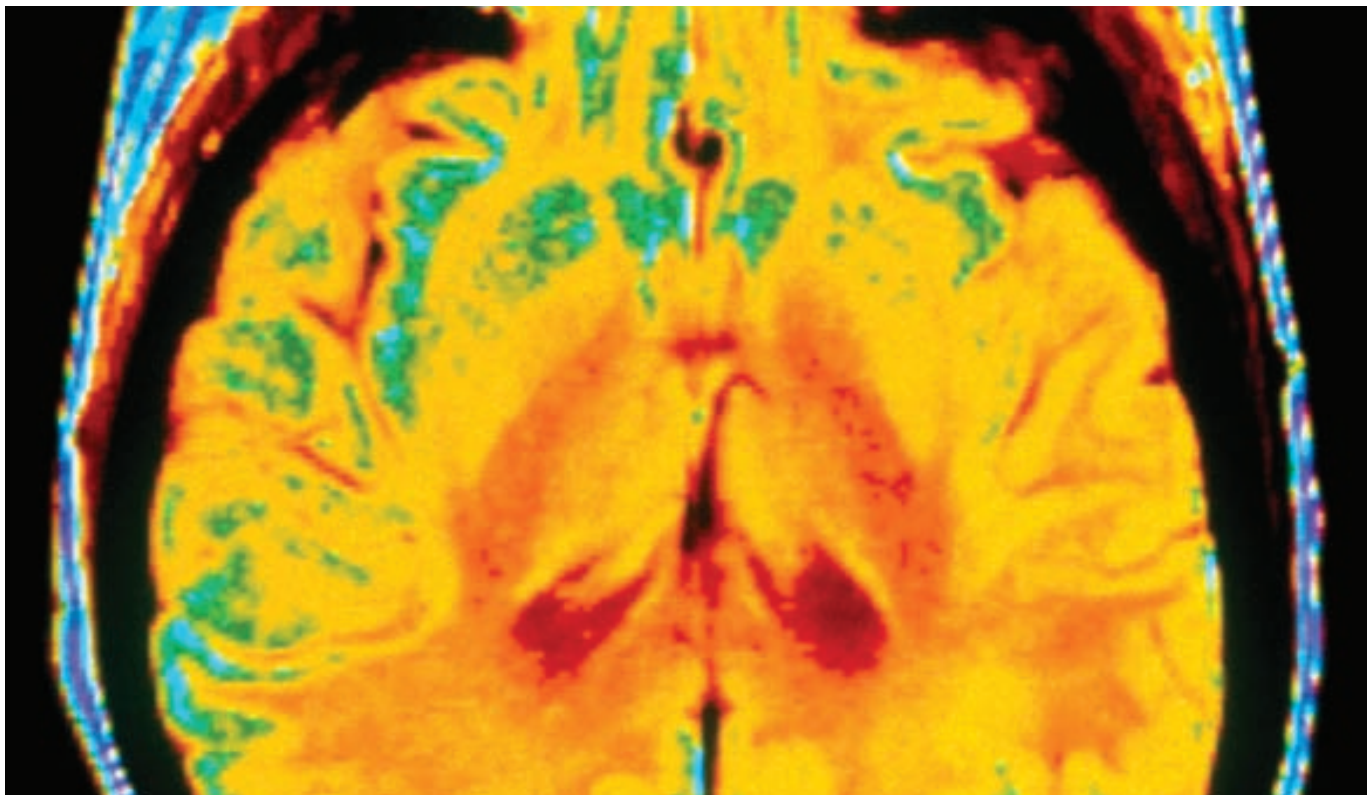


Figura 12: Distribuição dos Hospitais Gerais por Unidade da Federação

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



A região Nordeste concentra 34% de todos os hospitais avaliados, seguida pela região Sudeste (28%), Sul (17%), Centro-Oeste (15%) e Norte (6%), conforme demonstrado na Figura 13.

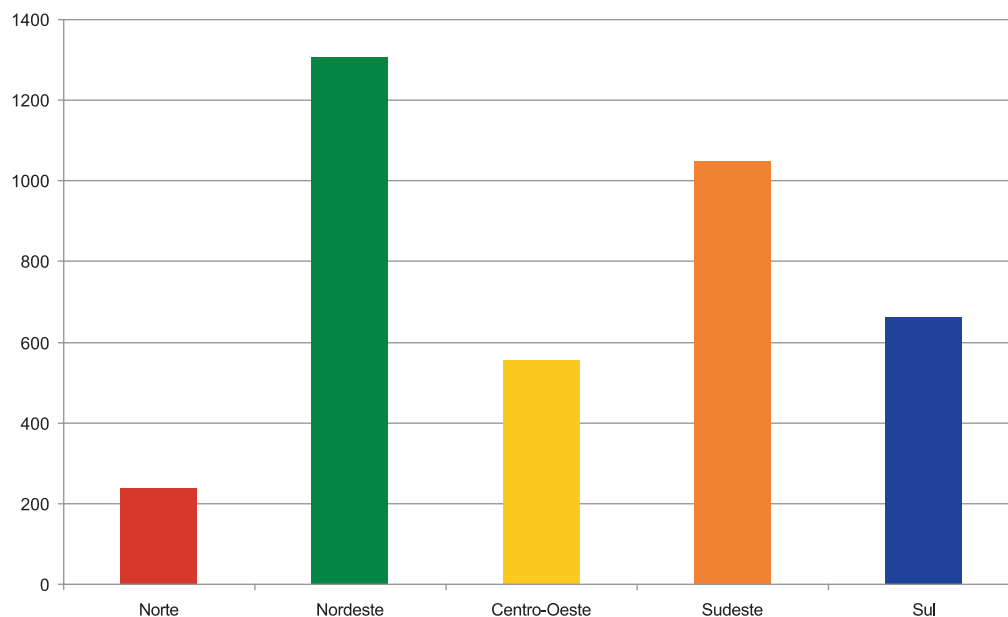


Figura 13: Distribuição dos Hospitais Gerais por Região
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2 Roteiro dos Padrões de Conformidade

A seguir, serão descritos os achados das análises das respostas ao Roteiro de Padrões de Conformidade dos 3.815 hospitais considerados nesta análise.

4.2.1 Análise dos Padrões, Critérios e Blocos

4.2.1.1 Padrões

No Quadro 4 observa-se o percentual de aplicabilidade de cada critério, considerando-se os hospitais que responderam aos mesmos (isto é, não foi considerada a opção de Não Se Aplica). O Bloco de maior percentual de respostas foi o de Gestão Organizacional, seguido pelo Bloco de Apoio Técnico e Logístico. O Bloco de Gestão da Assistência foi o que apresentou critérios com maior prevalência do atributo Não Se Aplica, devido aos diferentes níveis de complexidades existentes.

BLOCOS	CRITÉRIO	PORCENTAGEM	TOTAL DE ESTABELECIMENTOS
I – GESTÃO ORGANIZACIONAL	1.Liderança e Organização	100%	3815
	2.Dem., Usuários e Sociedade	100%	3815
	3.Gestão da Informação	100%	3815
	4.Gestão de Pessoas	100%	3815
II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	5.Gerenciamento de Risco	100%	3815
	6.Gestão da Infra-Estrutura Física	100%	3815
	7.Gestão de Equipamentos	100%	3815
	8.Gestão de Materiais	100%	3815
	9.Hig. do Amb. e Proc. de Roupas	100%	3815
	10.Alimentação e Nutrição	90,0%	3432
	11.SADT	71,3%	2717
	12.Serviços de Hemoterapia	41,4%	1580
III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	13.Humanização da Atenção	100%	3815
	14.At.Imed.– Urgência/Emergência	79,7%	3040
	15.At.em Reg. Amb. de Espec.	72,6%	2768
	16.At. em Regime de Internação	98,1%	3741
	17.At. em Reg. de Ter. Intensiva	16,3%	623
	18.Atensão Cirúrgica e Anestésica	87,4%	3333
	19.Atensão Materno-Infantil	81,2%	3096
	20.Atensão Radioterápica	2,6%	99
	21.Atensão Quimioterápica	4,1%	158
	22.At. ao Renal Crônico - TRS	5,2%	198

Quadro 4: Aplicabilidade dos critérios nos hospitais (N = 3.815)

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Os critérios menos avaliados foram aqueles característicos de hospitais de alta complexidade: Atenção Radioterápica 2,6%, Atenção Quimioterápica (4,1%) e Terapia Renal Substitutiva (5,2%), seguidos pelo critério de Terapia Intensiva (16,3%) e Hemoterapia (41,4%). Todos os demais critérios eram existentes em mais de 70% dos hospitais avaliados.

Analisando-se a relação dos dez padrões mais atendidos pelos hospitais (Quadro 5), observa-se que sete destes são classificados como Imprescindíveis e três como Necessários. Além disso, seis destes estão entre aqueles exigidos em serviços de alta complexidade (Terapia Intensiva, Terapia Renal Substitutiva e Atenção Quimioterápica), dois no critério de Gestão da Informação, um em Gestão de Pessoas e um referente à Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas.

PADRÃO	CRITÉRIO	TIPO	% DE CUMPRIMENTO
100. A unidade de terapia intensiva está instalada em local exclusivo e de acesso restrito.	17. At. em Regime de Terapia Intensiva	N	94,54%
98. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.	17. At. em Regime de Terapia Intensiva	I	93,90%
128. A unidade controla a qualidade da água utilizada na diálise através da análise microbiológica e físico-química.	22. Atenção ao Renal Crônico - TRS	I	91,92%
129. A unidade adota precauções padrão para evitar infecção cruzada de hepatite (B e C) e HIV.	22. Atenção ao Renal Crônico - TRS	N	91,41%
50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.	9.Hig. do Amb. e Proces. de Roupas	I	90,42%
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.	22. Atenção ao Renal Crônico - TRS	I	89,90%
20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	4. Gestão de Pessoas	I	88,89%
13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	3. Gestão da Informação	I	86,56%

Quadro 5 - Dez padrões mais cumpridos por hospitais gerais
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Ao contrário, entre os 10 padrões menos atendidos, nove são classificados como Recomendável e um apenas como Necessário. Além disso, três destes padrões pertencem a critérios do Bloco de Gestão Organizacional, cinco pertencem a critérios do Bloco de Apoio Técnico e Logístico e dois pertencem a critérios do Bloco de Gestão da Atenção à Saúde (Quadro 6).

PADRÃO	CRITÉRIO	TIPO	% DE CUMPRIMENTO
71. Existe comitê transfusional.	12. Serviços de Hemoterapia	R	18,5%
15. Existe Comissão de Revisão de Prontuários formalmente constituída com regimento interno e registro das reuniões periódicas em ata.	3. Gestão da Informação	N	20,3%
108. A unidade tem implantado o plano de gerenciamento da qualidade do ar interior climatizado.	18. Atenção cirúrgica e anestésica	R	20,5%
47. Realizam ações de farmacovigilância.	8. Gestão de Materiais	R	21,5%
24. O estabelecimento mede e avalia a satisfação e o desempenho dos trabalhadores.	4. Gestão de Pessoas	R	22,4%
12. Mantém ou participa de algum programa de qualidade de vida em parceria com a comunidade.	2. Demanda, Usuário e Sociedade	R	23,9%
78. Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.	13. Humanização da Atenção	R	24,8%
30. O Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde está implantado.	5. Gerenciamento de Risco	R	24,9%
66. Há mecanismos para avaliar sistematicamente a pertinência de solicitações de exames.	11. Serviços auxiliares de Diagnóstico e Terapia	R	25,3%
54. Existem ações de educação permanente em higienização do ambiente e processamento de roupas.	9. Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas	R	27,2%

Quadro 6 - Dez padrões menos cumpridos por hospitais gerais
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Considerando-se apenas os padrões classificados como Imprescindíveis, observa-se, no Quadro 7, que entre os dez mais cumpridos, cinco são exigências de serviços de alta complexidade (Quimioterapia, TRS, Radioterapia), três estão em critérios do Bloco de Gestão Organizacional e dois, no Bloco de Apoio Técnico e Logístico.

PADRÃO	CRITÉRIO	% DE CUMPRIMENTO
98. A unidade possui, para uso exclusivo, carro de parada ou o equivalente em equipamentos e medicamentos, além de monitorização cardiovascular e respiratória.	17. Atenção em Regime de Terapia Intensiva	93,9%
128. A unidade controla a qualidade da água utilizada na diálise através da análise microbiológica e físico-química.	22. Atenção ao Renal Crônico - Terapia Renal Substitutiva	91,9%
50. São realizadas as trocas diárias de roupas, ou substituição de compressas e campos, para cada paciente, sempre que necessário.	9. Higiene do Ambiente e Processamento de Roupas	90,4%
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.	22. Atenção ao Renal Crônico - Terapia Renal Substitutiva	89,9%
20. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	4. Gestão de Pessoas	88,9%
121. Os pacientes têm sua terapia prescrita pelo respectivo médico especialista (oncologista clínico, oncologista clínico pediátrico ou hematologista).	21. Atenção Quimioterápica	88,6%
13. Há registros sistemáticos dos atendimentos, evoluções e intercorrências nas fichas ou prontuários dos pacientes.	3. Gestão da Informação	86,6%
1. O funcionamento do estabelecimento está sob direção técnica de profissional habilitado para o exercício da atividade oferecida no serviço.	1. Liderança e Organização	84,8%
62. O técnico executante dos exames de SADT está habilitado para a realização dos exames.	11. SADT	84,5%
122. A administração dos medicamentos antineoplásicos é realizada e supervisionada por enfermeiro.	21. Atenção Quimioterápica	83,5%

Quadro 7 - Dez padrões imprescindíveis mais cumpridos por hospitais gerais

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

No Quadro 8 observa-se que, dos 44 padrões Imprescindíveis, os 10 menos cumpridos foram atendidos por uma proporção entre 37,9 e 55,5% dos hospitais participantes da pesquisa, destacando-se como principais problemas a carência de profissionais qualificados (ausência de enfermeiros no centro cirúrgico, ambulatório e emergência, falta de médico exclusivo na emergência, falta de capacitação de chefes de serviços de hemoterapia, falta de registro profissional na área de nutrição).

PADRÃO	CRITÉRIO	% DE CUMPRIMENTO
104. A unidade dispõe de enfermeiro exclusivo durante o período de realização de cirurgias.	18. Atenção cirúrgica e anestésica	37,9%
86. Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.	15. Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades	39,5%
80. A unidade dispõe de médico exclusivo e enfermeiro disponível e em tempo integral.	14. Atenção imediata-Urgência/Emergência	42,3%
67. A unidade de hemoterapia é gerenciada por médico hemoterapeuta, hematologista ou outro profissional capacitado por órgão competente.	12. Serviços de Hemoterapia	45,5%
25. Existe Programa de Controle de Infecção Hospitalar com ações deliberadas e sistemáticas.	5. Gerenciamento de Risco	46,4%
56. Os profissionais cuja profissão é regulamentada por conselhos de classe estão registrados nos mesmos.	10. Alimentação e Nutrição	48,0%
38. Os equipamentos têm registro de manutenção corretiva.	7. Gestão de Equipamentos	52,4%
13. A Central de Material e Esterilização monitora os processos de limpeza, desinfecção e esterilização.	5. Gerenciamento de Risco	55,5%

Quadro 8 - Dez padrões imprescindíveis menos cumpridos por hospitais gerais

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2.1.2 Critérios

No Quadro 9 pode-se verificar, na terceira coluna, que os serviços característicos de hospitais de maior complexidade correspondem aos critérios com maior percentual de respostas Não Se Aplica, isto é, os hospitais avaliados não possuíam este tipo de serviço. Destacam-se, entre os serviços menos existentes nos hospitais avaliados, os Serviços de Atenção Radioterápica (2,6%), de Atenção Quimioterápica (4,1%) e de Atenção ao Renal Crônico (5,2%), seguidos de Serviços de Atenção em Regime de Terapia Intensiva (16,3%) e Serviços de Hemoterapia (41,4%).

Por outro lado, observa-se na última coluna que, de acordo com os dados coletados, um percentual variável e significativo de hospitais que foram analisados como possuindo determinados serviços, tiveram todos os 6 padrões avaliados como não cumpridos. Neste aspecto, destacam-se o Gerenciamento de Riscos (19,4%), o Serviço de Hemoterapia (16,0%) e a Atenção Cirúrgica e Anestésica (14,0%).

BLOCOS	CRITÉRIO	% DE NÃO SE APLICA	% DE RESPOSTA NEGATIVA
I – GESTÃO ORGANIZACIONAL	Liderança e Organização	0,3%	6,4%
	Dem., Usuários e Sociedade	0,1%	12,8%
	Gestão da Informação	0,1%	2,2%
	Gestão de Pessoas	0,2%	5,6%
II – APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	Gerenciamento de Risco	0,2%	19,4%
	Gestão da Infra-Estrutura Física	0,1%	5,3%
	Gestão de Equipamentos	0,1%	7,4%
	Gestão de Materiais	0,1%	8,3%
	Hig. do Amb. e Proc. de Roupas	0,1%	4,3%
	Alimentação e Nutrição	10,0%	11,9%
	SADT	28,7%	5,2%
	Serviços de Hemoterapia	58,6%	16,0%
III – GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	Humanização da Atenção	0,2%	7,5%
	At. Imed.– Urgência/Emergência	20,3%	8,8%
	At.em Reg. Amb. de Espec.	27,4%	11,4%
	At. em Regime de Internação	1,9%	5,0%
	At. em Reg. de Ter. Intensiva	83,7%	0,5%
	Atenção Cirúrgica e Anestésica	12,6%	14,0%
	Atenção Materno-Infantil	18,8%	5,0%
	Atenção Radioterápica	97,4%	0,5%
	Atenção Quimioterápica	95,9%	0,4%
	At. ao Renal Crônico - TRS	94,8%	0,3%

Quadro 9 – Comparativo de Aplicabilidade dos Critérios e Resposta Negativa em todos os padrões do Critério

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

A Figura 14 apresenta o desempenho (percentual de atendimento) geral dos 22 critérios avaliados, considerando-se apenas aqueles hospitais onde os mesmos estavam presentes (isto é, excluindo os casos de Não Se Aplica). Salienta-se que os quatro critérios mais cumpridos representam exigências de serviços assistenciais de alta complexidade, existentes em uma pequena proporção dos hospitais avaliados (Quimioterapia, Radioterapia, Terapia Renal Substitutiva e Terapia Intensiva). O critério menos cumprido se refere às exigências relativas a Serviços de Hemoterapia.

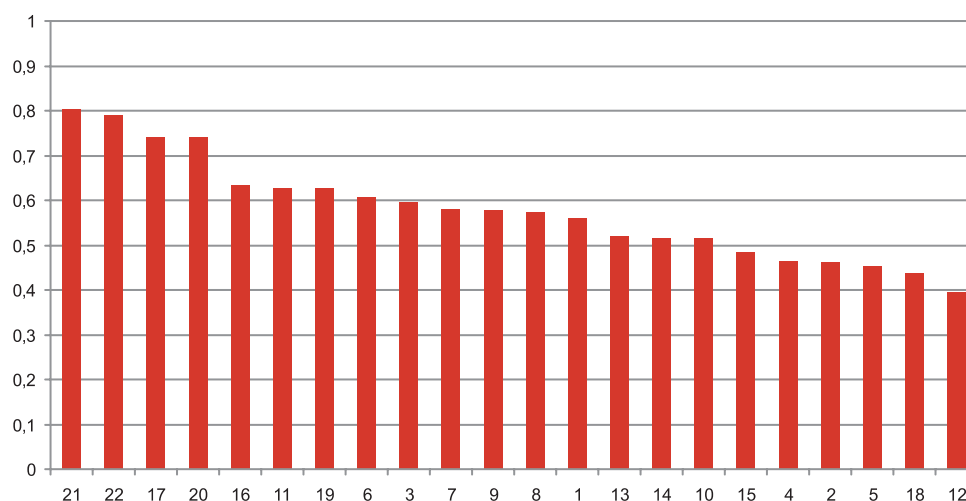


Figura 14: Porcentagem de Respostas Afirmitivas por Critério

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2.1.3 Blocos

Na Figura 15 observa-se que o Bloco de melhor desempenho foi o de Gestão de Atenção à Saúde – I (55%) e o menos atendido, o bloco de Gestão Organizacional -III (52%).

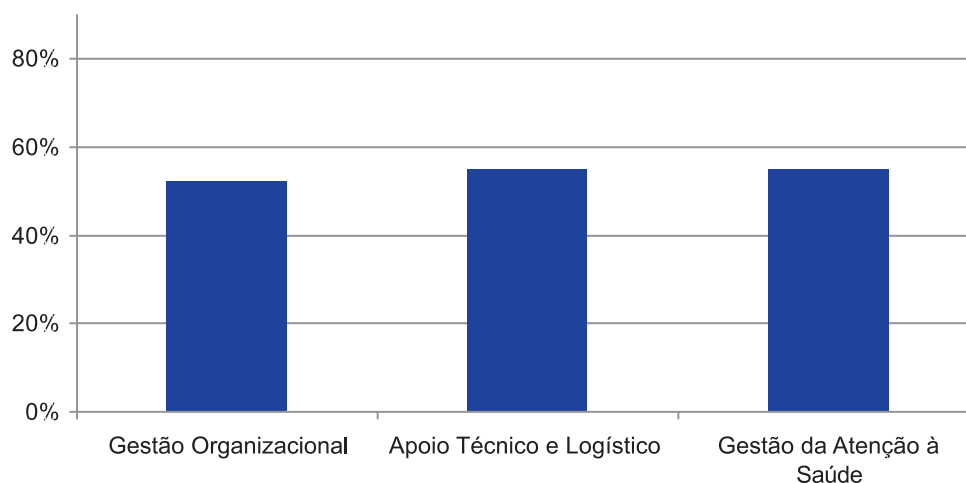


Figura 15: Porcentagem de Respostas Afirmitivas por Blocos

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Analisando o Padrão de Conformidade por Blocos, verifica-se que a área de Gestão Organizacional tem um desempenho melhor que as demais nos itens Imprescindíveis, mas abaixo destas nos itens Necessários e Recomendáveis. (Figura 16).

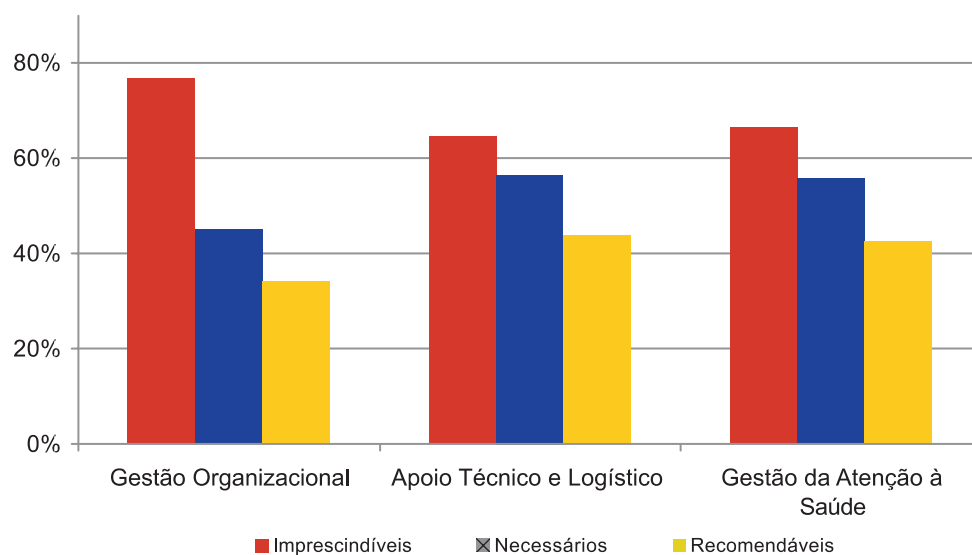


Figura 16: Porcentagem de Respostas Afirmativas nos Blocos por Tipo de Padrão
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



4.2.2 Análise dos Resultados Hospitalares

A partir dos Roteiros de Padrões de Conformidade dos hospitais analisados, foi calculada a pontuação obtida de cada hospital, atribuindo-se pontos para cada padrão existente cumprido. Desta forma, foram atribuídos três (3) pontos para padrões imprescindíveis, dois (2) para padrões necessários e um (1) ponto para padrões recomendáveis. O somatório de pontos foi dividido pelo número total de pontos possíveis para cada hospital (desconsiderando-se os critérios não aplicáveis ou inexistentes), sendo o índice obtido (entre 0 e 1) multiplicado por 100 para mais fácil compreensão. Com isso, obteve-se para cada hospital um percentual de pontos atingidos entre os possíveis:

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

Na Figura 17 apresenta-se o histograma do desempenho dos hospitais avaliados, de acordo com esta pontuação. Este histograma tem uma distribuição semelhante àquela de uma curva normal. A média de desempenho dos hospitais foi de 54,7%, a mediana de 55,4%, percentil 25 = 38,7% e percentil 75 = 71,4% (desvio-padrão = 21,78 - coeficiente de variação de 0,398).

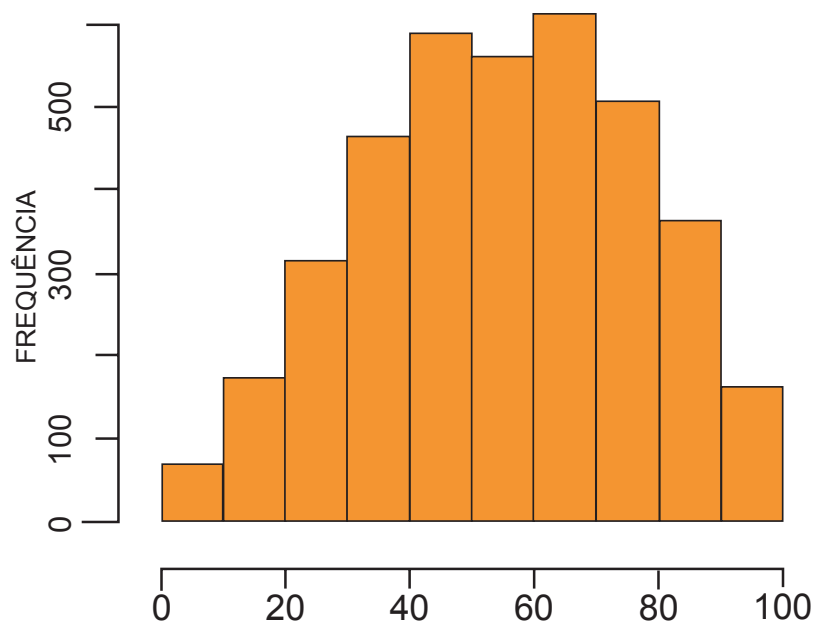


Figura 17: Histograma do Desempenho dos Hospitais no Roteiro de Padrões de Conformidade
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2.2.1 Desempenho dos Hospitais por Região

Na Figura 18 observa-se um gráfico do tipo Box-Plot, que é uma maneira eficiente de apresentar cinco números simultâneos sobre cada unidade de análise, que sumarizam as medidas de mediana, quartis superior e inferior e valores máximos e mínimos. Os limites superiores e inferiores das “caixas” são os valores dos quartis, a linha em seu interior é a mediana e os limites das linhas tracejadas são os valores mínimos e máximos verificados. A caixa contém 50% dos valores médios da distribuição total dos dados, a margem superior corresponde ao percentil 75 e a margem inferior, o percentil 25. A grande vantagem deste tipo de gráfico é a de permitir comparações imediatas entre diferentes grupos de dados.

Este gráfico apresenta o desempenho dos hospitais de cada estado da Federação. Em linhas gerais, podemos dizer que o melhor desempenho, foi o do Estado do Amazonas, porém com um número muito reduzido de hospitais avaliados (apenas sete). O pior desempenho foi registrado no Estado do Tocantins (39 hospitais) cujo percentil 75 está abaixo ou igual à mediana de pelo menos 19 outros estados.

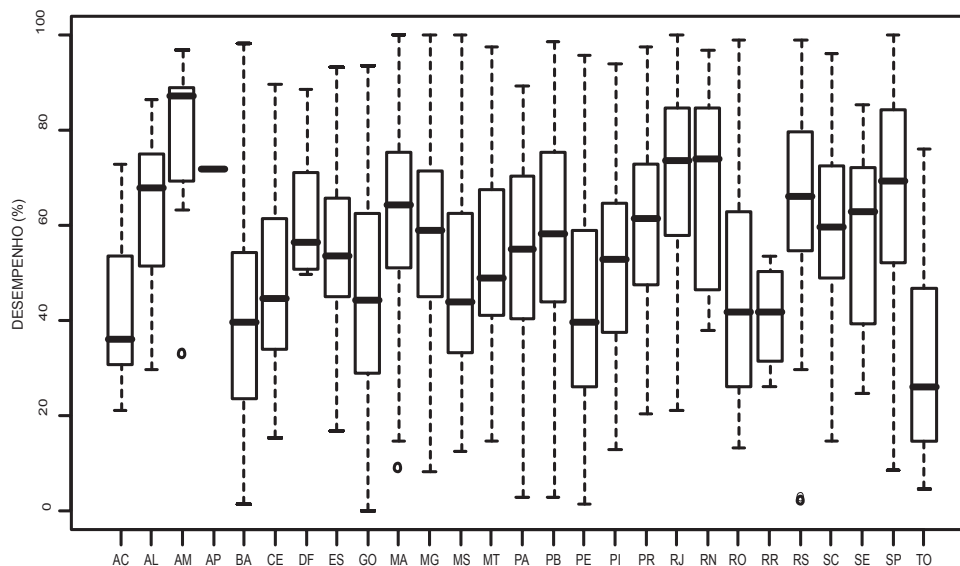


Figura 18: Box Plot do Desempenho dos Hospitais por Estado

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Na Figura 19 são apresentadas as médias do desempenho dos hospitais de cada estado, observando-se que os maiores valores (acima de 60%) se apresentam nos Estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, São Paulo e Rio Grande do Sul enquanto que as médias mais baixas (abaixo de 45%) se apresentam nos Estados do Acre, Bahia, Goiás, Pernambuco, Roraima, Rondônia e Tocantins. O Estado do Amapá avaliou apenas um hospital, portanto sua média não corresponde ao desempenho de um conjunto de hospitais.

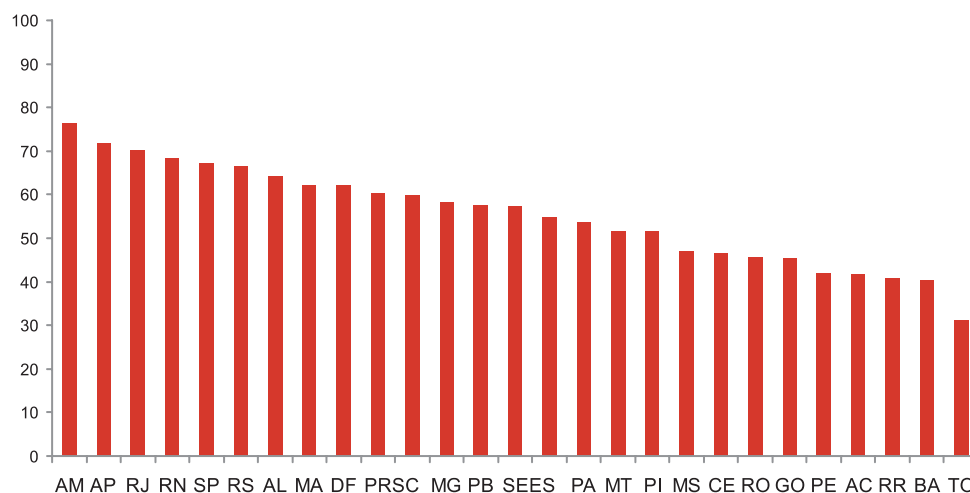


Figura 19: Média do Desempenho dos Hospitais por Unidade da Federação

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



Na Figura 20 são apresentados os histogramas de desempenho dos hospitais por região, onde pode se observar que: as regiões Norte e Centro-Oeste tiveram um número significativamente menor de hospitais avaliados; as regiões Sudeste e Sul apresentam uma curva com desvio para a direita (melhor desempenho) enquanto que a região Nordeste apresenta uma curva com desvio para a esquerda (pior desempenho). As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam uma curva com desenho mais próximo ao equilíbrio (curva normal), semelhante à curva apresentada pelo Brasil como um todo.

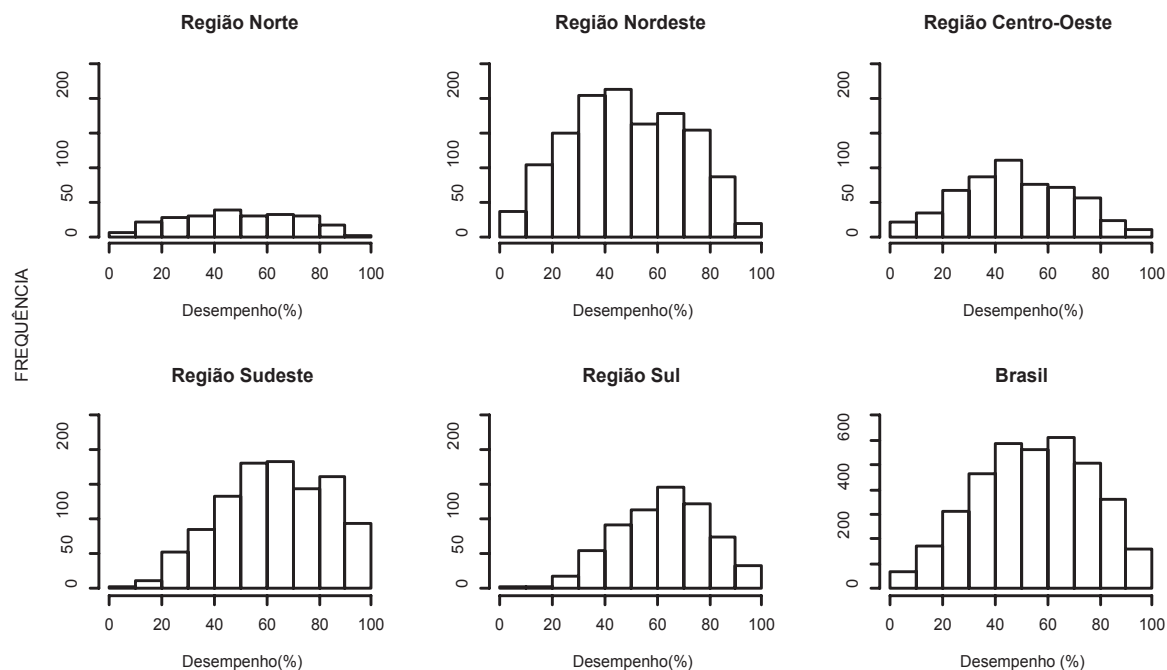
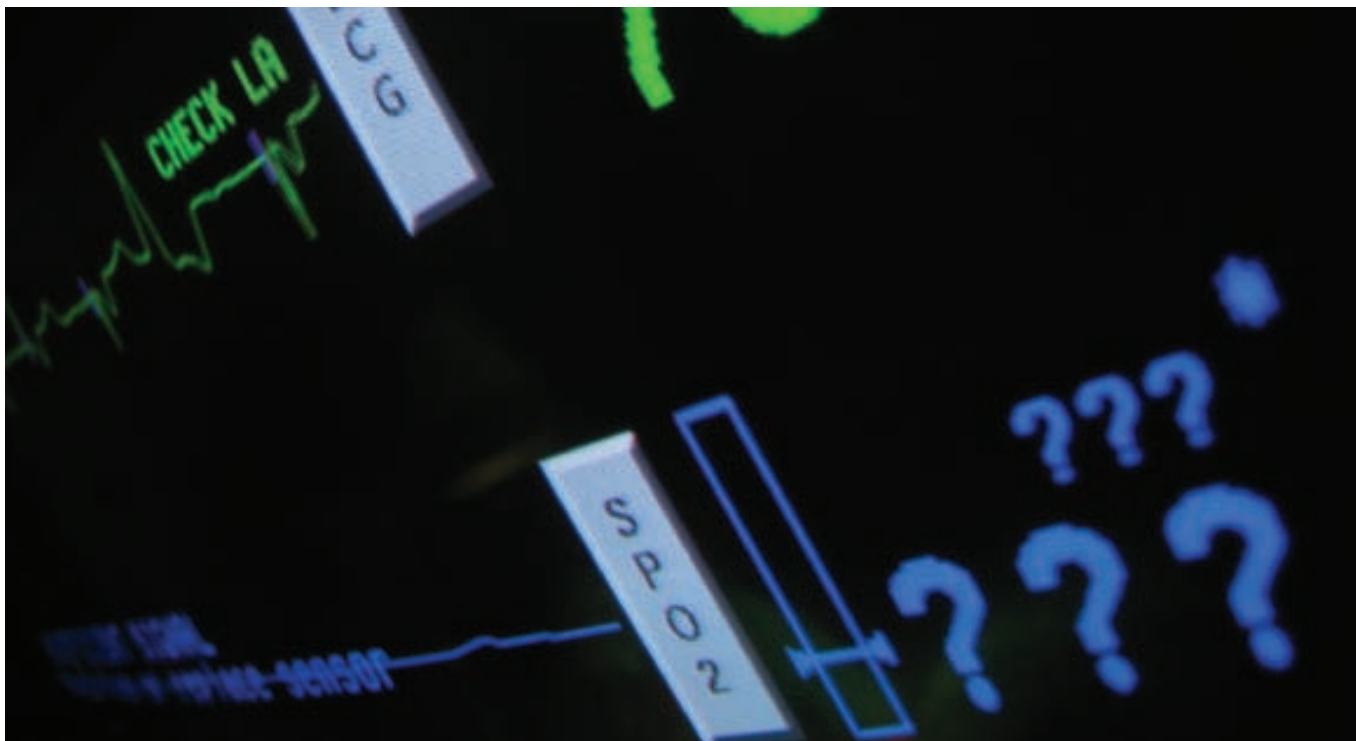


Figura 20: Histograma do Desempenho dos Hospitais por Região
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006





Na Figura 21 são apresentados os gráficos Box-Plot por região, observando-se claramente uma distinção entre o desempenho das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste em relação às regiões Sul e Sudeste.

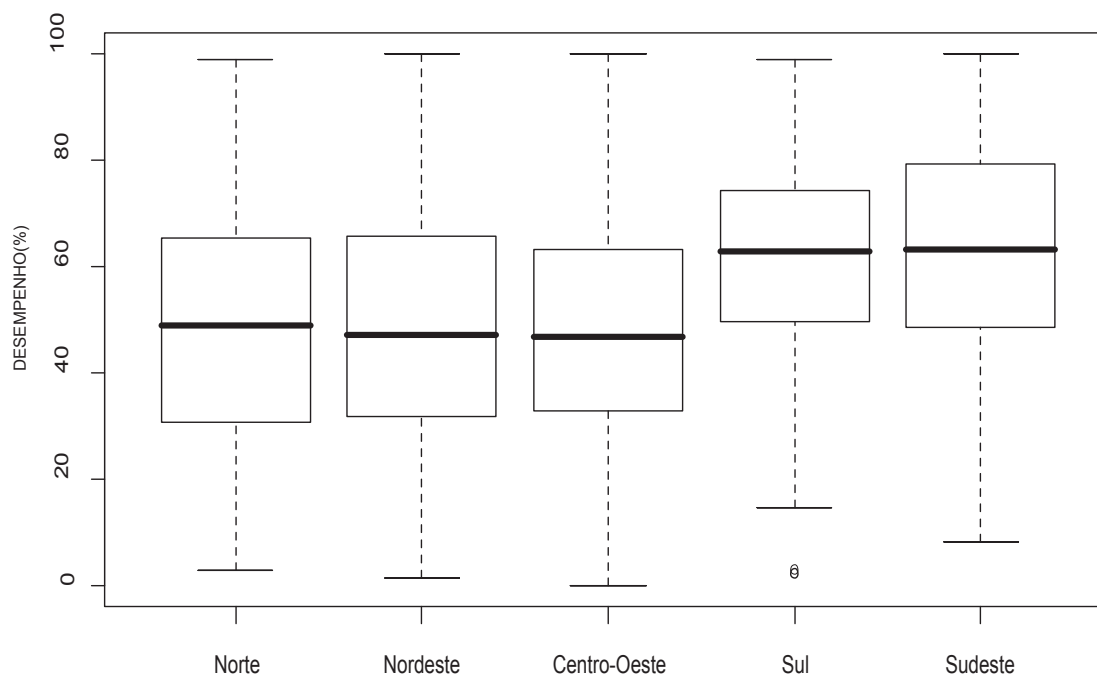


Figura 21: Box Plot do Desempenho dos Hospitais por Região
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



4.2.2.2 Desempenho dos Hospitais por Porte

Quando se analisam os hospitais de acordo com o número de leitos (Figura 22), observamos que a maior parte dos hospitais avaliados pelo programa está na faixa de pequeno porte, onde se consideram os hospitais com até 49 leitos (2.279). Foram avaliados 1.159 hospitais de médio porte, com número de leitos entre 50 e 149. A menor parte dos hospitais é de grande porte com 150 leitos ou mais (377). Além disso, observa-se que quanto maior o porte, melhor é a distribuição de desempenho dos hospitais.

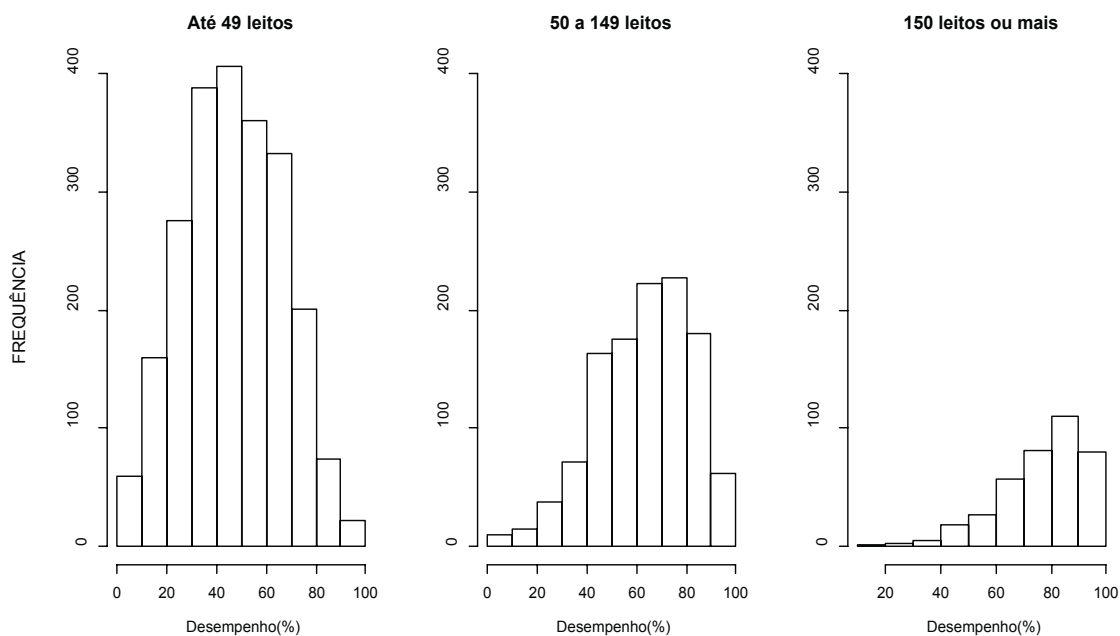


Figura 22: Histograma do Desempenho dos Hospitais por Porte

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Esta observação pode ser corroborada pela análise dos gráficos Box-Plot dos três conjuntos de hospitais, mostrados na figura 23.

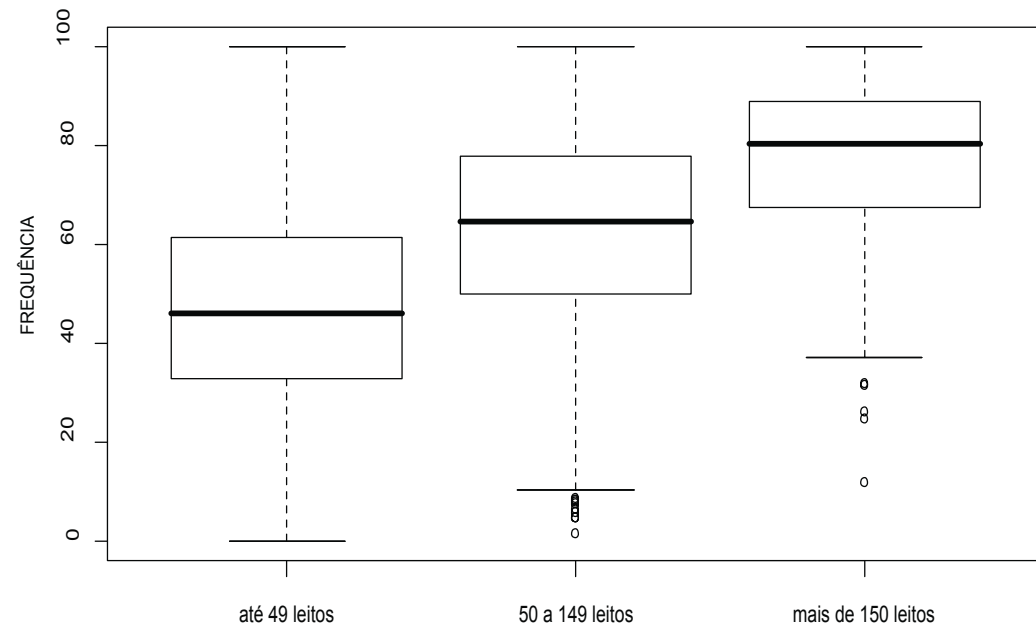


Figura 23: Box Plot do Desempenho dos Hospitais por Porte
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2.2.3 Desempenho dos Hospitais por Grau de Complexidade

Os hospitais avaliados foram classificados em três grupos de complexidade distintos, considerando-se como critério de classificação o seguinte:

- **Complexidade Baixa:** Hospitais que declararam possuir os critérios de 1 a 16 do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, que são aqueles considerados básicos para o funcionamento de um hospital.
- **Complexidade Média:** Hospitais que declararam possuir, além dos critérios básicos, o critério 17 - Atenção em Terapia Intensiva e/ou 18 - Atenção Cirúrgica e Anestésica e/ou 19 - Atenção materno-Infantil.
- **Complexidade Alta:** Hospitais que atendem além dos básicos, ao critério 20 - Atenção Radioterápica e/ou 21 - Atenção Quimioterápica e/ou 22 - Atenção ao Renal Crônico - Terapia Renal Substitutiva.

Observa-se na Figura 24 que o melhor desempenho está diretamente associado à maior complexidade dos hospitais.

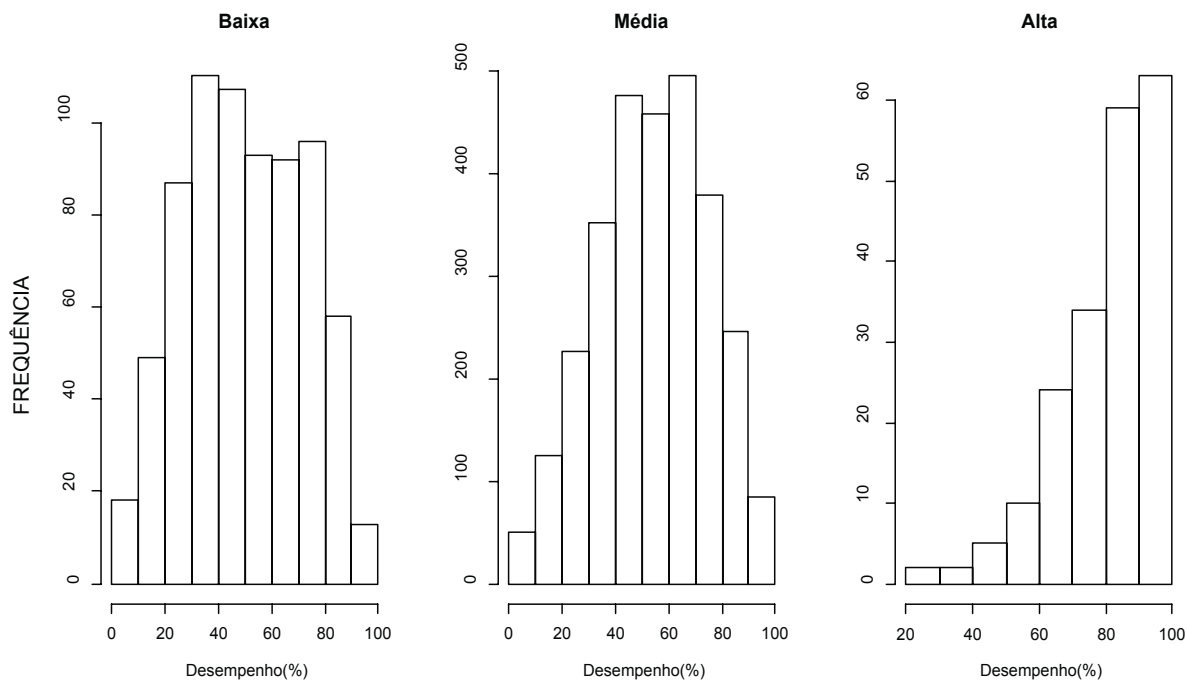
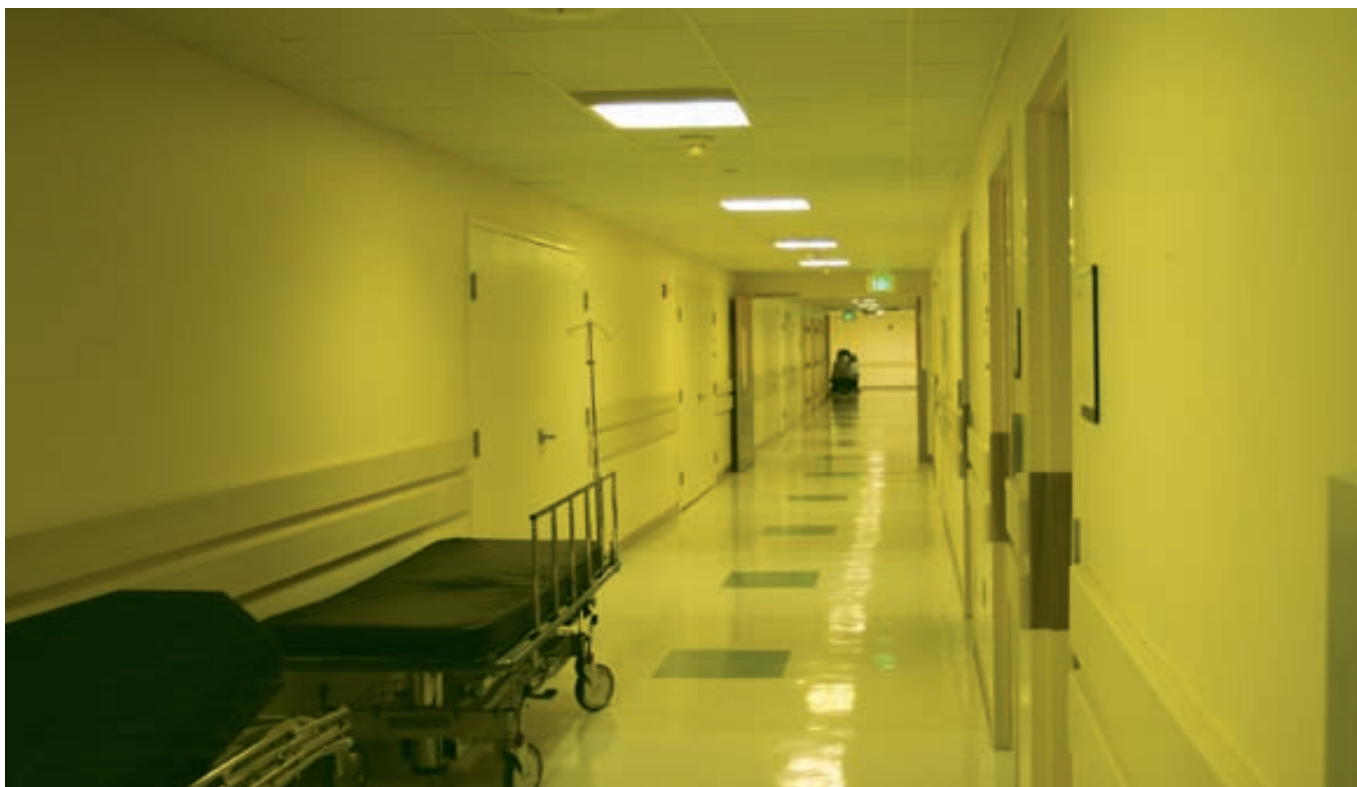


Figura 24: Histograma do Desempenho dos Hospitais por Complexidade

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



Esta mesma observação pode ser realizada a partir do Box-Plot na Figura 25, destacando-se neste a grande diferença do desempenho dos hospitais de alta complexidade em relação aos demais.

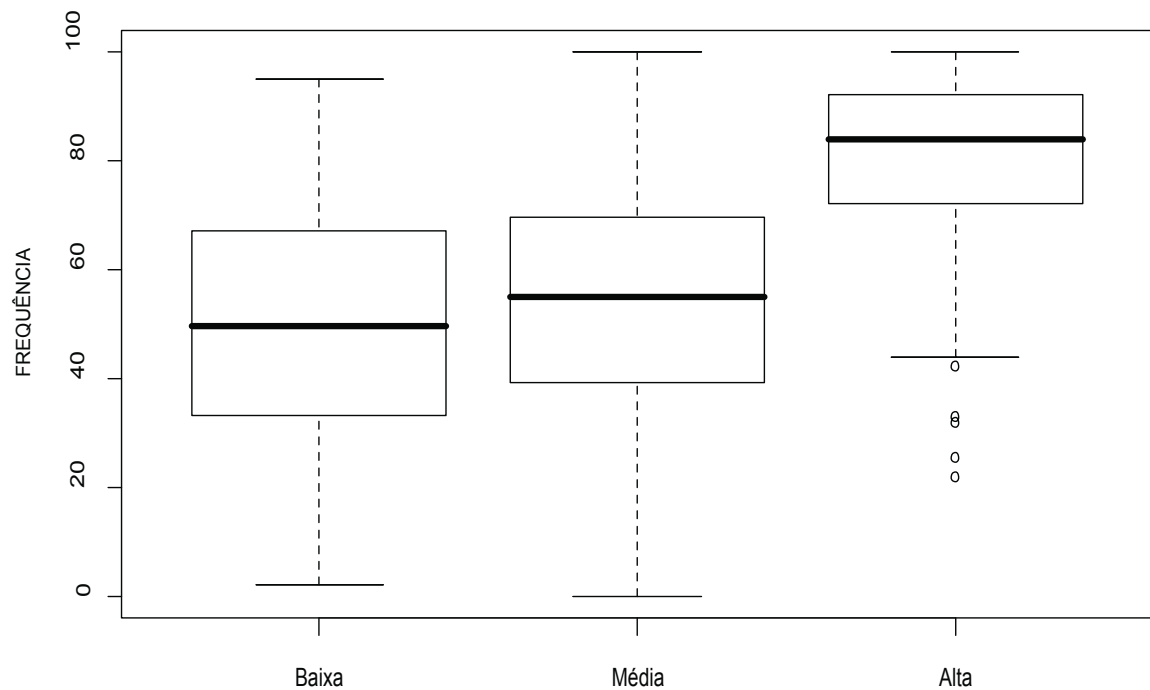


Figura 25: Box Plot do Desempenho dos Hospitais por Complexidade
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

4.2.2.4 Grupos de Desempenho

A partir do desempenho calculado para cada hospital (seção 4.2.2) foram definidos cinco grupos distintos de desempenho, obtidos a partir dos quintis da distribuição das notas dos hospitais gerais. Esses quintis correspondem respectivamente aos percentis 20, 40, 60, 80 e 100.

Dessa forma, tivemos os seguintes grupos de desempenho:

- Grupo 1: notas que variam de 74,6 a 100;
- Grupo 2: notas que variam de 62,0 a 74,6;
- Grupo 3: notas que variam de 49,0 a 62,0;
- Grupo 4: notas que variam de 34,8 a 49,0;
- Grupo 5: notas que variam de 0 a 34,8.

Essas faixas incluem os valores iguais ao extremo inferior e excluem os valores iguais ao extremo superior. (Ex: um estabelecimento com nota igual a 34,8 fica classificado no grupo 4).

Na Figura 26 observa-se a distribuição dos hospitais de cada região de acordo com estes grupos de desempenho, onde o grupo 1 representa os hospitais melhor avaliados e o grupo 5, aqueles de avaliação mais baixa. A região Sudeste apresenta a maior proporção de hospitais do grupo 1, enquanto a região Nordeste apresenta a maior proporção de hospitais do grupo 5. As regiões Nordeste e Centro-Oeste apresentam proporcionalmente maior número de hospitais nos grupos de baixo desempenho, enquanto que nas regiões Sudeste e Sul esta situação se inverte.

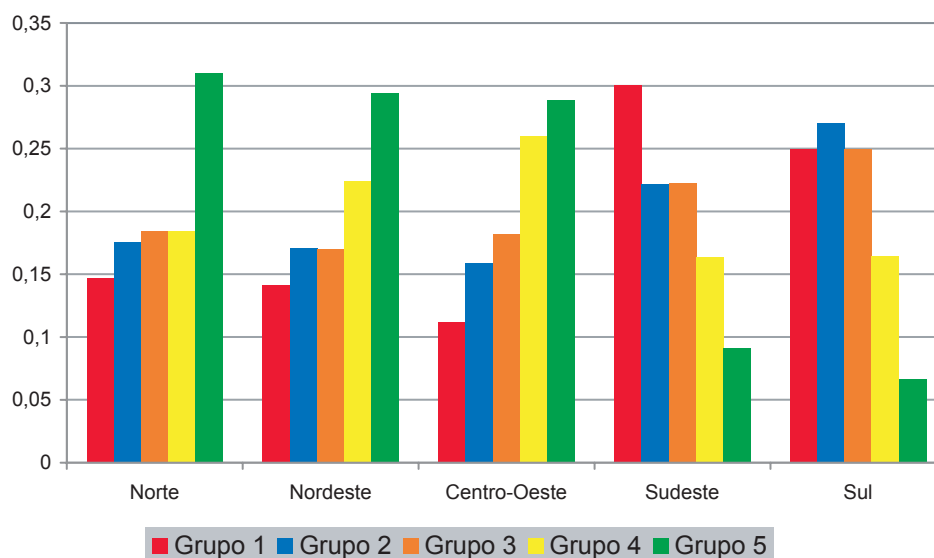


Figura 26: Distribuição dos Hospitais nos Grupos de Desempenho por Região

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006





Analisando o resultado pelo porte dos hospitais (Figura 27), novamente se constata que os hospitais de pequeno porte apresentam proporcionalmente um maior número de hospitais nas classes de baixo desempenho do que os hospitais de médio e grande porte. Estes últimos são os que apresentam uma distribuição mais favorável.

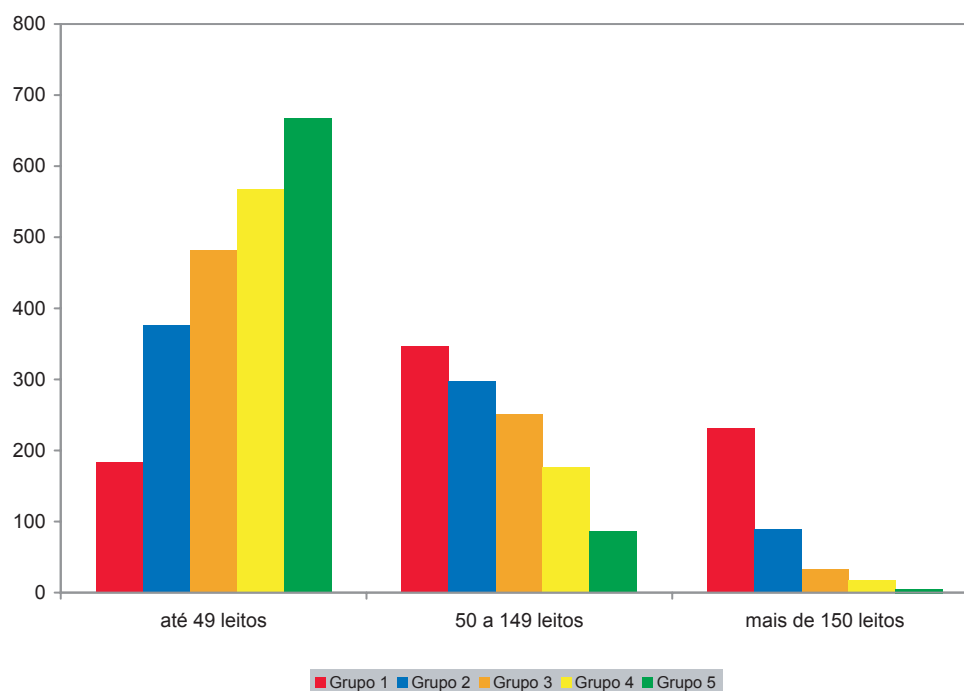


Figura 27: Distribuição dos Hospitais nos Grupos de Desempenho por Porte
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Na Figura 28 observa-se a distribuição dos hospitais por grupos de desempenho em relação a sua complexidade, constatando-se que os hospitais de baixa complexidade apresentam proporcionalmente um número maior de hospitais de baixo desempenho enquanto que hospitais de alta complexidade apresentam uma situação inversa. Nos hospitais de média complexidade, observa-se uma distribuição equilibrada do desempenho dos hospitais.

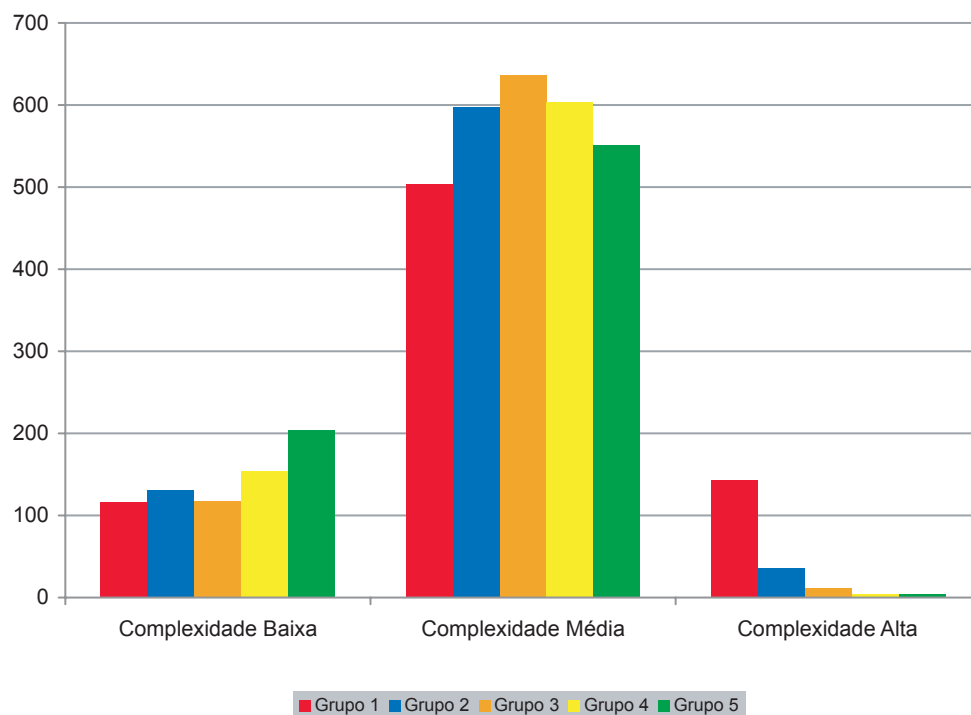
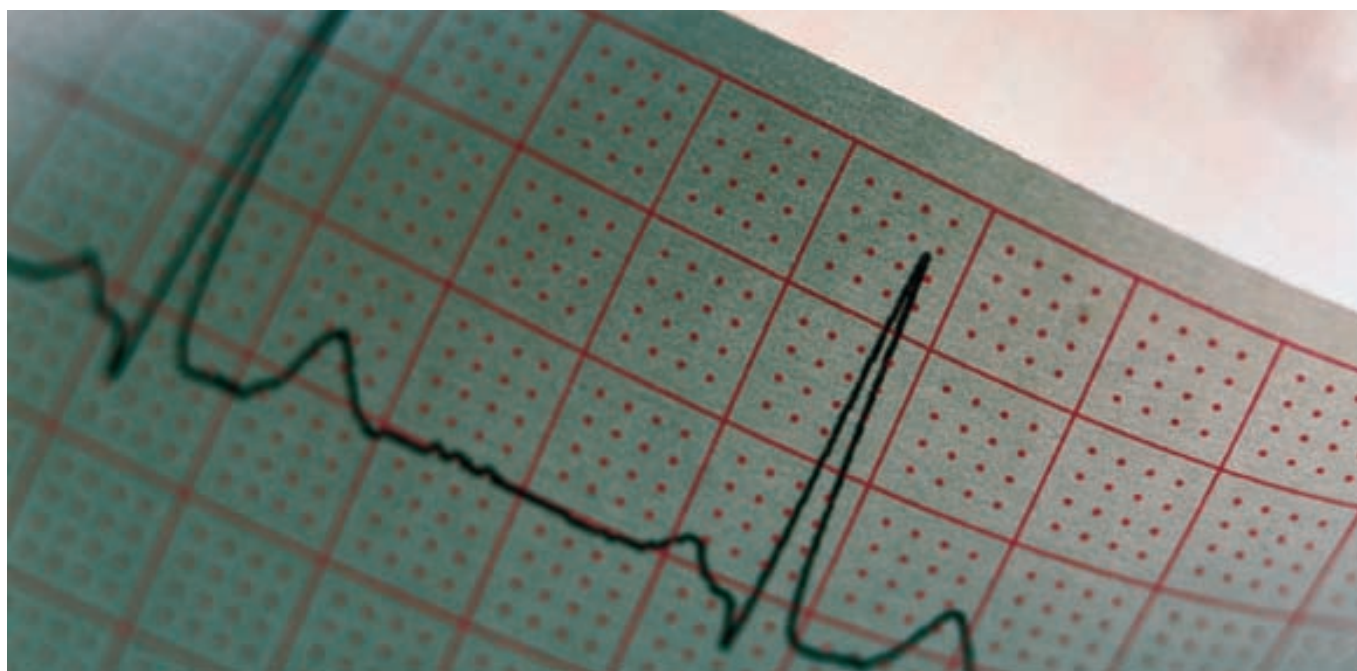


Figura 28: Distribuição dos Hospitais nos Grupos de Desempenho por Complexidade
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006





4.3 Indicadores

Foram calculados, a partir da base de dados do SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar, os indicadores de Taxa de Ocupação de Leitos, Mortalidade Hospitalar e Média de Permanência de todos os hospitais brasileiros que informaram terem realizado internações de pacientes pelo Sistema Único de Saúde em 2005. Portanto, os dados apresentados nesta seção não se referem exclusivamente aos hospitais avaliados pelo PNASS, mas agregam dados complementares, úteis para uma análise global, e por este motivo serão apresentados a seguir.

4.3.1 Taxa de Ocupação de Leitos

Este indicador é obtido pela divisão do somatório de pacientes-dia (diárias hospitalares) pelo número de leitos-dia (capacidade instalada dos hospitais x número de dias no período), multiplicando-se o valor resultante por 100. A capacidade instalada dos hospitais foi obtida a partir dos dados existentes no CNES.

Na Figura 29 observa-se que a maior taxa de ocupação de leitos ocorreu na região Sudeste, seguida pela região Sul, Norte, Centro-Oeste e Nordeste. No País, esta taxa encontra-se um pouco acima de 50%.

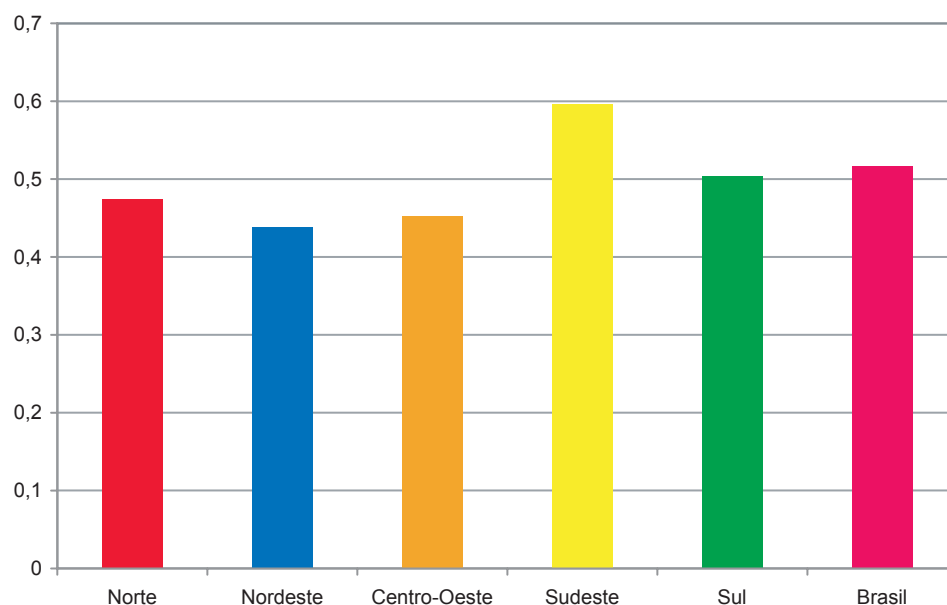


Figura 29: Taxa de Ocupação de Leitos por Região
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 - Dados de 2005

Analisando-se por estado, verifica-se que as taxas de ocupação mais elevadas são encontradas nos Estados de São Paulo, Distrito Federal e Rio de Janeiro, enquanto que as taxas mais baixas são verificadas nos Estados do Piauí e Maranhão (Figura 30).

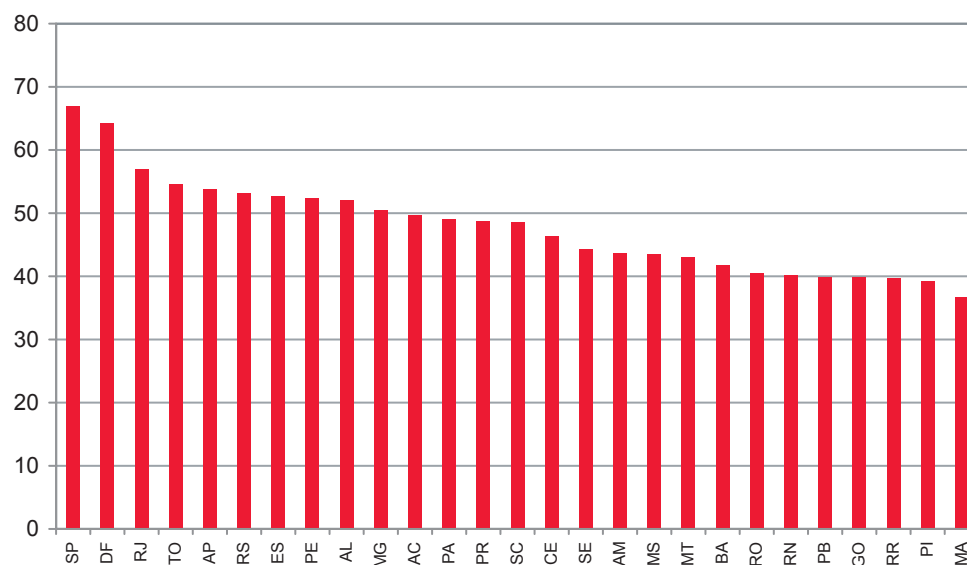


Figura 30: Taxa de Ocupação de leitos por Unidade da Federação
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 – Dados de 2005

4.3.2 Taxa de Mortalidade

Este indicador foi obtido pela divisão do número de óbitos pelo número de saídas (altas + óbitos) informados através das AIHs, multiplicando-se este número por 100 para se obter um percentual.

Na Figura 31 observa-se que a Taxa de Mortalidade Hospitalar cresce de acordo com o aumento da complexidade dos hospitais das diferentes regiões, indicando que nas regiões menos favorecidas, grande parte dos óbitos ocorre fora do ambiente assistencial. As regiões Sudeste e Sul apresentam as maiores taxas e a região Norte, a menor.

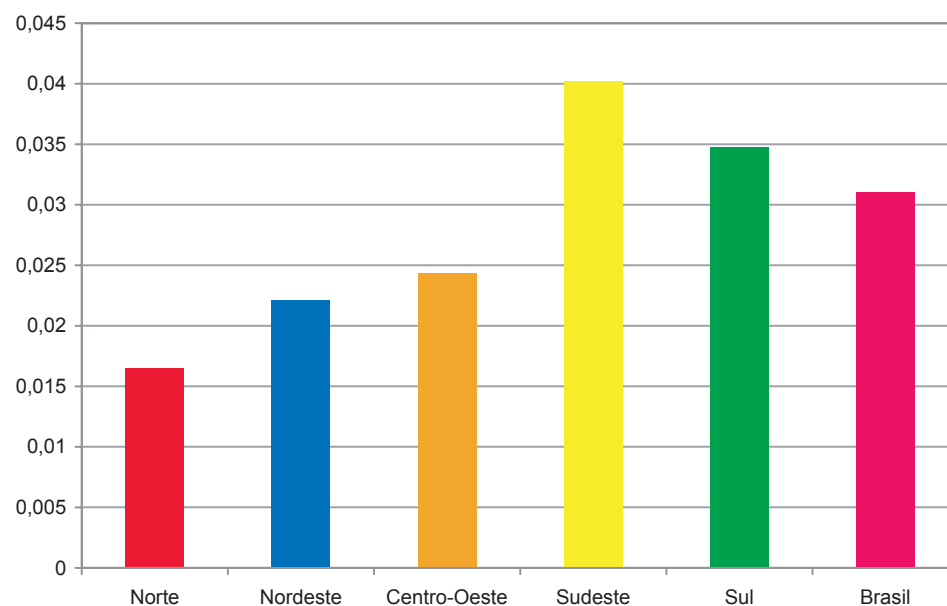


Figura 31: Taxa de Mortalidade Hospitalar por Região

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 - Dados de 2005

De forma semelhante, os estados com maior taxa de mortalidade hospitalar são aqueles que apresentam melhores indicadores de desempenho econômico e de cobertura assistencial, destacando-se os estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul. As menores taxas de mortalidade hospitalar foram verificadas nos estados do Maranhão e Rondônia (Figura 32). Este achado demonstra também que a taxa de mortalidade cresce proporcionalmente à complexidade e capacidade resolutiva dos hospitais, para onde são geralmente encaminhados os pacientes em situação clínica mais grave, com piores prognósticos.

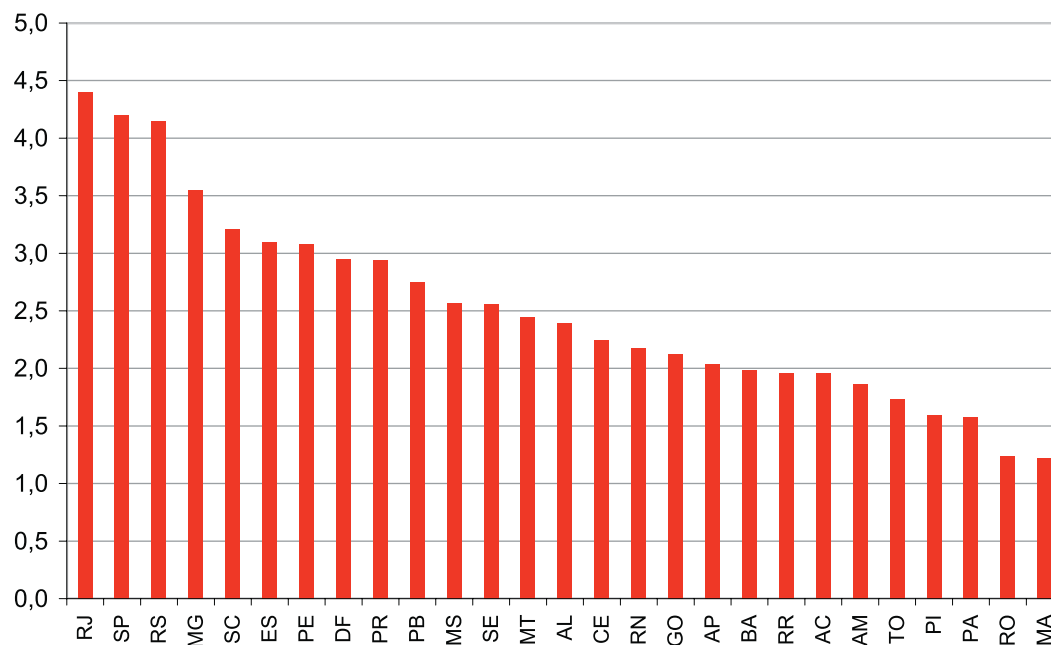


Figura 32: Taxa de Mortalidade Hospitalar por Unidade da Federação
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 - Dados de 2005





4.3.3 Média de Permanência

A média de permanência é obtida dividindo-se o somatório de diárias hospitalares (pacientes-dia) pelo número de saídas hospitalares informadas e é medido em dias. Observa-se na Figura 33 que a maior média de permanência é verificada na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e Norte.

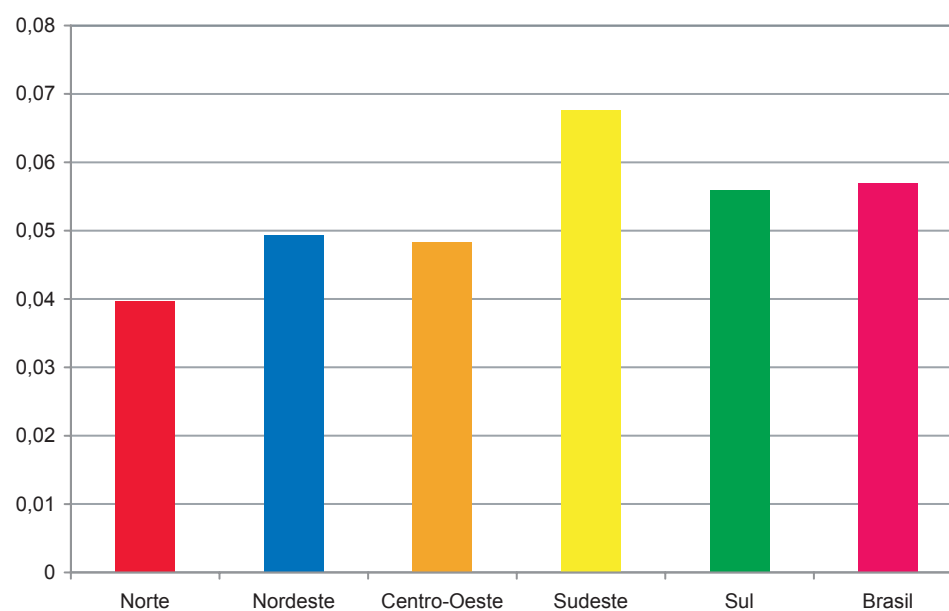


Figura 33: Média de Permanência por Região
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 - Dados de 2005



Analisando-se por estados, destaca-se a alta média de permanência verificada no Rio de Janeiro (9 dias), muito superior à média nacional (que é inferior a 6 dias). A seguir, encontram-se os Estados de São Paulo e Pernambuco, entre 6 e 7 dias. Os Estados de Rondônia e Pará apresentam as menores médias de permanência (inferiores a 4 dias), conforme Figura 34.

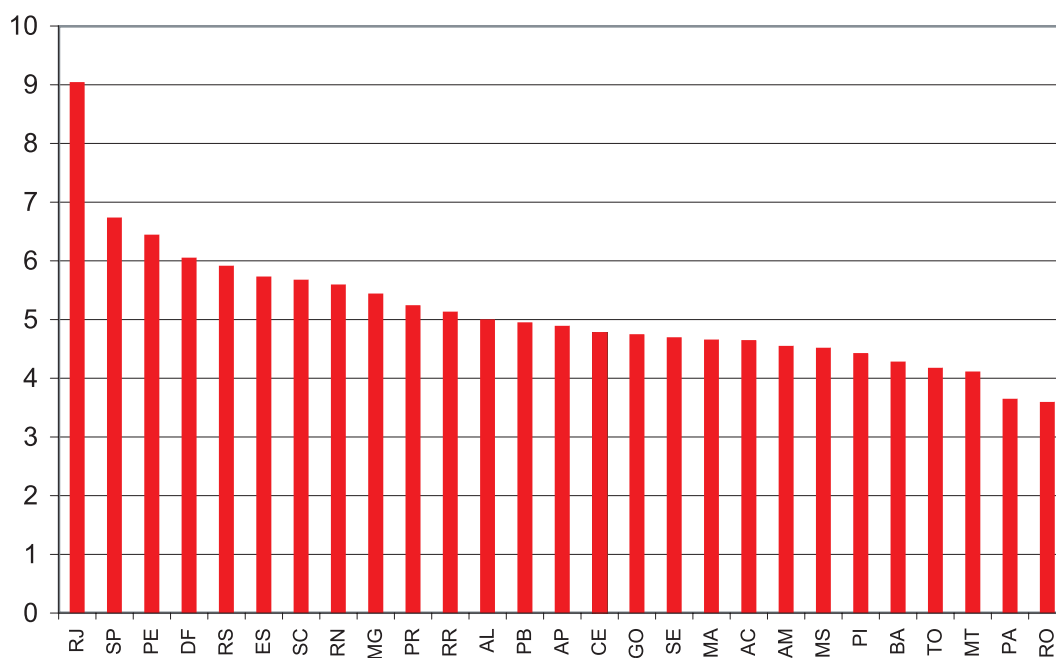


Figura 34: Média de Permanência por Unidade da Federação

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006 - Dados de 2005

4.4 Pesquisa de Satisfação dos Usuários

4.4.1 Amostra

Foram realizadas 105.831 Pesquisas de Satisfação dos Usuários em 5.745 serviços de saúde. Para fins deste relatório foram analisadas somente as respostas das pesquisas dos usuários de internação hospitalar, totalizando 75.521 pesquisas.

As pesquisas encontram-se assim distribuídas:

- 39% foram respondidas na região Sudeste, 32% na região Nordeste, 11% nas regiões Sul e Centro-Oeste e 7% na região Norte;
- 66% eram do sexo feminino;
- 14% tinham até 19 anos de idade, 39% entre 20 e 39 anos, 27% entre 40 e 59 anos e 20% 60 anos ou mais;
- 16% se declararam analfabetos, 35% concluíram até a 4ª série, 26% até a 8ª série, 20% possuíam o 2º grau e apenas 3% declararam ter curso superior completo.

4.4.2 Análise de Resultados

A análise das respostas obtidas demonstra que a população de usuários dos serviços de saúde avaliados manifesta sua insatisfação maior em relação à duração das visitas, às dificuldades para obtenção de consultas e ao tempo de espera para o atendimento (Figura 35). O maior índice de aprovação (93,7%) foi em relação à qualidade do acolhimento recebido, considerando-se a educação, respeito e interesse dos profissionais envolvidos.

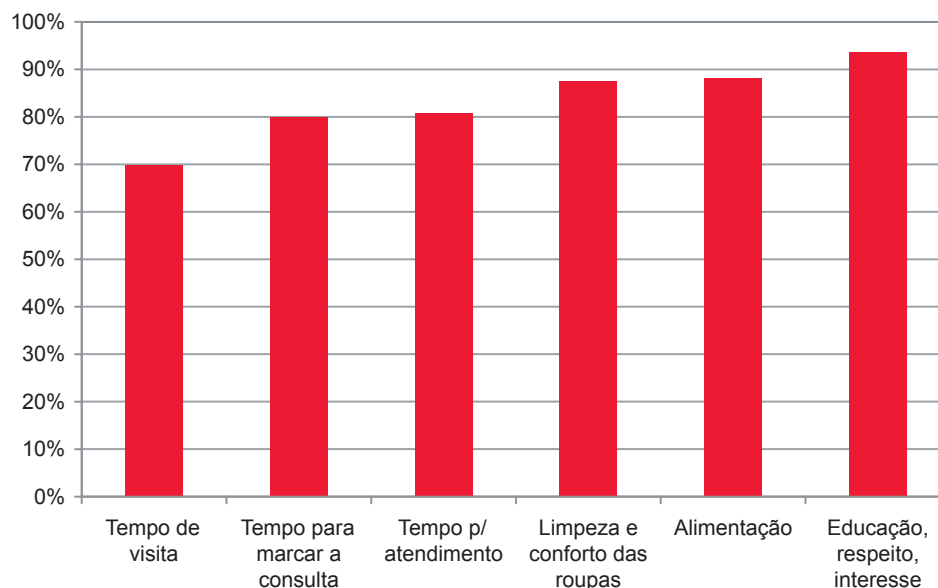


Figura 35: Expectativa em Relação ao Serviço
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



A questão mais abrangente do instrumento pergunta ao usuário: você considera que este estabelecimento é:

- a) Melhor do que imaginava;
- b) Igual ao que imaginava;
- c) Pior do que imaginava;
- d) Não imaginava.

Analisando as respostas por região (Figura 36), observa-se que nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sul os serviços superaram as expectativas para mais de 50% dos usuários. Os serviços da região Norte foram os que tiveram maior percentual de avaliações negativas (pior que a expectativa), numa proporção de 15,6%.

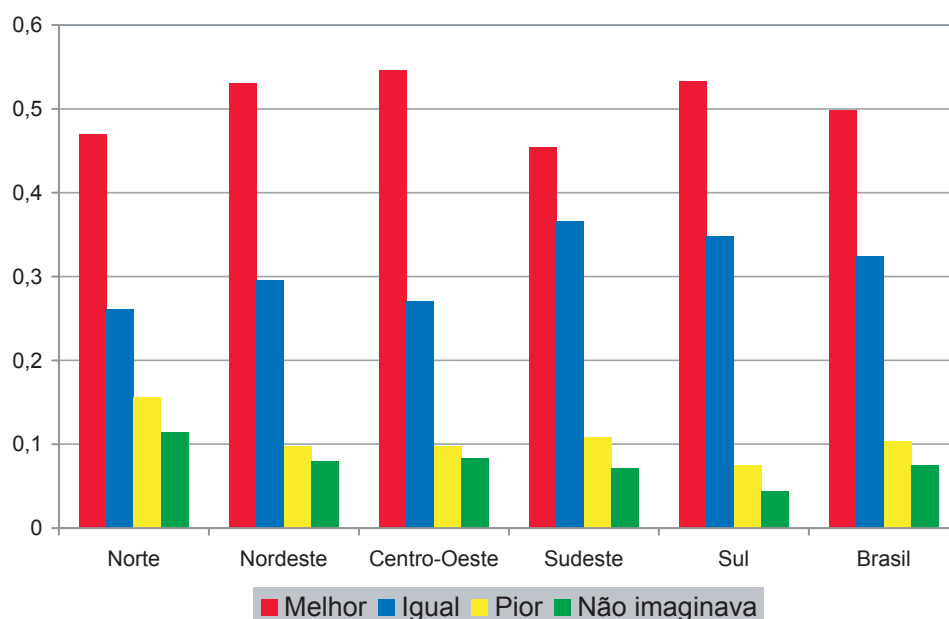


Figura 36: Expectativa em Relação ao Serviço por Região
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Considerando o percentual de aprovação dos Serviços (soma de “Melhor” e “Igual” à expectativa), verifica-se na Figura 37 que a região Sul apresenta o maior índice (88,2%), seguida pelas regiões Nordeste (82,6%), Sudeste (88,2%), Centro-Oeste (81,9%). A região Norte se destaca pelo baixo índice de aprovação (73,0%) em relação à média nacional (82,2%)

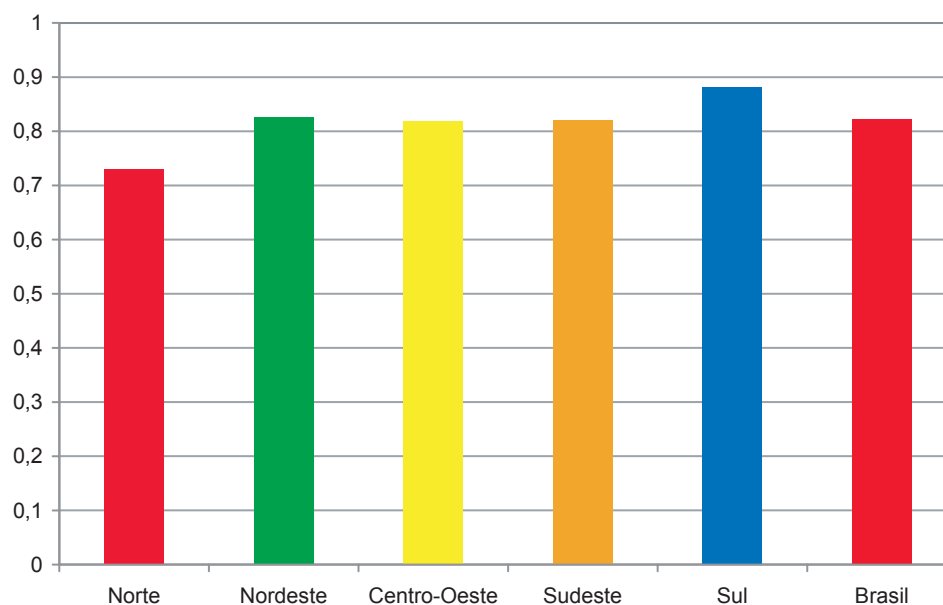
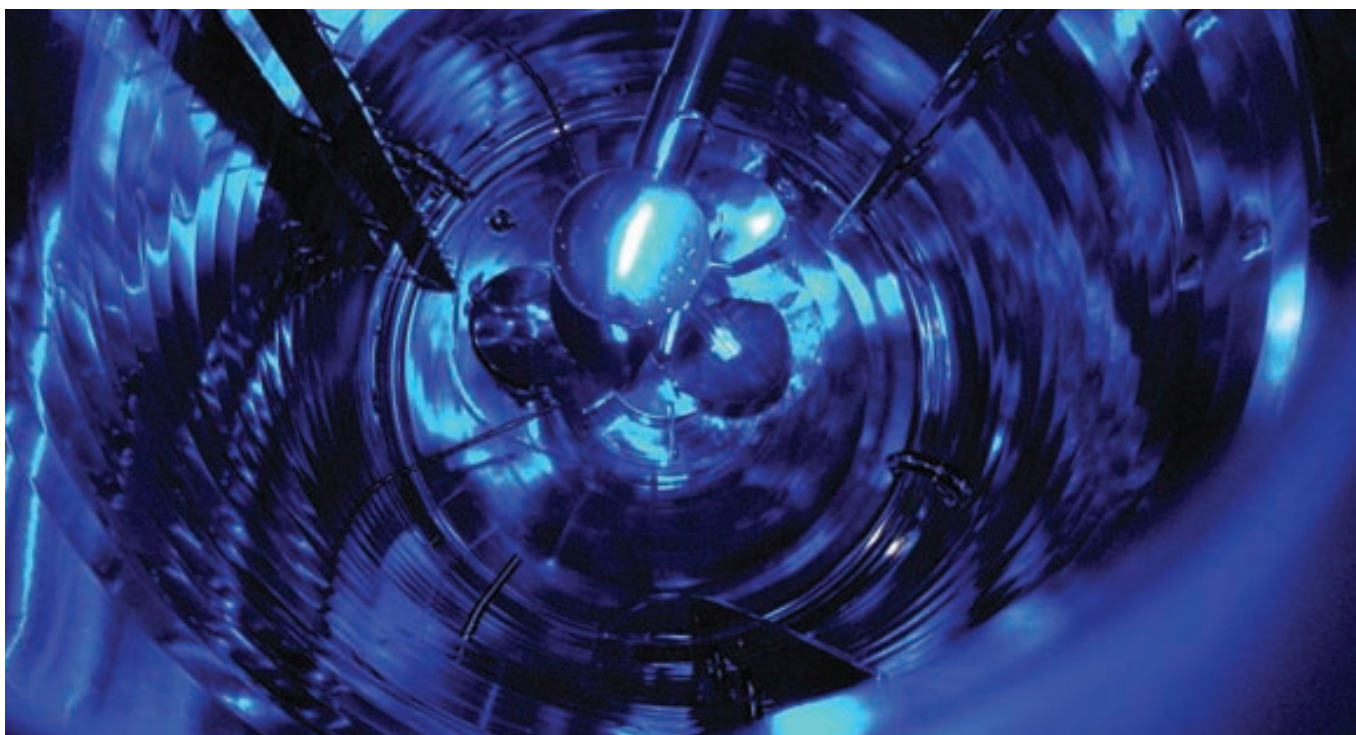


Figura 37: Expectativa Positiva em Relação ao Serviço

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



4.5 Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho

4.5.1 Amostra

Dos 105.206 questionários coletados na pesquisa das Condições e Relações de Trabalho foram analisados 79.147, referentes aos trabalhadores dos hospitais gerais avaliados. Destas, 41% foram respondidas na região Sudeste, 24% na região Nordeste, 18% na região Sul, 10% na região Centro-Oeste e 7% na região Norte.

As pesquisas encontram-se assim distribuídas:

- 73% eram do sexo feminino;
- 1,0% tinha até 19 anos de idade, 57,2%, entre 20 e 39 anos, 39,3%, entre 40 e 59 anos e 2,5%, 60 anos ou mais;
- 8% concluíram até a 8ª série, 50% possuíam o 2º grau e 42%, curso superior completo;
- 48% eram contratados pela CLT, 23% concursados, 11% autônomos, 12% temporários e 6% possuíam outros tipos de contrato;
- 26% eram Auxiliares Administrativos, 27% Médicos e 47% Profissionais de Enfermagem (Enfermeiros e Técnicos).

4.5.2 Resultados

O questionário desta pesquisa é composto por 12 questões que permitem cinco opções de resposta: Bom, Muito Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim. Foi considerado como índice de aprovação de cada item, o somatório das respostas obtidas nas categorias “Bom” e “Muito Bom”.





Na Figura 38 observa-se que o item de menor aprovação é o salário, considerado satisfatório por apenas 33,5% dos indivíduos. Em um segundo bloco está a Medicina do Trabalho (53%), o Conforto e Mobiliário (56%), e Materiais e Equipamentos (58%). O terceiro bloco de itens menos satisfatórios é o Dimensionamento das Equipes (62%), o Estímulo ao Trabalho (63%), a Valorização Profissional (63%), a Segurança (64%) e a Distribuição de Tarefas (68%). A Higiene do Ambiente e a Avaliação Global do Hospital obtiveram uma aprovação de 76 e 78% respectivamente, enquanto que a questão relativa ao Relacionamento com as Chefias foi considerada satisfatória por 87% dos indivíduos.

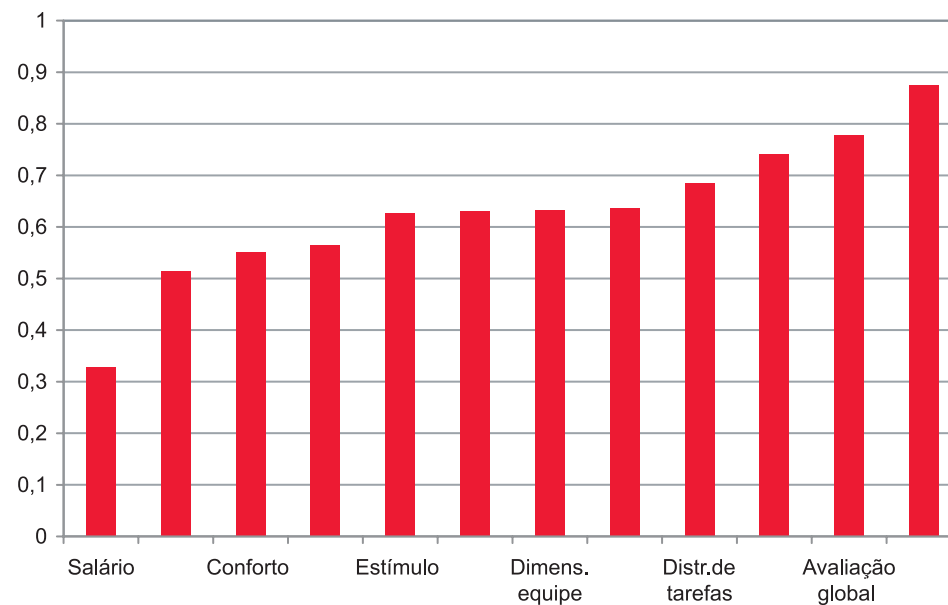


Figura 38: Satisfação do Trabalhador por Item Questionado
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006

Perguntados se utilizariam os serviços de seu hospital caso fosse necessário ou o indicariam para um amigo ou parente, 92% responderam afirmativamente, conforme demonstra a Figura 39.

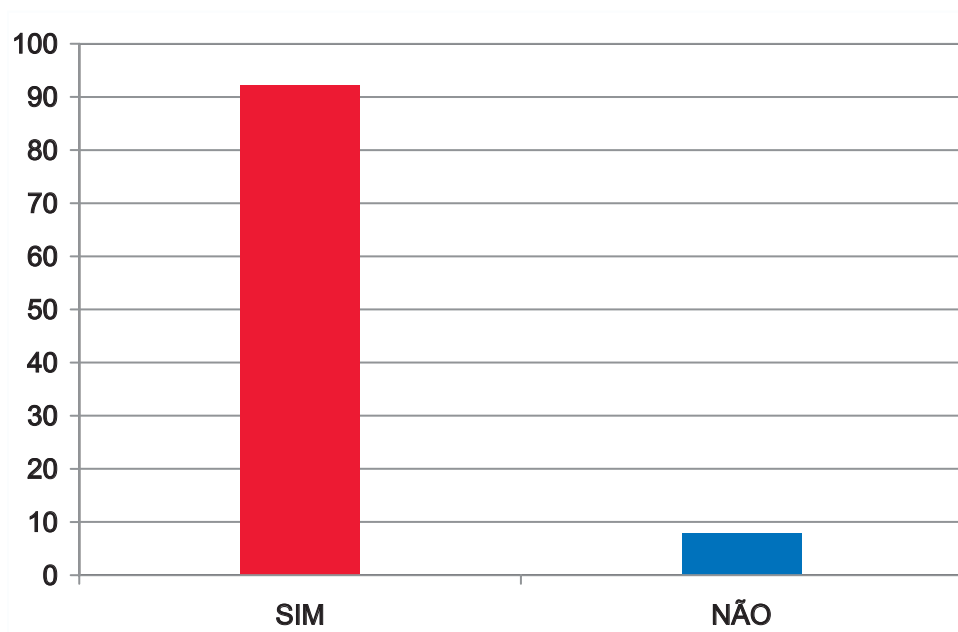
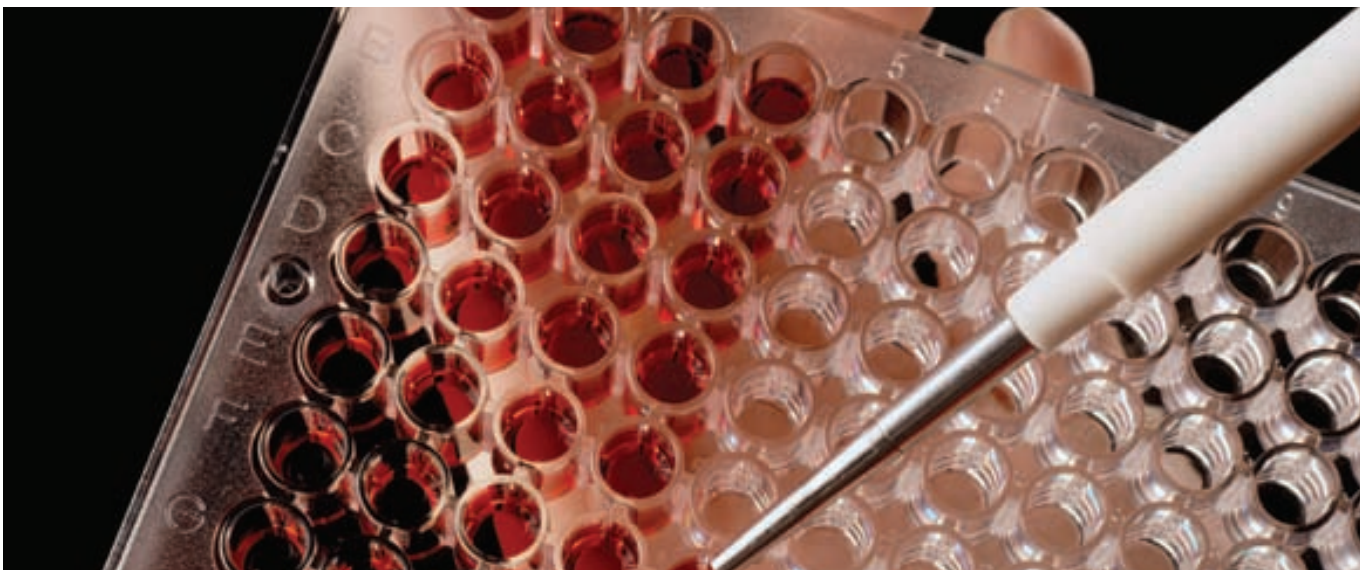


Figura 39: Distribuição das Respostas quanto a Utilização ou Indicação do Serviço
Fonte: SiPNASS – Outubro/2006





Na Figura 40 são apresentados os percentuais de aprovação (Avaliação Global = Bom + Muito Bom) e de respostas positivas à questão de indicação ou uso do hospital, distribuídos por Região. Em linhas gerais, observa-se que o percentual de trabalhadores satisfeitos com o hospital é menor do que os percentuais daqueles que usariam ou indicariam o mesmo, isto é, mesmo não considerando o hospital “Bom” ou “Muito Bom”, os profissionais responderam afirmativamente a questão relativa à indicação.

A região com o menor índice de aprovação e de indicação é a Norte (66% e 89%). A região Sul apresenta os melhores resultados da Indicação (95%) e da avaliação positiva (86%) e a menor diferença entre as respostas às duas questões.

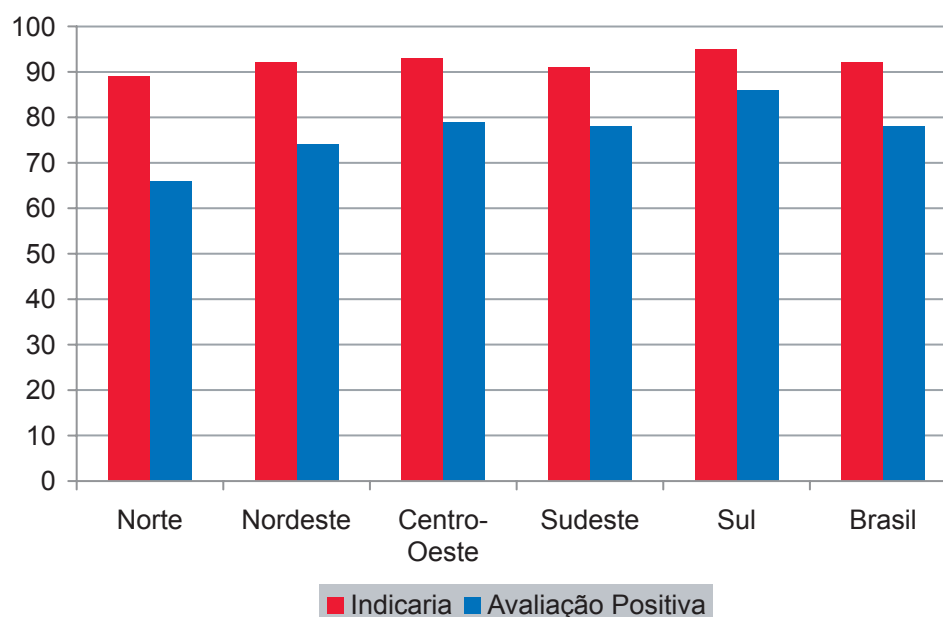


Figura 40: Comparativo entre a os Níveis de Indicação do Serviço e de Avaliação Positiva
 Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



Analisando por classe profissional (Figura 41), observa-se que os índices de aprovação são bastante elevados, que os médicos são os profissionais mais críticos em relação aos hospitais em que trabalham (89% indicariam ou usariam, 73% consideram “Bom” ou “Muito Bom”) e que os Administradores avaliam de forma mais positiva (94% e 83% respectivamente). Os profissionais de Enfermagem (técnicos + enfermeiros) se situam numa posição intermediária nesta avaliação (93% e 78%). Novamente se verifica uma discrepância entre a fração de profissionais que usariam ou indicariam o hospital e aquela dos que o avaliam positivamente (Bom e Muito Bom)

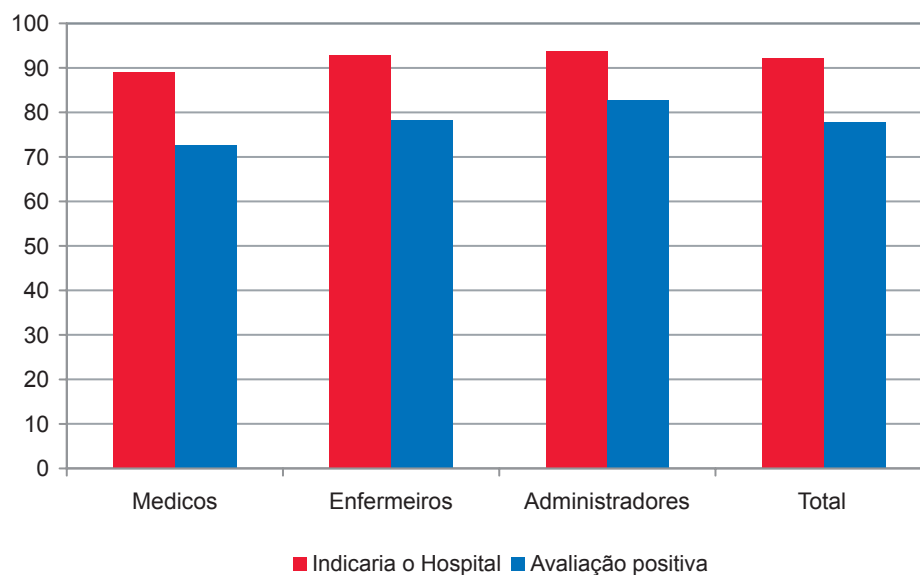
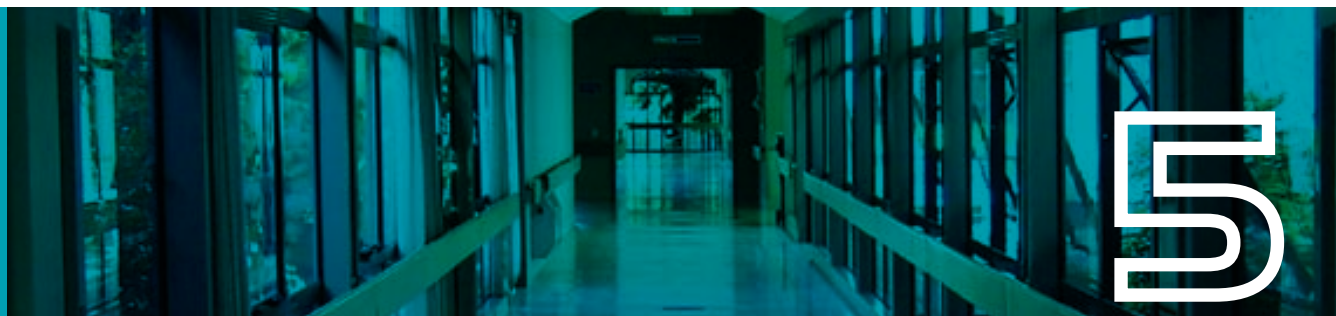


Figura 41: Comparativo entre a os Níveis de Indicação do Serviço e de Avaliação Positiva por Classe Profissional

Fonte: SiPNASS – Outubro/2006



5

PNASS

DISCUSSÃO



5. DISCUSSÃO

Os resultados da análise preliminar demonstram, em primeiro lugar, que os dados coletados nesta primeira aplicação do PNASS constituem uma base consistente, abrangente e de grande potencialidade para a obtenção de um diagnóstico preciso da situação dos hospitais brasileiros. Este diagnóstico pode subsidiar planos de ação adequados para a solução dos problemas a serem enfrentados e resolvidos.

Os 5.626 serviços de saúde visitados e os mais de 105.000 questionários de satisfação de usuários e de profissionais que compõem a amostra coletada, embora não tenha atingido a abrangência prevista, representam a mais completa pesquisa já publicada no país na área de saúde, tanto por sua abrangência geográfica quanto pela completude de seus quatro eixos avaliativos (Roteiro de Padrões, Pesquisa de Satisfação dos Usuários, Pesquisa das Condições e relações de Trabalho e Análise dos Indicadores).

Por outro lado, como não houve randomização de amostra, podem ter ocorrido vieses, como por exemplo, aplicação do PNASS nos piores serviços de saúde de um estado, ou vice-versa, ocasionando um falso desempenho médio dos serviços deste estado.

A grande variabilidade regional e estadual, tanto em relação ao número de estabelecimentos avaliados quanto aos resultados obtidos, expressa com clareza as diferenças estruturais, culturais e econômicas existentes no país.

A análise do atendimento, pelos hospitais, aos padrões e critérios do instrumento demonstra que os requisitos exigidos de serviços de mais alta complexidade são mais cumpridos, provavelmente por existir maior número de ações de políticas públicas, além de geralmente estes serviços pertencerem a hospitais de grande porte com melhores condições de garantir a qualidade. Destaca-se que, dos 10 padrões mais cumpridos entre os 132 padrões contemplados, 7 são da categoria dos Imprescindíveis, que são aqueles com maior nível de exigência legal. Na mesma lógica, 9 entre os 10 padrões menos cumpridos são da categoria Recomendados, que não possuem exigência legal normatizada.

Quanto aos 10 padrões Imprescindíveis menos cumpridos pelos hospitais (dos 44 existentes no instrumento), seis destes se referem à falta de pessoal qualificado para diferentes tarefas (enfermeiros em unidades cirúrgicas, ambulatórios e emergências, médicos na emergência em tempo integral, médico especialista em hemoterapia, profissional capacitado na área de higienização, falta de profissionais de nutrição registrados em conselho).

Quando se verifica que uma porcentagem significativa de hospitais não demonstraram o atendimento a nenhum dos seis padrões definidos para um determinado critério (por exemplo, 16% dos serviços de hemoterapia, 14% na atenção cirúrgica e 11% nos serviços ambulatoriais), pode-se supor que estes



hospitais representem um grave risco à saúde da população ou que, mais provavelmente, tenha ocorrido erro de aplicação por parte dos avaliadores e estes, na verdade, eram serviços inexistentes no hospital e o critério deveria ser considerado como Não Se Aplica.

Esta observação também pode indicar que os serviços de saúde podem estar cadastrados no CNES de maneira equivocada, ou seja, o serviço possuía uma determinada unidade previamente, a mesma deixou de existir por quaisquer motivos, mas o CNES não foi atualizado.

Por outro lado, observou-se, também, que muitos estabelecimentos de saúde estão cadastrados de maneira equivocada nesta base de dados (CNES). Este fato pode ser comprovado pelos Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em que, dos doze serviços elencados no país para a aplicação da avaliação, nenhum apresentava atividades de quimioterapia, radioterapia ou cirurgia oncológica. Por este fato, os CACONs não tiveram seus resultados analisados.

Os três grandes Blocos obtiveram um desempenho geral bastante semelhante, entre 52 e 55% de atendimento aos padrões. Por outro lado, o Bloco de Gestão Organizacional apresenta um desempenho melhor que os demais nos itens Imprescindíveis e pior nos itens Necessários e Recomendados. Este fato se deve, provavelmente, por serem os itens Imprescindíveis do Bloco de Gestão Organizacional mais regulamentados e fiscalizados por diversos órgãos, como Vigilância Sanitária, Conselhos de Classe, Gestão Municipal, Corpo de Bombeiro, dentre outros. Estes achados demonstram que as ações a serem propostas deverão abranger os hospitais em suas totalidades.

Pelo critério de pontuação adotado, a média do desempenho dos hospitais avaliados foi de 55%. Do conjunto de 3.815 hospitais, 21 atenderam a 100% dos padrões imprescindíveis e necessários, que estão descritos em normas e que, portanto deveriam ser atendidos integralmente por todos os serviços de saúde.

As análises do desempenho dos hospitais por porte e complexidade apontam, na verdade, para uma mesma conclusão: hospitais maiores e mais complexos demonstraram um melhor desempenho frente aos instrumentos de análise utilizados. Esta constatação aponta para a necessidade de repensar o atual modelo hospitalar brasileiro visto que, pela economia de escala, hospitais de maior porte serão geralmente melhores, em relação a recursos e processos.

Quanto ao desempenho dos hospitais de pequeno porte, o Ministério da Saúde já desenvolve ações como a Política para Hospitais de Pequeno Porte, elaborada em 2006, buscando a melhoria da qualidade da atenção nestes serviços.

As diferenças no desempenho das Unidades da Federação (UF) devem ser analisadas com cuidado, porque o número e a distribuição dos hospitais avaliados por porte e complexidade apresentam uma variabilidade muito grande. Quatro UF tiveram menos de 10 hospitais visitados (Amapá, Amazonas, Roraima e o Distrito Federal) enquanto em outras quatro este número foi superior a 300 (Bahia, Goiás, Minas Gerais e São Paulo).

As regiões Sul e Sudeste apresentam uma maior concentração destes hospitais mais complexos e de maior porte e, por conseqüência, apresentam um melhor desempenho que as demais. Da mesma forma, a distribuição dos hospitais em cinco grupos de desempenho corroborou os achados anteriores: a região Sudeste apresenta o maior percentual de hospitais no grupo 1 (30%). Considerando os hospitais do grupo 1 e 2 em conjunto, a região Sudeste apresenta o mesmo percentual da região Sul (52%). As demais regiões apresentam um desempenho inverso, isto é, cerca de 50% de seus hospitais se encontram nos dois grupos de pior desempenho (grupos 4 e 5).

Poderíamos acrescentar que os hospitais de maior porte estão mal distribuídos no país, o que prejudica o acesso da população a estes serviços. A revisão do modelo hospitalar brasileiro deve também repensar o acesso e a capilaridade dos serviços de saúde de maior porte e de melhor qualidade.

A análise dos indicadores de taxa de ocupação, mortalidade hospitalar e média de permanência, em conjunto com os demais instrumentos, permite avaliar (embora não se possa medir) a qualidade da assistência prestada pelos hospitais. Constata-se, por exemplo, que existe ociosidade de leitos em geral, embora se reconheça a carência de leitos especializados em hospitais de média e alta complexidade. Embora possa parecer contraditório, quanto maior a complexidade e cobertura dos hospitais, maiores são suas taxas de mortalidade e médias de permanência. Por esta razão, estes indicadores apresentam um melhor desempenho aparente na região Norte e são mais altos nas regiões Sudeste e Sul. Estes dados indicam que nestas duas últimas regiões, os pacientes hospitalizados morrem em uma proporção maior porque estavam em situação de saúde de gravidade e conseguiram assistência hospitalar, não morrendo desassistidos. Mesmo considerando esta interpretação, a taxa de mortalidade e a média de permanência observadas no Rio de Janeiro se destacam por seus altos valores e deverão ser melhor analisadas.

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários demonstra que a população, após conseguir o acesso a um serviço de saúde (especialmente a um hospital), avalia de forma bastante positiva os serviços recebidos. As maiores insatisfações dizem respeito ao tempo para a obtenção de um atendimento e ao tempo de espera dentro do hospital, além do tempo de visitas reduzido. A maior satisfação foi observada quanto ao acolhimento (94%), medido como a educação, respeito e interesse da equipe assistencial. As respostas positivas em relação ao atendimento das expectativas em relação ao hospital, distribuídas por região, apresentam uma distribuição regional semelhante à avaliação obtida pela pontuação do roteiro de padrões (maior no Sul e Sudeste, pior no Norte, Nordeste e Centro-Oeste), demonstrando que os usuários são capazes de reconhecer a qualidade dos estabelecimentos e dos serviços de saúde.

A Pesquisa das Condições e Relações de Trabalho, com uma amostra de mais de 79.000 trabalhadores, mostrou que a maior parte dos profissionais que atuam nos hospitais é do sexo feminino (73%) e jovem (58% até 39 anos de idade). O único item com índice de aprovação (Bom + Muito Bom) inferior a 50% foi o salário. A avaliação global do hospital foi satisfatória para 78% dos trabalhadores e o item de maior aprovação (87%) foi o relacionamento com as chefias. Este achado é completamente diferente de outras pesquisas de clima organizacional, demonstrando, talvez, uma particularidade da área da saúde, onde a relação entre chefes e subordinados é muito mais uma relação entre pares do que uma relação de subordinação burocrática. Este é um achado que deverá ser melhor explorado, por seu ineditismo.

Outra constatação interessante é a de que o percentual de trabalhadores que usariam ou indicariam o seu hospital é, em média, superior ao percentual de trabalhadores que avaliam globalmente este mesmo hospital de forma satisfatória. Os médicos (73% de aprovação) se mostraram mais exigentes do que os profissionais de enfermagem (78%) os quais, por sua vez, são mais exigentes do que os auxiliares administrativos (83%).

Assim como na Pesquisa de Satisfação de Usuários, a avaliação dos trabalhadores dos hospitais das regiões Sul e Sudeste são melhores do que a dos trabalhadores das demais regiões, demonstrando uma consistência entre os diferentes instrumentos utilizados (Roteiro, Indicadores e Pesquisas).

Concluindo, é importante enfatizar que os dados coletados pelo PNASS representam uma base de dados muito rica e de grande interesse, que deverão ser exploradas em maior detalhe para que possam realmente subsidiar o planejamento de ações necessárias para a área de assistência à saúde.



PNASS

6

**CONSIDERAÇÕES
FINAIS**



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta primeira avaliação do PNAISS atingiu a todos os objetivos propostos: propiciou a avaliação dos serviços de saúde do SUS em suas diferentes dimensões, alcançando uma abrangência adequada, fomentou uma cultura avaliativa dos gestores e dos estabelecimentos de saúde, trouxe subsídios importantes para a gestão do SUS, produziu conhecimento quantitativo e qualitativo sobre a rede de serviços, difundiu padrões de conformidade, incorporou indicadores, aferiu a percepção dos usuários e trabalhadores sobre a qualidade dos serviços, identificando pontos de melhoria.

Esta foi, certamente, a mais completa e abrangente avaliação dos serviços de saúde do país, tanto em termos geográficos como em relação ao conjunto de dimensões avaliadas. Sabe-se que “Qualidade Assistencial” é um conceito pouco objetivo e que não possui uma métrica possível. Para avaliá-la (e não medi-la) torna-se necessário um conjunto de instrumentos complementares, capaz de identificar tanto os aspectos relativos à estrutura, processos e resultados quanto àqueles relativos à percepção das pessoas que trabalham nos serviços de saúde e daquelas que necessitam utilizar estes serviços. O PNAISS conseguiu este conjunto.

Estes resultados são subsídios importantes para um correto e amplo diagnóstico dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais. A partir deste diagnóstico, várias oportunidades de melhoria podem ser identificadas, destacando-se a carência de recursos humanos e de sua qualificação e capacitação. As desigualdades regionais também deverão ser consideradas nos planos de ação a serem propostos, em consonância com os eixos norteadores da reforma de atenção hospitalar já definido (garantia de acesso, humanização, democratização da gestão, descentralização e regionalização) pelo Ministério da Saúde.

Como todo projeto de grande porte, após uma primeira aplicação cabe recomendar, antes da próxima avaliação:

- Melhorar os mecanismos de atualização do CNES;
- A revisão criteriosa dos instrumentos utilizados, visando assegurar o uso de uma nomenclatura mais objetiva e de redação mais clara para alguns critérios e padrões;
- A correção de alguns erros encontrados (exigência de Manual de Boas Práticas de Alimentação para o serviço de nutrição de estabelecimentos de saúde, como item Imprescindível, por exemplo);
- A revisão dos níveis de exigência de alguns padrões, buscando atenuar o caráter normativo do Roteiro de Padrões de Conformidade;
- A revisão dos itens e a padronização das respostas nos instrumentos de pesquisa de satisfação de usuários e de trabalhadores;
- O reforço na capacitação dos aplicadores para corrigir possíveis vieses de coleta de dados;
- A maior divulgação e cobrança do processo de auto-avaliação.

Como encaminhamentos finais sugere-se:

- Divulgar amplamente o PNAISS bem como os resultados da versão 2004/2006;
- Disponibilizar os resultados da versão 2004/2006 por meio do SiPNAISS;
- Manter o PNAISS como processo avaliativo periódico dos serviços de saúde do SUS;
- Revisar o Programa, realizando as correções necessárias;
- Utilizar as informações geradas pelo PNAISS como instrumento de gestão do SUS.

BIBLIOGRAFIA

PNASS



BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de março de 2005.

CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão Hospitalar**: Um desafio para o hospital brasileiro. Éditions École Nationale de la Santé Publique, 1995.

DONABEDIAN, A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? **American Journal of Public Health**, v.71, nº.4, p.409-412, 1981.

DONABEDIAN, A. The Epidemiology of Quality. **Inquiry**, v.22, nº.3, p.282-292, 1985.

DONABEDIAN, A. The Quality of Health: How can it be assured? **Journal of the American Medical Association**, v.260, nº.12, p.1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, 1990.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: how can it be assessed? **JAMA**, v.260, nº.12, p.1743-1748, 1988.

GASTAL, F.L. **Controle estatístico de processo**: um modelo para a avaliação da qualidade de serviços de internação psiquiátrica. Tese de Doutorado - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1995.

GRAHAM, N.O. **Quality assurance in hospitals**. United States of America: Aspen Publishers, 1990.

KLÜCK, M.K.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. **Definição de Indicadores para a gestão da qualidade assistencial**. Comunicações premiadas: Epistula ALASS (Revista da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde), nº.49, novembro 2002, p.10-12. Espanha.

KAZANDJIAN, V.; WOOD, P.; LAWTHERS, J. Balancing Science and practice in indicator development: the Maryland Hospital Association Quality Indicator (QI) Project. **International Journal for Quality in Health Care**, v.7, nº1, p.39-46, 1995.

NOVAES, H.M.; PAGANINI, J.M. **Garantia de qualidade**: Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe. OPAS/FLAH/FBH. Série Silos n. 13, 1992.

NOVAES, H.P. **Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e Caribe**. OPAS, 1992.

QUINTO NETO, A; GASTAL, F.L. **Acreditação Hospitalar**: Proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. IAHCS, 1997.

ROSEMBERG, S.N. Choosing the assessment method that meets your needs. In: GRAHAM, N., **Quality Assurance in Hospitals**. Rockville MA:Aspen Publishers, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Indicators Catalogue**. 1996.

ANEXO I
SERVICOS DE SAÚDE PREVISTOS PARA
AVALIAÇÃO POR CATEGORIZAÇÃO
PNASS / CNES

PNASS



ANEXO I

SERVICOS DE SAÚDE PREVISTOS PARA AVALIAÇÃO POR CATEGORIZAÇÃO PNAAS/CNES

Hospitais:

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, como atendimento prestado “01Internação” e em seu tipo de unidade “05Hospital Geral” ou “15Unidade Mista” ou “07Hospital Especializado”.

Hospitais Especializados com leitos obstétricos:

Serviços que tenham o convênio “01SUS” e em seu tipo de unidade “07Hospital Especializado” e que tenham como atendimento prestado “01Internação” e apresente leitos de obstetrícia: “10Obstetrícia” ou “43Obstetrícia”.

Ambulatórios de especialidade:

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, como atendimento prestado “02Ambulatorial” e em seu tipo de unidade “36Clínica especializada / ambulatório de especialidade” ou “04 Policlínica”, que não tenham os serviços especializados: “015 quimioterapia”, “017radioterapia”, “004 serviço de nefrologia” “014atenção psicossocial”, “007 farmácia”, “034 odontologia”, “030 programa de agentes comunitários de saúdepacs”, “031 programa de saúde da famíliapsf”, “050 residencial terapêutico em saúde mental”, “061 vigilância epidemiológica” e “062 vigilância sanitária”; serviços que tenham somente “018reabilitação” e/ou “008fisioterapia” e que também não tenham os serviços “19Centro de oncologia I”, “20 Centro de oncologia II”, “21 Centro de oncologia II”, “22Hemocentro coordenador”, “23Hemocentro regional”, “24 “Núcleo de hemoterapia”.

Serviços isolados de Oncologia:

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, como atendimento prestado “02–Ambulatorial” e em seu tipo de unidade “36Clínica especializada/ ambulatório de especialidade” ou “04 Policlínica” e que possuam os serviços de “015 quimioterapia” e/ou “017radioterapia”.

Serviços isolados de Nefrologia:

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, como atendimento prestado “02 Ambulatorial” e em seu tipo de unidade “36Clínica especializada/ ambulatório de especialidade” ou “04 Policlínica” e que possuam o serviço de “004 serviço de nefrologia”

Estabelecimentos que responderão o critério “10 - alimentação e nutrição”;

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, como atendimento prestado “01Internação” e se possuírem no cadastrado no CNES o serviço especializado “ 512suporte nutricional”ou qualquer um dos três serviços de apoio “05nutrição e dietética (s.n.d.)”, “06lactario”, “07banco de leite”.

Estabelecimentos que responderão o critério “11 – Serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT)”;

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “03SADT” ou se possuírem no cadastrado no CNES o serviço especializado “013 laboratório clinico (patologia clinica)”.

Estabelecimentos que responderão o critério “12 – Serviços de Hemoterapia”;

Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “03SADT” ou se possuírem no cadastrado no CNES o serviço especializado “010 Hemoterapia”.

Estabelecimentos que responderão o critério “14 – Atenção imediata – Urgência/Emergência”;
Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “04Urgência Emergência” ou se possuírem no cadastrado no CNES os serviços especializados “021 Emergência” ou “060 Urgência”.

Estabelecimentos que responderão o critério “15 - Atenção em regime ambulatorial de especialidades”;
Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “02 Ambulatorial”.

Estabelecimentos que responderão o critério “16 – Atenção em regime de internação”;
Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “01Internação”.

Estabelecimentos que responderão o critério “17 – Atenção em regime de terapia intensiva”;
Serviços que possuam em seu cadastro do CNES leitos dos tipos: “61UTI Adulto”, “62 UTI Infantil” ou “63 UTI Neonatal”.

Estabelecimentos que responderão o critério “18 – Atenção Cirúrgica e anestésica”;
Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “01Internação”.

Estabelecimentos que responderão o critério “19 – Atenção Materno Infantil”;
Serviços que tenham o convênio “01SUS”, e com o atendimento prestado “01Internação” e possuírem leitos dos tipos: “10Obstetrícia” ou “43 Obstetrícia”.

Estabelecimentos que responderão o critério “20 – Atenção Radioterápica”;
Serviços que tenham os serviços especializados “017 Radioterapia”.

Estabelecimentos que responderão o critério “21 – Atenção Quimioterápica”;
Serviços que tenham os serviços especializados “015 Quimioterapia”.

Estabelecimentos que responderão o critério “22 – Atenção ao renal crônico – Terapia renal substitutiva”;
Serviços que tenham os serviços especializados “004 Serviço de nefrologia”.