

ISSN 1983-5205

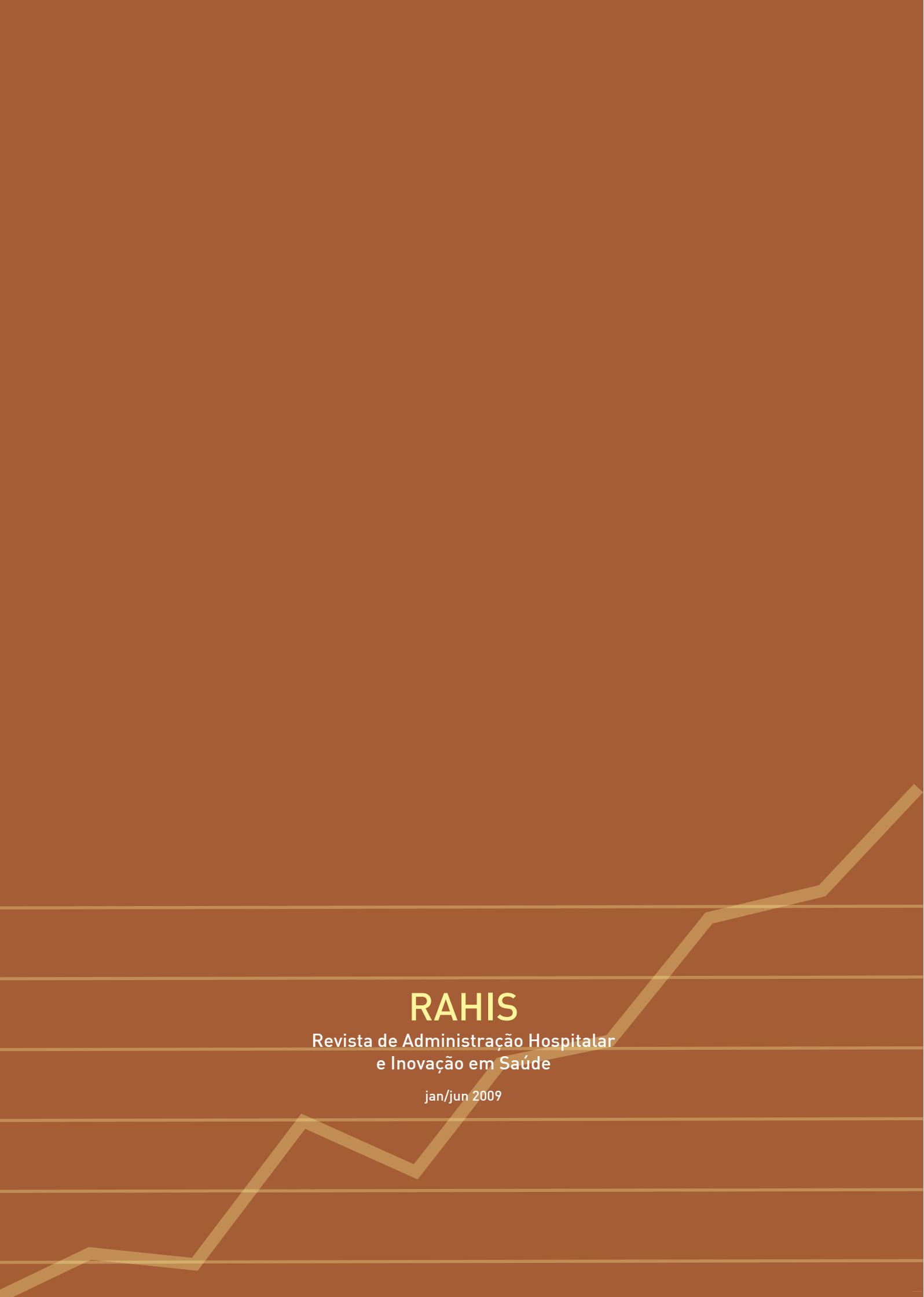
RAHIS

Revista de Administração
Hospitalar e Inovação em Saúde

Ano 1 - Nº 2 - jan/jun 2009



Faculdade de Ciências
Econômicas - Face UFMG
Associação de Hospitais
de Minas Gerais - AHMG



RAHIS

Revista de Administração Hospitalar
e Inovação em Saúde

jan/jun 2009

Expediente	4
Editorial	5
Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG	7
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG	8
Matérias	
<i>Programa Indicadores Hospitalares de Minas Gerais AHMG e UFMG – Nova ferramenta gráfica para análise de dados</i> Pedro Coelho Siqueira.....	22
<i>Combate a Dengue ganha reforço – Pacto de aliança une forças entre órgãos do estado e entidades de classe para promoverem ações conjuntas de combate a doença.</i> Fabiana Daher	40
Artigos	
<i>Aprimoramento do programa IHMG - novo rol de indicadores gerenciais</i> Gianni Brighenti Lara Stael Cristina Gonçalves Lasmar Gabrielle Xavier	9
<i>A Classificação de Risco como Linguagem da Rede de Urgência e Emergência</i> Welfane Cordeiro Júnior	23
<i>Avaliação da evolução dos valores pagos pelo SIH em Minas Gerais frente à inflação setorial da saúde no período de fevereiro de 1996 a maio de 2007</i> Helen Cristiny Teodoro Couto Juliana Ferreira Castro Bruno Pérez Ferreira.....	29
<i>Análise da permanência hospitalar do SUS para os diagnósticos mais comuns em Minas Gerais, entre Dezembro de 2007 e Dezembro de 2008.</i> Roberto K. A Maranhão Márcio Augusto Gonçalves Pedro Coelho Siqueira.....	42
<i>Levantamento da situação do processo de licenciamento ambiental do setor saúde em belo horizonte – MG -Brasil</i> Ilka S. Cintra Renata T. Miari.....	48

RAHIS

Revista de Administração Hospitalar
e Inovação em Saúde

ISSN 1983-5205

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG

Faculdade de Ciências Econômicas - Face
Departamento de Ciências Administrativas
Av. Antônio Carlos, 6627, FACE - sala 4.066
Campus Pampulha
CEP 31.270-401 - Belo Horizonte MG
Telefone: (31) 3409-7247
www.cepead.face.ufmg.br

ASSOCIAÇÃO DE HOSPITAIS DE MINAS GERAIS

Rua Carangola, 225 - Bairro Santo Antônio
CEP 30.330-240- Belo Horizonte MG
Fone: (31) 3326-8000 - Fax: (31) 3326-8024
www.ahmg.com.br
ahmg@ahmg.com.br

Programa Indicadores Hospitalares de Minas Gerais
Coordenadores: Márcio Augusto Gonçalves,
Gianni Brighenti Lara e Stael Cristina Gonçalves
Lasmar

PRODUÇÃO

Assessoria de Comunicação da AHMG

Coordenação: Fabiana Daher

Centro de Comunicação da UFMG - Cedecom

Coordenação: Marcilio Sabino Lana

Coordenação do Núcleo de Planejamento e

Criação Gráfica: Isabela Scarioli

Estagiária: Júnea Casagrande

Projeto e Editoração Gráfica: Rita da Glória

Corrêa e Romero Morais

Foto de capa: Foca Lisboa

Fotos: Foca Lisboa, Rita da Glória e
site www.sxc.hu

Impressão: Gráfica O Lutador

Tiragem: 1.000 exemplares

A reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação é permitida desde que seja citada a fonte e a finalidade não seja comercial. Os créditos deverão ser atribuídos aos respectivos autores. O conteúdo dos textos publicados são de inteira responsabilidade de seus autores.

CONSELHO EDITORIAL

Márcio Augusto Gonçalves, Ph.D. - Editor Geral
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Wagner Neder Issa, Esp.
Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG

Flávio Diniz Capanema, Dr.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Josiano Gomes Chaves, Dr.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Marcelo Bronzo Ladeira, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Dílson de Quadros Godinho Júnior, Esp.
Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG

Carlos Alberto Gonçalves, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Francisco Vidal Barbosa, Ph.D.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

José Luiz Fellet, Esp.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Márcio Bamberira, Esp.
Centro de Educação Tecnológica de Minas Gerais - CEFET

COMITÊ EDITORIAL CIENTÍFICO

Ronaldo Darwich Camilo, Dr.
Centro de Educação Tecnológica de Minas Gerais - CEFET

Ivan Beck Ckagnazaroff, Ph.D.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Márcia Mascarenhas Alemão, Esp.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Maurício Roberto Teixeira da Costa, Esp.
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG

Antonio Dias Pereira Filho, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Marlusa Gosling, Dra.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Antônio Artur de Souza, Ph.D.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Carlos Denner Santos Junior, Ph.D.
University of Southern Illinois USA

Stael Cristina Gonçalves Lasmar, Esp.
Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG

Ricardo Teixeira Veiga, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Gianni Brighenti Lara, Adm.
Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG

Antônio Del Maestro Filho, Dr.
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Jessé Alves Amâncio, Mestre
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Alexandre Teixeira Dias, Mestre
Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Luiz Antônio Antunes Teixeira, Dr.
Fundação Mineira de Educação e Cultura - FUMEC

Aluno participante do Programa

Pedro Coelho Siqueira
Estudante de Administração da UFMG

A AHMG em parceria com a Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG vem novamente, nessa edição da revista RAHIS abordar temas extremamente importantes e atuais para o setor hospitalar.

Classificação de risco num contexto de mudança cultural, análise epidemiologia da permanência em hospitais do SUS, uma visão do processo de licenciamento ambiental das instituições na capital, e outros artigos, incluindo-se ainda uma ampliação dos indicadores hospitalares do IHMG – Programa desenvolvido pela AHMG e UFMG desde 2006. Pontuamos nossa preocupação em retratar realidades que devem ser apresentadas aos interessados no setor.

Nos últimos dois anos apareceram diversas publicações sobre os sistemas atuais de saúde, no Brasil e fora dele, testemunhando uma crescente preocupação da sociedade e de Governos quanto a custos e viabilidade dos arranjos atualmente constituídos. Uns enfatizam as incongruências do sistema, outros a insatisfação crescente entre as partes interessadas e o baixo aproveitamento dos recursos disponíveis, e ainda há aqueles que sugerem uma ruptura com modelos atuais. O conhecimento das questões ligadas à gestão de saúde aumenta!

O momento exige mesmo um aprofundamento nesse campo, para que logo se tomem atitudes. Acreditamos que nossa situação é peculiar e exigira solução específica. Sabemos que no Brasil se gasta mal com a saúde, mas sabemos também que se investe pouco! O Brasil com o PIB atual de US\$ 9.700 per capita se coloca em uma posição de destaque quanto aos países de media renda, mas se encontra abaixo dos países considerados de alta renda, que apresentam um PIB per capita 2,5 a 4,5 vezes maiores. O investimento per capita com saúde, entretanto no Brasil e de 8 a 10 vezes menor, considerado como um todo, isto é, gastos do governo e privado. Se considerarmos apenas a parcela pela qual responde o setor público, esta diferença será de 8 a 17 vezes. Assim, em números absolutos per capita e, somando-se orçamento público e privado, se gasta quatro vezes menos no Brasil em comparação a Espanha e Grécia, onze vezes menos em comparação com os EUA, seis vezes menos que o Canadá e ficamos em desvantagem até em comparação com alguns países da América Latina! Nesses países o custo de vida excepcionalmente chega a ser o dobro comparado ao custo de vida nas grandes cidades brasileiras! Na Turquia, com o mesmo gasto per capita em saúde que o nosso, a contribuição do setor publico para o orçamento da saúde é o dobro em relação ao Brasil!

Pelo fato de termos poucos recursos, precisamos gastar bem cada centavo. O sistema atual, com elevado grau de descentralização, ausência de redes que aumentem a eficiência da gestão, tornam os hospitais vítimas e não causa-raiz do problema! Mudanças culturais se impõem: o cidadão deverá ser esclarecido quanto ao valor que representa um atendimento integrado e com qualidade,

por equipes treinadas e com oportunidade do manejo de um grande número de casos; Os políticos das municipalidades devem entender que é mais justo e honesto para com seus eleitores e concidadãos, transformar seu Hospital ineficiente, caro e de alto risco, em uma unidade eficiente de atenção primária, apoiada por um sistema integrado em rede que garantirá um atendimento de qualidade com menor custo. O setor público precisa aceitar o fato de que o desenvolvimento da saúde suplementar só faz aliviar a grande carga imposta por dispositivo constitucional aos cofres do governo, e tomar medidas que facilitem e façam prosperar a saúde suplementar. O setor privado tem que estar cênscio da natureza pública de sua atuação e trabalhar de forma conjunta, principalmente na vigência de catástrofes e epidemias.

Acreditamos que estamos no limiar de grandes transformações. Longe de estarmos atentos as experiências de outros países, precisamos conhecer bem nossa realidade e nossas dificuldades, o quanto custará nosso sistema após sua reorganização e otimização, para que o encaminhamento de soluções tenha maior chance de êxito e os objetivos quanto à qualidade sejam contemplados. Este esforço já está em marcha em Minas Gerais através do programa pro-hosp da Secretaria Estadual de Saúde e do movimento que se faz presentemente para a qualificação dos hospitais, em conjunto com a AHMG.

Este número da revista RAHIS, certamente contribui para ampliar nosso entendimento a esse respeito!

Wagner Neder Issa
Presidente da AHMG

A Associação de Hospitais de Minas Gerais – AHMG, foi fundada em 1956, sendo uma entidade de classe sem fins lucrativos cuja missão é fomentar a integração e o desenvolvimento do setor hospitalar no estado. Prestando assessoria técnica, jurídica e administrativa a todos os seus associados e, atualmente, cerca de 300 hospitais integram a entidade. Por meio de posicionamento proativo, a associação mantém seu foco na melhoria do setor de saúde de nossa sociedade.



Hoje, firmemente estabelecida como uma das melhores instituições de ensino superior do país, a UFMG persiste cumprindo seu papel fundamental que, ao longo desses anos, vem desempenhando com afinco, em um espaço que abriga saberes diversificados e aponta para avanços nas mais variadas esferas.

Permanece comprometida a conjugar a continuidade do trabalho até aqui desenvolvido com a exigência de acolher e motivar as transformações sempre necessárias para a geração e distribuição do conhecimento produzido na instituição.



Faculdade de Ciências Econômicas - Face/UFMG

APRIMORAMENTO DO PROGRAMA IHMG - NOVO ROL DE INDICADORES GERENCIAIS

Gianni Brighenti Lara
Stael Cristina Gonçalves Lasmar
Gabrielle Xavier

nucleotecnico@ahmg.com.br

RESUMO: O Programa Indicadores Hospitalares de Minas Gerais – IHMG parceria entre a Associação de Hospitais de Minas Gerais - AHMG e Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG busca, desde 2006, construir uma base de dados acerca dos hospitais representado pela AHMG e, a partir daí, elaborar, implementar, analisar e divulgar indicadores descritivos e gerenciais de forma estruturada e periódica. Um dos objetivos do uso de indicadores é melhorar a gestão e a qualidade da assistência ofertada, sendo os melhores resultados adotados como *benchmarking*. Hoje, com o desenvolvimento e consolidação do programa buscou-se neste trabalho atender as expectativas da AHMG e de seus filiados no que tange a utilização de indicadores hospitalares, por meio da proposição de um novo rol de indicadores baseados nos programas de gestão da qualidade: ONA – Organização Nacional de Acreditação e PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG. Este esforço para o aprimoramento do programa IHMG se justifica quando o contexto da saúde, tanto no âmbito Nacional quanto no estado de Minas Gerais, demonstra diversas ações voltadas à melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais, passando a exigir mais controle, visão e profissionalismos dos gestores hospitalares na arte de administrar.

PALAVRAS-CHAVES: Indicadores Hospitalares, Acreditação, Pro-Hosp, Avaliação de desempenho.

1. INTRODUÇÃO

O programa **IHMG - Indicadores Hospitalares de Minas Gerais** iniciado como um projeto piloto em 2006, a partir da parceria entre a AHMG - Associação de Hospitais de Minas Gerais e a UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais, busca construir uma base de dados acerca dos hospitais representados pela AHMG e, a partir daí, elaborar, implementar, analisar e divulgar indicadores descritivos e gerenciais de forma estruturada, periódica e permanente do setor hospitalar de Minas Gerais. Esta entidade, representativa do setor hospitalar de Minas Gerais, objetiva por meio do programa IHMG:

- Conscientizar, estimular e capacitar os hospitais para a utilização de indicadores como ferramenta gerencial
- Criar referenciais adequados objetivando a execução de análises comparativas e processos de melhorias.
- Estabelecer indicadores descritivos que caracterizem o setor saúde.
- Elaborar análises setoriais com base nos indicadores elaborados.
- Disponibilizar um banco de dados estruturado para subsidiar ações coletivas.
- Estabelecer *Benchmarks*.

Diversos estudos e trabalhos foram desenvolvidos com o mesmo intuito de ampliar o conhecimento e gerar informações importantes e essenciais para o desenvolvimento do setor hospitalar brasileiro. Dentre eles citamos o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) em âmbito nacional, o Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) no Rio Grande do Sul e o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROHASA) em São Paulo, além dos bancos de dados disponíveis pelas instituições oficiais: Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Ministério da Saúde (DATASUS). Os trabalhos listados anteriormente foram utilizados como *benchmarking* para o desenvolvimento do IHMG.

Em janeiro de 2007, com o intuito de melhorar o desempenho, agilidade, segurança e sobre tudo a confiabilidade das informações, foi implantado um sistema informatizado de coleta de dados via internet, o qual automatizou todo o processo de coleta, desenvolvimento dos indicadores e divulgações de informações, num processo dinâmico e de fácil manuseio.

Os indicadores trabalhados estão relacionados às áreas de: recursos humanos, disponibilidade hospitalar, infecção hospitalar, remuneração funcional e receita hospitalar, são eles:

1. Rotatividade de pessoal (*turnover*)
2. Taxa de absenteísmo
3. Relação enfermeiro / leito geral
4. Relação enfermeiro / leito em unidades de internação
5. Relação enfermeiro / leito em uti's (unidades de tratamento intensivo)
6. Relação enfermeiro / leito em utsi's (unidades de tratamento semi-intensivo)
7. Relação enfermeiro / leito em berçário patológico
8. Relação enfermeiro / leito em unidade coronariana
9. Relação enfermeiro / leito em hospital-dia
10. Relação enfermagem / leito geral
11. Relação enfermagem / leito em unidades de internação
12. Relação enfermagem / leito em uti's
13. Relação enfermagem / leito em utsi's
14. Relação enfermagem / leito em unidade coronariana
15. Relação enfermagem / leito em hospital-dia
16. Salário / hora (profissionais contratados em regime clt)
 - a) Enfermeiros
 - b) Pessoal de enfermagem
 - c) Médicos contratados
17. Taxa global de infecção hospitalar
18. Distribuição de leitos
19. Internação por tipo de leito
20. Taxa de ocupação geral
21. Tempo médio de permanência
22. Rotatividade de leitos
23. Índice de intervalo de substituição do leito
24. Composição dos gastos hospitalares
 - a) Pessoal
 - b) Tributos
 - c) Prestadores de serviços
 - d) Insumos para assistência
 - e) Despesas gerais
25. Investimentos
 - a) Total - edificações/instalações
 - b) Total - equipamentos/maquinários/tecnologias
26. Composição da receita por fonte pagadora
 - a) Total - sus
 - b) Total - convênios
 - c) Total - particulares
 - d) Total - outras receitas operacionais
27. Composição da receita por atendimento prestado
 - a) Total - internação
 - b) Total - atendimento externo

Hoje, com o desenvolvimento e consolidação do programa, os objetivos nesta segunda etapa de aprimoramento do IHMG são os seguintes: 1) Rever o grupo inicial de indicadores mensurados dentro do programa, 2) Aprimorar as ferramentas para análise e divulgação dos indicadores, 3) Aumentar a adesão dos associados ao programa. Sendo o primeiro objetivo destacado, o foco deste trabalho.

O programa contempla ainda uma terceira etapa que consiste na elaboração de estratégias de ação setorial pró-ativas com base na análise das tendências dos indicadores e a promoção de eventos com vistas a fomentar a gestão pela qualidade nos hospitais.

Neste contexto, o objetivo geral deste trabalho foi buscar alternativas para atender as expectativas dos filiados da AHMG no que tange a utilização de indicadores hospitalares, com foco na gestão da qualidade e voltados para a atividade de *benchmarking*. Sendo, portanto, proposto um novo grupo de indicadores baseados nos programas de gestão da qualidade: ONA – Organização Nacional de Acreditação e PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Um dos fatores catalisador da criação e uso de indicadores é a atual crise no setor saúde, que estimulou um crescimento no uso de medidas de desempenho para melhorar a alocação dos recursos. As organizações de saúde sejam elas públicas ou privadas têm buscado ferramentas que forneçam informações relevantes para um processo de tomada de decisão baseado em evidências e não em intuição (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Angeloni (2003) *apud* Leite; Junior (2008), afirma que no processo de tomada de decisão, é indispensável ter todos os dados pertinentes disponíveis, de forma a serem analisados mediante uma diversidade de perspectivas diferentes, porque normalmente estes dados estão fragmentados em diversos pontos da empresa.

Pode-se observar também que a valorização da utilização de indicadores assistenciais no monitoramento do desempenho dos sistemas de serviços de saúde cresceu de forma significativa nas últimas décadas. A expansão do Sistema Único de Saúde/SUS e do Sistema de Saúde Suplementar, e as formas de gestão adotadas estimularam o uso de indicadores na avaliação do desempenho, qualidade e segurança nos hospitais (SCHOUT; NOVAES, 2007).

Conforme o Ministério da Saúde, 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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

Para Donabedian (1993) *apud* Vicentine; Inocente (2007), a qualidade coloca-se como construção de um modelo normativo para avaliar os serviços de saúde, capaz de monitorar e induzir um balanço cada vez mais favorável entre benefícios e riscos. A qualidade da atenção à saúde se define como um arranjo ideal de um vasto conjunto de elementos presentes na estrutura, no processo e no resultado.

Se não bastasse, a crise de credibilidade hoje associada à área de saúde, em função principalmente da acentuada decadência dos hospitais diante de uma política extremamente irregular, fez surgir os processos de gestão pela qualidade como um instrumento em torno dos quais as instituições poderão ser reestruturadas para fazer face às reais necessidades de saúde do país (BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

Em um setor como o da saúde, em que os recursos não são abundantes, a variável custo torna-se extremamente importante, pois somente a sua contenção permitirá atender o maior número de pessoas, além das implicações na qualidade. Os processos, através dos programas e serviços, necessitam ser avaliados e controlados quanto à sua efetividade, eficácia, eficiência, produção, produtividade, qualidade e quanto à prevenção e redução da morbimortalidade, além da imagem que apresenta aos usuários ou clientes. (BITTAR, 2000)

2.1. CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Apesar do uso de indicadores ter-se expandido em todas as áreas de aplicação, os conceitos e princípios sobre os quais são fundamentados não parecem ser do conhecimento da maioria das pessoas que os utilizam. Muitas vezes, os indicadores são empregados empiricamente e sem qualquer evidência científica. (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

A seguir algumas definições básicas e princípios relevantes são apresentados do uso de indicadores na gestão hospitalar, objetivando um alinhamento conceitual.

a) DADOS

Para Angeloni (2003), dados são elementos brutos, sem significado, desvinculados da realidade.

Dados são sinais que não foram processados, correlacionados, integrados, avaliados ou interpretados de qualquer forma (MORESI, 2000).

No entendimento de Naffah Filho; Cecílio (2006) os dados são uma expressão isolada e estática da informação.

Contudo, Davenport (1998) *apud* Angeloni (2003) ressalta que os dados constituem a matéria-prima da informação.

b) INFORMAÇÃO

Angeloni (2003) define informação sendo os dados com significado.

A informação, ao contrário dos dados, é obtida através de complexo processo de correção, agregação, organização e análise (NAFFAH FILHO; CECÍLIO, 2006).

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. (OPAS, 2002)

Para Bittar (2008), informações são imprescindíveis para a administração de qualquer empresa, principalmente quando transformadas em indicadores que se presta a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como estabelecer metas a serem alcançadas para o bem estar da população.

O papel da informação já está bem ressaltado no âmbito da gestão dos serviços/sistemas de saúde. Comente se fala em informação estratégica para a gestão, que seja capaz de apoiar as tomadas de decisão e nesse sentido procura-se abranger diferentes dimensões de avaliação e qualidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b, p 7).

E conforme Chaumier (1986) *apud* Moresi (2000) a informação tem duas finalidades: para conhecimento dos ambientes interno e externo de uma organização e para atuação nestes ambientes.

c) CONHECIMENTO

O conceito de conhecimento possui um sentido mais complexo que o de informação. Pois, é um processo de compreender e internalizar as informações recebidas, possivelmente combinando-as de forma a gerar mais conhecimento (GONÇALVES, 1995 *apud* ANGELONI, 2003).

Angeloni (2003) acrescenta que o valor agregado à informação depende dos conhecimentos anteriores dos indivíduos.

Para Moresi (2000), o conhecimento é obtido pela interpretação e integração de vários dados e informações para iniciar a construção de um quadro de situação. É por meio do conhecimento que aqueles que assessoram as decisões buscam uma compreensão mais efetiva da situação problema.

Assmann (2000) salienta que a produção de dados não estruturados não conduz automaticamente à criação de informação, da mesma forma que nem toda a informação é sinônimo de conhecimento. Tanto os dados como as informações são comparáveis às matérias-primas que as organizações transformam em bens.

d) COMUNICAÇÃO

A palavra comunicação vem do latim Cummunis que significa comunhão: "tornar comum, estabelecer comunhão por meio do intercâmbio de informações" (CAMARINHA, 2006, p 164).

Para Angeloni (2003), o processo de comunicação é uma seqüência de acontecimentos no qual dados, informações e conhecimentos são transmitidos de um emissor para um receptor.

Moraes (2006) afirma que a comunicação se trata de um elemento estratégico para a gestão social da saúde e da qualidade de vida da população e que as novas tecnologias, as redes e os processos informacionais são algumas das condições do dia-a-dia que provocam encantamento, articulações, mudanças sociais, relacionais e produtivas. Mas, também provoca preocupações pelas suas possibilidades e efeitos.



Araújo (2000) *apud* Moraes (2006, p.63), demonstra que “comunicação e saúde são construções históricas que anunciam e viabilizam campos de lutas institucionais, científicas, assistenciais e discursivas”.

e) INDICADORES

Segundo a ONA (2006a), indicador é qualquer dado quantitativo representativo de um determinado volume de dados numéricos que apresentam alguma característica que permita sua inter-relação (agrupamento). Estes indicadores permitem por intermédio de análise estatística obter-se informações concisas, específicas e eficazes, subsídios imprescindíveis para as tomadas racionais de decisão.

Indicadores podem ser entendidos como representações quantitativas de resultados, situação ou ocorrências, constituindo-se em poderosa ferramenta gerencial para o monitoramento, a mensuração e avaliação da qualidade e produtividade (DUARTE; FERREIRA, 2006).

Para Pontes; Da Silva; Allevato (2008), a evolução das metodologias de gestão pela qualidade foi acompanhada de uma crescente necessidade de coletar, tabular e analisar dados a fim de identificar desvios e racionalizar processos.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – pode variar em função da disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas (OPAS, 2002).

Conforme Carro; Escrivão (2003) os indicadores precisam ser simples e, principalmente, éticos. A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde podem ser asseguradas pela aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo.

Soárez; Padovan; Ciconelli (2005) comungam também desta opinião quando afirmam que na escolha dos indicadores é de extrema importância o conhecimento do referencial teórico, sobre o qual eles estão fundamentados, a determinação dos critérios a serem empregados na seleção e a presença de uma explicação clara de como os mesmos foram calculados.

Para Maletta (2000), bons indicadores são aqueles aplicados na prática, que geram informações, são confiáveis e suscitam reflexões.

f) INDICADORES HOSPITALARES

A OPAS (2002) afirma que os indicadores em saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde.

Os indicadores são importantes porque expressam e documentam fatos e fenômenos em ambientes complexos, como o da saúde. Eles contribuem para o aprendizado organizacional e fazem diferença no alcance dos objetivos estratégicos da empresa (SINDHOSP, 2007).

Para Martins; Travassos; Noronha (2001), a análise comparativa de indicadores de resultado dos cuidados de saúde constitui importante instrumento para o monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços, sobretudo daqueles que prestam cuidado hospitalar.

No entendimento do Ministério da Saúde (2006b), para o acompanhamento, avaliação e monitoramento de objetivos e metas alcançadas são utilizados indicadores que reflitam o alcance (ou não) dessas metas, indicadores esses que podem significar/representar os processos instalados e/ou produtos obtidos.

Hoje, com o avanço da informática e o desenvolvimento dos sistemas hospitalares, a disponibilidade de um conjunto de informações e dados estratificados para a construção de indicadores vem aumentando significativamente. (DUARTE; FERREIRA, 2006)



Assim, de acordo com Nepote (2008) é preciso sair do empírico e passar a mensurar os fatos, medir resultados e multiplicar o conhecimento e aprendizados, pois deste modo, torna-se possível a discussão baseada em indicadores reais.

g) BENCHMARKING

Para Novaes (2007), *Benchmarking* é um processo sistemático e contínuo de avaliação de produtos, serviços e procedimentos das empresas com o propósito do aprimoramento organizacional.

Segundo Mello (1998) *apud* ONA (2006a) significa a atividade estruturada para comparar produtos, processos, suas características, níveis e tendências dos indicadores, com outros.

A análise comparativa de indicadores de resultado dos cuidados de saúde constitui importante instrumento para o monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços, sobretudo daqueles que prestam cuidado hospitalar (MARTINS; TRAVASSOS; NORONHA, 2001).

Um sistema contínuo e sistemático de avaliação de produtos, serviços, processos, procedimentos, rotinas de uma maneira geral, estabelecendo sempre um patamar superior de resultados a serem buscados (ONA, 2006a).

Entre algumas das atitudes básicas, propostas por Bittar (2000), e que são necessárias para a obtenção de bons resultados dentro dos programas de qualidade consta a utilização do *benchmarking* tanto interna como externamente para comparação de processos e resultados. Bittar (2008) reforça que *Benchmarking* pode ser entendido como o ato de comparar sistematicamente informações, proporcionando uma forma metodológica para alertar os responsáveis pelas instituições a sua posição no mercado, as ocorrências de eventos e sinais normais e anormais nos programas e serviços técnicos e administrativos, bem como presta contas à sociedade, acionistas e proprietários dos resultados organizacionais por eles esperados.

Os benefícios apontados pela ONA (2006a) para utilização do *benchmarking* são: introdução de novos conceitos de avaliação; melhor conhecimento da própria organização; melhor conhecimento dos principais concorrentes e do nível competitivo existente; aprender com os melhores; indicação de prioridades para as ações de melhoria; fixar objetivos e metas mais viáveis e realistas; atingir novos patamares de desempenho; desenvolvimento de uma cultura mais aberta ao exterior e à avaliação.

h) ACREDITAÇÃO

Bittar (2000) distingue o termo Certificação do termo Acreditação:

Certificação é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminada e a Acreditação é um processo de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos (BITTAR, 2000, p 70).

A acreditação hospitalar é um processo voluntário que visa introduzir as instituições prestadoras de serviços de assistência à saúde a cultura da qualidade, analisando e atestando o grau de qualidade alcançado pela instituição, a partir de normas e padrões de qualidade previamente definidos (ICHINOSE; ALMEIDA, 2001 *apud* VICENTINE; INOCENTE, 2007).

Covello (2008) afirma que acreditação constitui-se no mais antigo e divulgado processo de avaliação externa de serviços de saúde e sua crescente popularidade, tem resultado na conscientização geral das questões da avaliação e melhoria da qualidade na área da saúde.

Para La Forgia; Couttolenc (2009) acreditação é um processo formal por meio do qual normalmente uma organização não-governamental (ONG) avalia um serviço de saúde e verifica se ele cumpre critérios aplicáveis, predeterminados e publicados.

Segundo Van Ostenberg; Rooney et al (1999) *apud* Vicentine; Inocente (2007), um dos pontos mais positivos da acreditação é o fato de que ela apóia esforços contínuos de melhorias por meio de consultas e de educação, além da avaliação, em vez de preconizar uma metodologia de inspeção e punição.

2.2. OS PROGRAMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE: ONA E PRO-HOSP

A qualidade na prestação de serviços em saúde é uma preocupação antiga. Têm-se como exemplo a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde no ano de 1854, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Sua participação na guerra da Criméia foi impressionante. Seis meses após sua chegada ao Hospital Scutari,

as taxas de mortalidade recuaram de 42,7% para 2,2% , com os rígidos padrões sanitários e de cuidados de enfermagem por ela estabelecidos (NOGUEIRA, 1996 *apud* BALSANELLI; JERICÓ, 2005).

a) ONA

Em agosto de 1999 foi constituída juridicamente no Brasil a Organização Nacional de Acreditação – ONA. Em abril de 2001 o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 538, reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de Acreditação Hospitalar e de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde no país, a ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, em 2002, também reconhece as competências da ONA por meio da Resolução RE nº 921(ONA, 2006a).

A ONA oferece o sistema de acreditação mais reconhecido e implementado no Brasil. O Sistema foi desenvolvido a partir de iniciativas regionais e contou com o apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Conforme a ONA (2006b), os padrões são definidos em três níveis de complexidade e com princípios orientadores específicos. O Nível 1 é segurança, do Nível 2 segurança e organização e do Nível 3 segurança, organização e práticas de gestão e qualidade.

Nível 1 - Padrão: Atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a sua atividade conforme legislação correspondente; identifica riscos específicos e os gerencia com foco na segurança. Itens de Orientação: responsabilidade técnica conforme legislação; corpo funcional, habilitado ou capacitado, dimensionado adequadamente às necessidades do serviço; condições operacionais que atendam aos requisitos de segurança para o cliente (interno e externo); identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, ocupacionais e relacionados à responsabilidade civil, infecções e biossegurança.

Nível 2 - Padrão: Gerencia os processos e suas interações sistemicamente; estabelece sistemática de medição e avaliação dos processos; possui programa de educação e treinamento continuado, voltado para a melhoria de processos. Itens de Orientação: identificação, definição, padronização e documentação dos processos; identificação de fornecedores e clientes e sua interação sistêmica; estabelecimento dos procedimentos; documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada; definição de indicadores para os processos identificados; medição e avaliação dos resultados de processos; programa de educação e treinamento continuado, com evidências de melhoria e impacto nos processos; grupos de trabalho para a melhoria de processos e interação institucional.

Nível 3 - Padrão: Utiliza perspectivas de medição organizacional, alinhadas às estratégias e correlacionadas aos indicadores de desempenho dos processos; dispõe de sistemática de comparações com referenciais externos pertinentes, bem como evidências de tendência favorável para os indicadores; apresenta inovações e melhorias implementadas, decorrentes do processo de análise crítica. Itens de Orientação: define as perspectivas básicas de sustentação da organização (inovação e desenvolvimento, pessoas, clientes, processos, financeira e sociedade); sistema de indicadores de desempenho focalizando as perspectivas básicas, com informações íntegras e atualizadas, incluindo informações de referenciais externos pertinentes; estabelecimento de uma relação de causa e efeito entre os indicadores, onde os resultados de um influenciam os demais, bem como permitem a análise crítica do desempenho e a tomada de decisão; análise de tendência com apresentação de um conjunto de pelo menos três resultados consecutivos; análises críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria e inovações; identificação de oportunidades de melhoria de desempenho através do processo contínuo de comparação com outras práticas organizacionais com evidências de resultados positivos; sistemas de planejamento e melhoria contínua em termos de estrutura, novas tecnologias, atualização técnico-profissional e procedimentos. ONA (2006b, p. 21-22)

No entendimento de Covello (2008) a acreditação pode ser utilizada como metodologia e forma de proteção pública dos cidadãos, pois cada vez mais as atividades de acreditação e o uso de medidas de desempenho serão utilizados para a tomada de decisões pelas instituições de saúde, pelos compradores de serviço e pelos pacientes.

b) PRO-HOSP

De acordo com Minas Gerais (2007), o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) foi implantado em maio de 2003, por meio da Resolução SES nº. 82 de 16 de maio de 2003, e desde então se transformou em uma das mais importantes ações programáticas do governo estadual no âmbito da assistência hospitalar. O Programa tem como propósito consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais, por meio de um termo de compromisso de gestão celebrado entre a Secretaria de Estado de Saúde, os hospitais participantes e os gestores locais.

Ao implementar ações destinadas à melhoria da qualidade do atendimento dos hospitais da rede SUS no estado de Minas Gerais, por intermédio do estabelecimento de metas, o Pro-Hosp contribui para o desenvolvimento de um parque hospitalar no estado, socialmente necessário e capaz de operar com eficiência, de prestar serviços de qualidade que atendam às necessidades e demandas da população, de preencher vazios assistenciais, e inserir-se em redes integrais de atenção à saúde. (Minas Gerais, 2007)

Para La Forgia; Couttolenc (2009) o programa é apoiado por uma estratégia de educação em gestão hospitalar.

O que pode ser comprovado pelo Plano Estadual de Saúde 2008-2011 que além do PRO-HOSP está proposto um Programa de Gestão da Qualidade, o qual a AHMG participa como entidade parceira e que engloba três eixos: o programa de desenvolvimento de recursos humanos, o diagnóstico organizacional com base na metodologia ONA e o Prêmio de qualidade *Célio de Castro* que visa reconhecer as melhores práticas de gestão pela qualidade nas organizações hospitalares que prestam assistências aos usuários do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2008).

3. METODOLOGIA

O estudo foi caracterizado como descritivo e ficou delimitado aos hospitais filiados à AHMG que se encontram distribuídos em todo o Estado de Minas Gerais.

A metodologia foi baseada nos critérios de Sampieri; Collado; Lucio (2006), na qual para elaboração do marco teórico e proposição do novo rol de indicadores utilizou-se de fontes de informações: primárias, secundárias e terciárias. Foram realizadas sessões com grupos de discussão, definida como a técnica na qual reúne um grupo de pessoas e trabalha com eles, em relação às variáveis, às categorias, aos fatos ou aos temas objeto de pesquisa e a análise dos dados foi realizada sobre a matriz de dados – Microsoft Excel de maneira estatística descritiva.

Foi feito inicialmente um trabalho comparativo descritivo entre o atual rol de indicadores do IHMG e os indicadores monitorados pelos hospitais dentro do programa PRO-HOSP e ONA, também foram realizadas as primeiras 5 (cinco) sessões com os grupos de discussão.

Os grupos de discussão foram compostos pelos coordenadores do programa IHMG, a equipe de assessores técnicos da AHMG e UFMG e também alguns colaboradores dos hospitais associados.

Em seguida, foi feita a compilação do conjunto de indicadores proposto com suas respectivas definições, variáveis que os compõem, fórmulas e unidades de medidas.

Posteriormente, a proposta do novo grupo de indicadores foi apresentada aos filiados participantes do programa IHMG por meio eletrônico, no mês de janeiro de 2009, para ser avaliada.

Após a avaliação e validação dos hospitais foram realizadas as duas últimas sessões para fechamento do trabalho.

4. RESULTADOS E PROPOSTA DO NOVO ROL DE INDICADORES

Associou-se a revisão do atual rol de indicadores IHMG aos programas de qualidade ONA e PRO-HOSP porque do ponto de vista estratégico os participantes poderão usufruir destas novas medidas de desempenho nos seus processos de tomadas de decisão e planejamento hospitalar, tendo visto que o emprego de indicadores está sendo utilizado também pelos compradores de serviço e pelos pacientes/clientes que buscam conhecer e reconhecer as melhores práticas de gestão.

Outra prerrogativa da AHMG está demonstrada na tabela abaixo, os dados foram levantados por meio do site da ONA e do sistema CRM (*Customer Relationship Management*) da Associação de Hospitais de Minas Gerais, no mês de novembro de 2008:

Tabela 1: Proporção de filiados AHMG participantes dos programas, 2008

Categorias	Hospitais em MG	Filiados AHMG	%
Participantes do PRO-HOSP	124	55	44%
Acreditados ONA	12	11	92%
Em processo de acreditação ONA pela primeira vez	17	13	76%

Tabela elaborada pelas autoras

Trabalhou-se com a amostra de 124 hospitais pro-hosp porque no período analisado oito municípios pertencentes aos pólos microrregiões do Estado aguardavam a definição do hospital que seria contemplado com o programa PRO-HOSP na sua região.

Assim, com base nesta amostra, dos 66 hospitais filiados à AHMG e que participam do PRO-HOSP e/ou ONA apenas 12% estão participando do programa IHMG. Portanto, o alinhamento do IHMG aos programas ONA e PRO-HOSP, que são os programas de qualidade mais difundidos dentro do setor hospitalar mineiro, poderá fazer do IHMG um programa mais atrativo para os hospitais, tornando a perspectiva de ampliação da adesão dos mesmos ao programa mais latente.

Como a disponibilidade de indicadores hospitalares relevantes, consistentes e sistematizados gera o conhecimento necessário para a tomada de decisão dos gestores hospitalares e contribui para o aprendizado organizacional dos hospitais, a composição final do novo rol de indicadores do programa IHMG, ficou assim definida conforme relação abaixo:

Recursos Humanos

- Rotatividade de pessoal (*turnover*)
- Taxa de absenteísmo
- Taxa de acidentes de trabalho
- Horas homem treinado
- Salário / hora (profissionais contratados em regime CLT)
 - o Enfermeiros,
 - o Pessoal de enfermagem,
 - o Médicos.

Disponibilidade Funcional

- Relação enfermeiro / leito geral
- Relação enfermeiro / leito em unidades de internação
- Relação enfermeiro / leito em uti's
- Relação enfermeiro / leito em utsi's
- Relação enfermeiro / leito em berçário patológico
- Relação enfermeiro / leito em unidade coronariana
- Relação enfermeiro / leito em hospital-dia
- Relação enfermagem / leito geral
- Relação enfermagem / leito em unidades de internação
- Relação enfermagem / leito em uti's
- Relação enfermagem / leito em utsi's
- Relação enfermagem / leito em unidade coronariana
- Relação enfermagem / leito em hospital-dia



Disponibilidade Hospitalar

- Distribuição de leitos
 - o UTSI
 - o UTI
 - o Hospital-dia
 - o Enfermaria
 - o Apartamento

Desempenho/Resultado Hospitalar

- Internação por tipo de leito
- Taxa de ocupação geral
- Tempo médio de permanência
- Rotatividade de leitos
- Índice de intervalo de substituição do leito
- Exames complementares realizados por internação
- Produtividade por sala cirúrgica
- Taxa de cirurgias sem programação prévia
- Taxa de cirurgias suspensas
- Taxa de cesáreas
- Taxa de infecção hospitalar por sítio
- Taxa de reinternação
- Taxa de mortalidade
 - o Mortalidade geral
 - o Mortalidade institucional
 - o Mortalidade materna
 - o Mortalidade neonatal
 - o Mortalidade infantil
- Taxa de consultas no pronto socorro ou pronto atendimento que geram internações.

Econômico-financeiro

- Composição dos gastos hospitalares
 - o Pessoal
 - o Treinamento de pessoal
 - o Tributos
 - o Prestadores de serviços
 - o Insumos para assistência
 - o Despesas gerais
- Investimentos
 - o Edificações/instalações
 - o Equipamentos/maquinários/tecnologias
- Composição da receita por fonte pagadora
 - o SUS
 - o Convênios
 - o Particulares
 - o Outras receitas operacionais
- Composição da receita por atendimento prestado
 - o Internação
 - o Atendimento externo

5. SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de indicadores não soluciona todos os problemas da prestação de serviços no campo da saúde, entretanto, trata-se de uma valiosa ferramenta de gestão para balizar as tomadas de decisões do administrador hospitalar.

E como os indicadores precisam ser úteis principalmente para orientar as ações do decisor, seja no nível organizacional – estratégico, tático ou operacional, este grupo organizado de indicadores proposto tem como finalidade ampliar a perspectiva de aprendizado organizacional dos hospitais participantes do programa, por meio do instrumento de *benchmarking*, sem a pretensão de contemplar todas as necessidades do conjunto.

Este esforço para o aprimoramento do programa de Indicadores Hospitalares de Minas Gerais se justifica quando o contexto da saúde, tanto no âmbito Nacional quanto no Estado de Minas Gerais, demonstra diversas ações voltadas à melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais, passando a exigir mais controle, visão e profissionalismos dos gestores hospitalares na arte de administrar.

Sugere-se ainda futuros trabalhos para formulação de indicadores de meio ambiente, para monitoramento dos impactos ambientais gerados pelas instituições hospitalares.

Uma nova versão do manual do programa IHMG deverá ser preparada, e um treinamento concedido aos profissionais dos hospitais que são responsáveis pela coleta e preenchimentos dos dados no site do programa.

O impacto da introdução deste novo rol de indicadores deverá ser avaliado após um ano de implantação completa do mesmo.

É oportuno também salientar que a construção de um banco de dados com a inclusão destes novos indicadores possibilitará futuras estratificações dos mesmos como, por exemplo: por maternidades, hospitais PRO-HOSP e hospitais acreditados ONA o que permitirá maior comparabilidade entre os vários serviços ofertados no Estado de Minas Gerais.

Por fim, a ampliação do rol de indicadores do IHMG, com base nos programa de gestão da qualidade mais difundidos dentro do setor hospitalar mineiro, poderá tornar o programa IHMG mais atrativo para os hospitais e uma resposta ao anseio da AHMG de buscar expandir a pesquisa para um grupo representativo de hospitais no Estado de Minas Gerais.

REFERÊNCIAS

- AHMG. **Indicadores Hospitalares de Minas Gerais**. Disponível: <http://www.ahmg.com.br/index.asp?Metodo=Indicadores>. Acesso em: 25 jun. 2008.
- AHMG. **Manual de Descrições dos Indicadores.doc**. Belo Horizonte, versão julho de 2007. 1 arquivo (117 kbytes). CD-ROM.
- AHMG. **Manual de Alimentação do banco de dados via internet.doc** Belo Horizonte, versão julho de 2007. 1 arquivo (347 kbytes). CD-ROM.
- ANGELONI, Maria Terezinha. Elementos Intervenientes na Tomada de Decisão. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 17-22, jan./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v32n1/15969.pdf>. Acesso em: 25 jul2008.
- ASSMANN, Hugo. A metamorfose do aprender na sociedade da informação. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 29, n. 2, Aug. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010019652000000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dec. 2008. doi: 10.1590/S0100-19652000000200002.
- BALSANELLI, Alexandre Pazetto, JERICÓ, Marli de Carvalho. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta Paul Enferm.** 2005;18(4):397-402
- BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS – Vol. 10, nº 40, Edição especial**, p. 87-93, jul-set, 2008.
- BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 46, n. 1, março 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302000000100011&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 21 dic. 2008. doi: 10.1590/S0104-42302000000100011.
- CAMARINHA, Daniela. Comunicação com o Mercado. **Revista Laes & Haes**, Ano 27, nº 162, Agosto/Setembro, p. 164-165, 2006.

- COVELLO, Rubens José. A gestão da qualidade na área da saúde. **Rev. Eletrônica Saúde Business**. Publicação em: 22/08/2008. Disponível em: <http://www.saudebusinessweb.com.br/noticias/index.asp?cod=50754>
- DUARTE, Ivomar Gomes; FERREIRA, Deborah Pimenta. Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. **RAS** _ Vol. 8, No 31 – Abr-Jun, p. 63-70, 2006. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS31_uso%20de%20indicadores.pdf. Acesso em: 03 de nov 2008.
- CARRO, Adriana Rosa Linhares ; ESCRIVÃO JUNIOR, Á. Indicadores hospitalares: um estudo exploratório no hospital das clínicas da FM-USP 2002. In: **VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2003, Brasília. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro : Abrasco, 2003. v. 8. p. 58-58.
- LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.
- LEITE, César Eduardo; JUNIOR, Daudt Vitório. A utilização de ferramenta estatística na tomada de decisão gerencial. **IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão - Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras**, Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008. Disponível: http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0079_0370.pdf. Acesso: 03 de nov 2008.
- MALETTA, C.H.M. **Bioestatística e Saúde Pública**. Belo Horizonte: Editora Independente, 2000.
- MARTINS, Mônica; TRAVASSOS, Claudia; NORONHA, José Carvalho de. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. **Rev Saúde Pública** 2001;35(2):185-192. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. 3ª versão preliminar, p. 104-115, 2008.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Pro-Hosp. Manual do programa de fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp). Belo Horizonte, março, 2007. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/pro-hosp-1/manual-pro-hosp.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília, dezembro de 2006a. Disponível em: http://pnass.datasus.gov.br/documentos/relatorio_pnass_impresao.pdf. Acesso em: 05 jun 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
- MORAES, Nilson Alves. **Comunicação, sentidos e saúde**. Coletânea de Comunicação e Informação em Saúde para o exercício do Controle Social. MS/CNS. Série F, Brasília – DF, p. 61-66, 2006.
- MORESI, Eduardo Amadeu Dutra. Delineando o valor do sistema de informação de uma organização. **Ci. Inf.**, Brasília, v. 29, n. 1, Apr. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010019652000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Dec. 2008. doi: 10.1590/S0100-19652000000100002.
- NAFFAH FILHO, M.; CECÍLIO, M. A. M. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **A Política Estadual de Informação de Saúde: um debate necessário**. Documentos Técnicos, p.71-78, 16/11/2006. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estudos_analises/politica_estadual_de_informacao%5Bmichel_e_monica%5D.pdf
- NEPOTE, Maria Helena Aoki. Análise do desempenho das atividades no centro cirúrgico através de indicadores quantitativos e qualitativos. **RAS** – Vol. 10, nº 40, Edição especial, p. 103-112, jul-set, 2008.
- NOVAES, Humberto Moraes. O processo de acreditação dos serviços de saúde. **RAS** _ Vol. 9, No 37 – Out-Dez, 2007. Disponível em: http://www.cqh.org.br/files/RAS37_%20processo.pdf. Acesso em: 03 nov 2008.
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Introdução aos Indicadores de Desempenho - Treinamento por EAD. GASTAL, Fábio Leite; ROESSLER, Ione Fuhrmeister; BINZ, Mário Arthur Rockenbach. Mar. 2006a. Disponível em: www.ona.org.br.
- ONA. Organização Nacional de Acreditação. Normas para o Processo de Avaliação - Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços. Versão 7. Data de Revisão: mar. 2006b. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/acreditacao/manuais/index.asp>.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 1ª Edição, Brasília, 2002.

- PONTES, André Teixeira; DA SILVA, Ronaldo Ferreira; ALLEVATO, Rita de Cássia Garcia; PINTO, Marco Aurélio Cabral. A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares. **IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão - Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras**, Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008. Disponível: http://www.latec.uff.br/cneg/documentos/anais_cneg4/T7_0071_0329.pdf. Acesso: 03 nov 2008.
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de Pesquisa**. 3 edição. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
- SCHOUT, Denise and NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciênc. saúde coletiva**, July/Aug. 2007, vol.12, no.4, p.935-944. ISSN 1413-8123.
- SINDHOSP**. Jornal do Sindhosp. Ano XXIV, nº 272, Dezembro / 2007. Disponível em: <http://www.sindhosp.com.br/jornal/pdf/jornal_dezembro07.pdf>. Acesso em: 06 mai 2008.
- SOÁREZ, Patrícia C.; PADOVAN, Jorge L.; CICONELLI, Rozana M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS** _ Vol. 7, No 27 – Abr-Jun, 2005. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS27_indicadores.pdf>. Acesso em: 22 mai 2008.
- VICENTINI, Jordana Mendes; INOCENTE, Nancy Julieta. A influência da cultura no processo de acreditação nas organizações de saúde. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, da Univap (XI INIC/ VII EPG)**. p. 2725-2728, 2007. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/INIC_07/trabalhos/sociais/epg/EPG00231_02O.pdf. Acesso em: 21 dez 2008.

**Programa Indicadores Hospitalares de Minas Gerais
AHMG e UFMG
Nova ferramenta gráfica para análise de dados**

Com o passar do tempo e o acúmulo de informações no banco de dados do programa IHMG, a equipe técnica da UFMG avaliou e vem propor melhorias na forma de apresentação dos indicadores.

Hoje, a visualização dos indicadores está no formato de tabela numérica, e as tabelas fornecem os números, mas os números não necessariamente são a forma mais eficiente de demonstrar e analisar informações. Outro aspecto importante a ser trabalhado é a dificuldade de comparações entre o hospital participante e o grupo de referência.

Dentro dessa perspectiva a equipe técnica da UFMG assumiu o compromisso de desenvolver uma ferramenta gráfica de base genérica na qual os indicadores poderão ser visualizados de maneira mais agradável e facilitará a comparação dos indicadores. A nova ferramenta será mais um acessório facilitador para os participantes do programa.

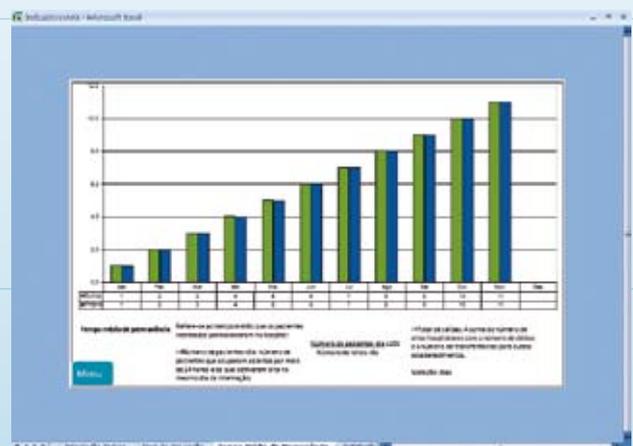
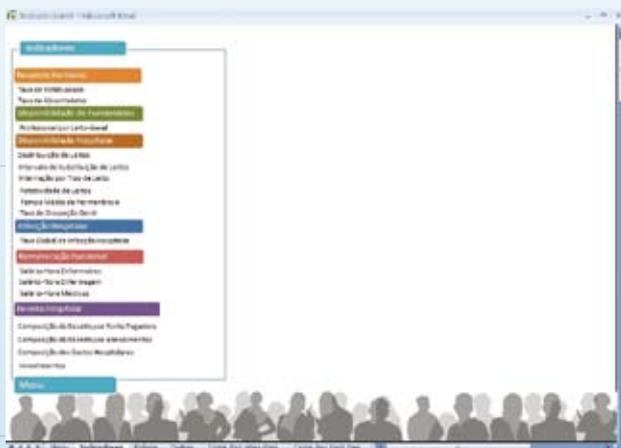
Já foi desenvolvida uma ferramenta como projeto piloto, baseado em planilhas de excel. Optou-se pelo Excel por ser um programa de fácil

acesso. Trabalhou-se uma forma de vincular os gráficos às tabelas variáveis que trabalham sempre com informações dos últimos doze meses. Utilizou-se os dados do campo “Próprio” e “Mediana”, primeiramente para que fossem geradas comparações do indivíduo (Hospital) com a mediana do grupo de referência (demais participantes do IHMG), e decidiu-se pela mediana porque é um tipo de informação estatística que está menos sujeita a outliers.

Essa ferramenta será distribuída gratuitamente aos participantes do programa, e sua primeira fase termina com o lançamento desta edição da RAHIS. A segunda fase cujas propostas para aprimoramento são a de criar uma maneira de alimentação automática via interface com o sistema gerencial do hospital para evitar a necessidade de digitação de um por um dos campos para alimentação do banco de dados e o de criar um sistema de previsões baseado em regressões que utilize a serie história para dar indicações do que está por vir nos próximos meses. Essa é uma ferramenta ainda em fase de construção, mas que com tempo e sugestões dos usuários pode ser de grande valia para os filiados da AHMG.

Pedro Coelho Siqueira

pcontravento@hotmail.com



A classificação de risco como linguagem da rede de urgência e emergência

Welfane Cordeiro Júnior

urgencia@saude.mag.gov.br

welcj@uai.com.br

RESUMO

Um sistema integrado de atenção às urgências atual deve ter como bases estruturais:

- 1) Um sistema de classificação de risco único;
- 2) Fluxos pactuados e bem estabelecidos internamente nos pronto-socorros e externamente em todos os pontos de atenção e logística do sistema;
- 3) Comando único de um complexo regulador;
- 4) Qualificação adequada das equipes, de acordo com a responsabilidade da instituição que se estrutura com base em economia de escala e acesso na resposta da rede. A economia de escala é na área da saúde diretamente proporcional à qualidade da resposta.

Ou seja, o paciente certo, no local certo, no tempo certo é a receita adequada para se salvar vidas e também eficientizar o uso dos recursos.

Palavras chaves: redes, triagem, urgência e emergência

No final da década de 80, quando nascia constitucionalmente o SUS, alguns dos países que já haviam universalizado seus sistemas de saúde como o Canadá e o Reino Unido, iniciaram o que foi chamado pelos estudiosos de sistemas de saúde de terceira geração de reformas sanitárias, que propunham uma radical inversão do modelo de atenção à saúde, aprofundando a tendência de reforço do primeiro nível de atenção, como sustentação de uma estratégia que redefiniria a vinculação dos pacientes no sistema, não mais nos locais de atenção de pacientes agudos, como os hospitais e sim num acompanhamento horizontal e de longo prazo por parte, principalmente, de uma equipe multidisciplinar no primeiro nível de atenção. Paralelamente, no início da década de 90 ocorre a maior revolução tecnológica da história da humanidade, com a expansão assustadora de um meio de comunicação que forçou e tem forçado um rearranjo de todas as formas de organizações humanas: a internet. O sociólogo Manuel Castells, que escreveu a trilogia "A Era da Informação" durante a década de 90, aponta no primeiro livro ("A sociedade em rede") que o choque que o advento da internet provocou, mudou, praticamente, todas as formas econômicas de produção e relações da sociedade, causando uma transformação irreversível dos modos convencionais de inserção cultural, econômica e social no mundo. Castells postula que daqui pra frente (estamos em plena transição) é praticamente impossível em qualquer ramo da atividade humana não nos organizarmos em rede. Mas a transição é dolorosa para a maioria da sociedade. Nosso olhar ainda é totalmente estabelecido por um modelo cultural nascido há mais de 300 anos e que se tornou vitorioso sobre a obscuridade religiosa da idade média e é também o grande responsável pela evolução tecnológica da humanidade. Este modelo, que alguns chamam de mecanicista em decorrência das metáforas elaboradas pelos grandes cientistas da época, como Isaac Newton, que enxergavam o universo como uma máquina perfeita e previsível, baseou-se em 3 grandes princípios:

- 1) ordem: o universo é ordenado e previsível e o acaso deve ser descartado. Laplace, o Newton francês, postulava que um demônio que conhecesse as leis do universo poderia prever todas as ações do futuro.
- 2) separação: para estudar um fenômeno é preciso separá-lo de seu meio. As disciplinas também teriam que ser separadas. O observador do fenômeno, naturalmente, também é separado deste.

3) Razão: A obediência às regras clássicas, não apenas da dedução e indução, mas também dos princípios da contradição, da identidade e do terceiro excluído.

Este modelo levou-nos a grandes avanços tecnológicos e sociais derivando dele toda a estrutura política, social e econômica que vivenciamos no último século. Ocorre que final do século XIX e no início do século XX começam a surgir estudos sobre os quais a base clássica da ciência é impotente para dar explicações. O exemplo mais conhecido é o da mecânica quântica, na física. O universo não seria tão ordenado como se supunha e a incerteza é uma variável importante.

Os estudos que possibilitaram o surgimento da ecologia no meio do século passado têm dificultado a utilização do princípio clássico da separação. É o fim da inocência da ciência clássica, e da compreensão dos fenômenos naturais separando-os de seu contexto, ou seja, sem levar em conta as conexões entre os fenômenos. E por fim, a razão que é um belo instrumento para determinadas situações, limita-se a alguns contextos como nos mostra a frase de Tarski: "Nenhum sistema dispõe de meios suficientes para se explicar a si próprio". Freud e a psicanálise mostraram-nos o quanto as variáveis irracionais eram importantes.

E o que isso tem a ver com nosso texto?

Observem que no momento em que começamos a ter que trabalhar em redes, ou seja conectados uns aos outros, toda a base teórica de nossa formação é limitante. Somos ainda formados e organizados socialmente em um modelo que não consegue lidar com conexões.

O educador e filósofo francês Edgard Morin que coordenou uma reforma no modelo de educação em seu país propõe que nos preparemos e ensinemos as pessoas a lidar com a "complexidade", que hoje tem sido a palavra que sintetiza toda esta revolução, neste novo modelo científico.

De fato e voltando ao nosso tema, a discussão de redes na área de saúde é antiga, mas, de 10 anos para cá o tema tem crescido de forma exponencial na literatura. O que tem pressionado os gestores de sistemas de saúde à discussão de redes é, principalmente, uma mudança no perfil demográfico da população do planeta, que tem envelhecido. O que se observa principalmente nos países de primeiro mundo é que as doenças infecciosas que representavam, epidemiologicamente, a principal causa de morte no início do século XX, já estão relativamente controladas. Eu digo relativamente, exatamente porque na nossa dificuldade de lidar com problemas sistêmicos, temos também dificuldade de enxergarmos a natureza cíclica destes problemas, uma característica fundamental da complexidade. Há sempre um retorno possível de alguns destes problemas que na nossa vã ingenuidade postulamos ter superado de forma definitiva.

O fato é que as pessoas hoje vivem mais, mas, também, têm mais propensão ao desenvolvimento de doenças crônicas, como o diabetes, as doenças cardiovasculares e o câncer. O modelo de organização dos sistemas de saúde atual não responde adequadamente a estas doenças, pois, são focados em estruturas separadas e com predominância das de maior tecnologia mecânica, numa herança da metáfora da ciência clássica. O resultado final deste modelo tem sido desastroso. Uma das manifestações deste desastre é o excesso de pessoas nas portas de atendimento de urgências. Este é hoje o maior sintoma de um grave problema que os sistemas de saúde no mundo vivenciam: um modelo equivocado baseado em premissas extemporâneas. A solução para este problema não é pontual ou local, mas sistêmica. As pessoas que se espremem para tentar entrar num pronto socorro apresentam, em 90% das vezes, agudizações de problemas crônicos. Este problema não é privilégio nosso. Como dissemos no início do artigo, a tentativa dos países de primeiro mundo de inverter o modelo de seu sistema de saúde na década de 90, coincide com o surgimento dos primeiros protocolos de triagem de urgência sistematizados.



Os 4 principais protocolos de triagem nas urgências surgem “coincidentemente” neste período. São eles: Australiano, Manchester (Inglês), Canadense e ESI (americano). Interessantemente, apresentam algumas coincidências nos seus princípios, diferenciando radicalmente no modelo de entrada da queixa e num deles (ESI) na necessidade de recursos influenciando na decisão final. O quadro abaixo compara estes modelos:

CARACTERÍSTICAS	ATS	CTAS	MTS	ESI	MAT
Escala de 5 Níveis	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no país	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM
Baseado em categorias de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Baseado em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseado em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Baseados em escalas de urgência pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO	SIM
Formato eletrônico (Informatizado)	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM

Fonte: J.Gimenez: Emergências 2003;15:165-174

- Modelo Australiano (*Australasian Triage Scale - ATS*) - Foi o pioneiro e usa tempos de espera de acordo com gravidade;
- Modelo Canadense (*Canadian Triage Acuity Scale - CTAS*) - Muito semelhante ao modelo australiano, é muito mais complexo e está em uso em grande parte do sistema canadense. O mecanismo de entrada é uma situação pré-definida;
- Modelo de Manchester (*Manchester Triage System - MTS*) - Trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempos de espera simbolizados por cor. Está sistematizado em vários países da Europa. O mecanismo de entrada é uma queixa;
- Modelo Americano (*Emergency Severity Index - ESI*) - Trabalha com um único algoritmo que foca mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país;
- Modelo de Andorra (*Model Andorrà del Triage – MAT*) - Baseia-se em sintomas, discriminantes e algoritmos mas é de uso complexo e demorado (tempo médio de 8 minutos)

Mas a adoção de um protocolo de triagem resolve o problema? Obviamente que não. Ele é um poderoso instrumento para iniciar um processo de gestão em estruturas naturalmente desorganizadas, como os hospitais de urgência e isto é apontado na literatura mundial. Não existe mais possibilidade de trabalhar com atenção de urgências sem um sistema de triagem ou classificação de risco e é demonstrado, também, que alguns deles, principalmente o Manchester que é o mais usado no mundo hoje, se relacionam com a previsão de mortalidade nas primeiras 24 horas e na necessidade de internação. No entanto, se estas estruturas ainda trabalham de forma isolada e não se organizam com os outros pontos de atenção, o resultado da implantação de um protocolo destes é menor do que seu potencial. Eis um fato que temos observado, tanto aqui no Brasil, quanto no exterior. Se não trabalharmos em rede os problemas não cessam. Recentemente, o Dr. Kevin Macway, um dos autores do Protocolo de Manchester, que hoje faz parte das recomendações do *Advanced Life Support Group*, assim como o *ATLS* e *ACLS*, largamente adotados no Brasil, observou que vem aumentando anualmente a procura das urgências no Reino Unido e principalmente por pacientes que apresentavam baixo risco após a triagem. Os problemas, aqui no Brasil, são similares, assim como nos Estados Unidos, no Japão, que também está adotando o Protocolo de Manchester e em toda a Europa. Qual é hoje o grande consenso de quem trabalha nos sistemas de atenção às urgências? A solução para as urgências está na mudança do modelo de atenção do sistema de saúde. Isto significa adotar radicalmente um modelo que privilegie a atenção primária, não a atenção “básica” praticada em nosso país, que se configura como um pacote, uma cesta básica de serviços não eficazes, mas, uma nova atenção primária, resolutiva e forte que se torna o centro de comunicação e o alicerce mais importante de uma rede integrada de serviços de saúde. Esta é a base de outra grande revolução

seguindo o que outras áreas da atividade humana vêm fazendo de forma mais rápida: estruturação em rede. As redes são sistemas complexos, estudados hoje em matérias tão diversas como a física e a economia e que têm características interessantes. O que se sabe hoje é que a própria natureza e a maioria dos fenômenos orgânicos e econômicos se estruturam em uma grande e complexa rede de conexões. O que alguns estudos mostram como propriedades de um sistema em rede?

1)Auto-organização: O processo de organização em redes é um processo natural, mas que leva tempo. O que aproxima os vários componentes de uma rede não é a sua semelhança, mas a existência de padrões comuns. Em redes sociais isto pode ser induzido com a criação de lideranças, *templates*, mas principalmente de uma linguagem padrão;

2)As redes de comunicação se diferenciam por 2 modelos: *Small world* e *Scale free*. A diferença entre estas redes é que na *Scale free*, muitas vezes, um ponto (ou *hub*) terá passagem de informações superior aos outros. Na natureza, isto é aleatório e emergente. As redes de urgência têm este padrão, mas, podemos obter a diminuição da aleatoriedade, por exemplo, pelo comando de uma central de regulação;

3)*Feedback*: As mudanças numa rede ocorrem através deste fenômeno, que pode ser negativo na tentativa de se manter algum padrão ou positivo caso suplante e transforme o modelo anterior de organização.

Este é o fato que nos mostra a necessidade de estabelecer padrões que unam os pontos de atenção numa rede de serviços de saúde. Estes padrões, que são um pouco o software de uma rede de saúde, na nossa proposta, se estabelecem numa tentativa de estratificação do risco numa determinada variação temporal, buscando estabelecer as conexões entre os pontos de atenção e a logística (transporte, central de regulação etc..). Um exemplo é um guideline de diabetes que estratifica o risco de uma população e determina o fluxo no tempo e espaço, por indivíduo, por uma rede de serviços de saúde e também possibilita mensurar a evolução deste processo. Neste caso, o risco é estratificado a médio e longo prazo. No caso de um quadro agudo, o risco é estratificado na necessidade do tempo de espera pelo primeiro olhar médico e se configura também numa previsão de mortalidade nas primeiras horas, assim como numa previsão da necessidade de recursos para aquela situação. Se esta estratificação for usada como linguagem padrão em todos os níveis de atenção e pela logística do sistema, no caso específico dos pacientes agudos, estará sendo estabelecido um fluxo razoavelmente direcionado, reduzindo a imprevisibilidade das situações de urgência. Por isto, temos recomendado que um protocolo de triagem ou classificação de risco deveria ser único numa rede integrada de serviços de saúde, pois, aí sim, estaremos utilizando todo o potencial deste instrumento.

Para finalizar, temos a convicção de que o protocolo de classificação de risco, seja qual for, não é uma panacéia para os problemas de urgência, mas é um instrumento de gestão muito potente, assim como é uma linguagem que reduz significativamente a variabilidade numa rede complexa, como a rede de urgência. Em Minas Gerais, adotamos o que é hoje o protocolo mais estudado e mais usado no mundo atualmente, o de Manchester, sendo o mais seguro quando bem aplicado. Para isto existe a formação dos executantes, pois o protocolo segue fluxogramas bem definidos e não inventados pela cabeça do executante, tornando possível a auditoria de forma estruturada. Assim, todos os serviços que usam o protocolo devem manter o padrão de utilização deste, conforme seus princípios e estabelecer *benchmarking* entre os mesmos. Isto gera um processo de qualidade e, no momento pós-triagem, uma possibilidade de estabelecer fluxos pactuados e mais seguros para as pessoas, diferentemente da variabilidade caótica e pouco eficaz que se vê nos pontos de atenção às urgências nos sistemas de saúde atuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B., SHELDON, T.A.; POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London, *Financial Times Healthcare*, 1997.
- 2) BANTA, H. D.; BOS, M. The relation between quantity and quality with coronary artery bypass surgery. *Health Policy*, 18: 1-10, 1991.
- 3) BUNKER, J. P., LUFT, H. S.; ENTHOVEN, A. Should surgery be regionalised? *Surgical Clinics of North America*, 62: 657-668, 1982.
- 4) FERGUSON, B.; TREVOR, A. S.; POSNETT, J. Introduction. In: FERGUSON, B., TREVOR, A S; POSNETT, J. (Editors) Concentration and choice in healthcare. London, *FT Healthcare*, 1997.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde *A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna*. Brasília, mimeo, 2004.
- 6) NORONHA, J. C. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e a qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana. *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 1781-1789, 2003.
- 7) Guidelines for Essential Trauma Care - WHO 2004);
- 8) GIMENEZ, J. *Emergências* 2003;15:165-174.
- 9) CAN, J. *Emerg. Medicine*2006; 8(s); 148-57- Timothy Cooke.
- 10) COOKE M. W.; JINKS, S. J. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *Accid Emerg. Medicine* 1999.
- 11) SUBBE C. P.; SLATER, A; MENON, D; GEMMEL, L. Emerg Validation of physiological scoring system in the A& E department; *Med Journal*, 2006.
- 12) SPEAK, D.; TEECE, S.; MACKWAY, J. K. Detecting High risk patients with Chest pain, *Emergency nurse* 2003.
- 13) Manchester (MTS) more than a triage system? Studying it`s association with death and admission in a large Portuguese Hospital-*bmj (no prelo)*.
- 14) EMERGENCY MEDICINE JOURNAL. Reliability and validity of Manchester Triage system in a general emergency department patient population in the netherlands: results of a simulation study. 2008
- 15) MATIAS Carla; OLIVEIRA Ricardo; DUARTE Rita; et al. Triagem de Manchester nas Síndromes Coronárias Agudas = The Manchester triage System in Acute Coronary Syndromes; *Revista Portuguesa de Cardiologia* ISSN 0870-2551 Source / Source2008, vol. 27, no2, pp. 205-216
- 16) ROUKENA, Jolt; LEI, Johan; et al. Emergency care: prospective observational study Manchester triage system in paediatric:10.1136/bmj.a1501*BMJ* 2008;337.
- 17) MELINDA, Lyons; RUTH, Brown; ROBERT, Wears. Factors that affect the flow of patient/s through triage. Postgraduate Medical Centre, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, University Department of Anaesthesia, Addenbrooke`s Hospital, Cambridge, UK.
- 18) EMERGENGE MEDICINY JOURNAL. Accident and Emergency Department, St Mary`s Hospital, London, UK Clinical Safety Research Unit, Department of Surgical Oncology and Technology, Imperial College, St Mary`s Hospital, London, UK 2007;24:78-85; doi:10.1136/emj.2006.036764
- 19) MIRJAM, Van Veen; HENRIETTE, A. Moll. Validity of triage systems: use a correct outcome measure. *Emerg Med J* 02/09/2008.
- 20) EMERGENGE MED. JOURNAL. Don't throw triage out with the bathwater J Windle1, K Mackway-Jones1 Department of Emergency Medicine, Hope Hospital, Salford/Salford University, UK. Department of Emergency Medicine, Manchester Royal Infirmary, UK 2003; 20:119-120
- 21) EMERGENGE MED. JOURNAL. Reliability and validity of the Manchester Triage System in a general emergency department patient population in the Netherlands: results of a simulation study. 2008 Jul. I van der Wulp, M E van Baar, A J P Schrijvers Ms I van der Wulp, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht, P O Box 85500, 3508 GA Utrecht, The Netherlands; i.vanderwulp@umcutrecht.nl.
- 22) ANESTESIST. Manchester triage system: Process optimization in the interdisci
- 23) ESI-Version 4
- 24) CASTELLS, M. - A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.
- 25) CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - Framework for program evaluation in public health. *MMWR* 48, NºRR-11, 1999.
- 26) DONABEDIAN, A. Benefits in medical care programs. Cambridge, Harvard University Press, 1976.
- 27) INSTITUTE OF MEDICINE - Defining primary care: an interim report. Washington, The National Academy Press, 1994.
- 28) JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS - Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems. Oakbrook Terrace, Illinois, Joint Commission Resources, 2004.

- 29) MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo, Ed. Hucitec, 2ª ed., 1999.
- 30) MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.
- 31) MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.
- 32) MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.
- 33) MENDES, E.V. Os modelos de atenção à saúde. Belo Horizonte, mimeo, 2007a.
- 34) MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde no Brasil: o caso de Curitiba. Washington, Organização Pan-Americana da Saúde, 2007b.
- 35) SHIMAZAKI, M.E. Oficina de rede atenção às urgências e emergências. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
- 36) VARGAS, I.L. Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. In: VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. - Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona, Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.
- 37) VÁZQUEZ, M.L.N. et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Pública, 79: 633-643, 2005.
- 38) VÁZQUEZ, M.L.N. & VARGAS, I.L. Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? Ciencias de la Salud, 4: 5-9, 2006.
- 39) CTAS. The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale
- 40) ATS. Australasian Triage Scale
- 41) JONES, K M; Manchester Triage System (MTS) Second edition BMJ
- 42) ATLS. Advanced Trauma Life Support. Eighth edition
- 43) ACLS. Advanced Cardiac Life Support. 2005
- 44) MORIN, E. O pensar complexo- Editora UNB
- 45) Centro teórico de física computacional- União Européia- www.ctfc.cii.fc.ul.pt/PRISMA- Redes Complexas

Avaliação da evolução dos valores pagos pelo SIH em Minas Gerais frente à inflação setorial da saúde no período de fevereiro de 1996 a maio de 2007

Helen Cristiny Teodoro Couto

Juliana Ferreira Castro

Bruno Pérez Ferreira

RESUMO

Uma questão atual nas políticas públicas de saúde no Brasil é o financiamento dos prestadores de serviços médico-hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. Um dos meios de financiamento é o pagamento de procedimentos informados ao Sistema de Informações Hospitalares – SIH, em que o valor pago deriva do número de procedimentos efetuados conforme o valor de cada um na tabela de remuneração do SUS. A pesquisa avaliou se a evolução dos valores pagos pelo SIH em Minas Gerais foi superior ou não à inflação setorial da saúde no período de fevereiro de 1996 a maio de 2007. Os resultados indicaram que a remuneração pelo SIH/MG apresentou um crescimento, aproximadamente, 30% superior à inflação da saúde. Nesse contexto, verificou-se um aumento dos gastos do SIH/MG e uma redução do número de procedimentos efetuados em Minas Gerais, o que reflete um aumento do custeio sem uma correlata expansão do atendimento na rede do SUS/MG.

SUMMARY

A current question in the public politics of health in Brazil is the financing of the rendering of health care services of the Sistema Único de Saúde – SUS. One of the ways of financing is the payment of procedures informed to the System of Hospital Information - SIH, where the paid value drift of the number of effected procedures as the value of each one in the table of remuneration of the SUS. The research evaluated if the evolution of the paid values for the SIH in Minas Gerais was superior or not to the health sectorial inflation in the period of February of 1996 and the May of 2007. The results had indicated that the remuneration for the SIH/MG presented a growth, approximately, 30% add to the index of the health sector inflation. In this context, one verified an increase of the expenses of the SIH/MG and a reduction of the number of procedures effected in Minas Gerais, this reflects an increase of the expenditure without a correlation with the expansion of the attendance in the SUS/MG net.

1. INTRODUÇÃO

Uma das principais de linhas de desenvolvimento de políticas públicas de saúde é baseada no atendimento assistencial prestados por instituições que são financiadas com recursos transferidos pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Esse financiamento ocorre por meio de repasses de recursos, cujo montante é determinado por dados de atendimento aferidos nos sistemas corporativos de informações de assistência em saúde.

Os dados identificam a realização de procedimentos no atendimento demanda de serviços de saúde do SUS. Esses procedimentos são financiados conforme o valor delimitado na tabela de remuneração do SUS. Essa tabela engloba os valores pagos tanto nos atendimentos ambulatoriais quanto os serviços assistenciais prestados no meio hospitalar.

Uma questão que se destaca, acerca dessa metodologia de financiamento, é se os valores pagos pelos atendimentos realizados ao SUS acompanharam a evolução dos preços de subsídios necessários ao desenvolvimento dessas atividades. Diante disso, essa pesquisa realizou uma avaliação para aferir se a evolução do valor médio pago por meio do SIH no SUS em Minas Gerais, aferido segundo o método de *Laspeyres*. Essa metodologia, segundo IBGE (2007), é utilizada na mensuração de índices de inflação como o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

A evolução de preços no SIH foi contrastada com a dinâmica observada para a inflação do setor de saúde e cuidados pessoais apurada pelo IPCA Saúde e pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC para o período entre janeiro de 1996 e maio de 2007. Essa comparação permitiu constatar se os valores pagos pelo SIH/MG apresentaram uma evolução de preços superior ou não ao comportamento da inflação no mercado de produtos e serviços de saúde e cuidados pessoais.

Além disso, a pesquisa aferiu se a variação do preço médio ponderado conforme a produção dos valores do SIH foi aderente à evolução da inflação no setor de saúde, indicada pelos índices setoriais do IBGE. Portanto, foi aferida a superação ou não pela evolução de preços do SIH da inflação setorial da saúde e se essa dinâmica foi consonante ao longo do período entre janeiro de 1996 e maio de 2007.

2. ASPECTOS FINANCEIROS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

A partir de 1982 o sistema público brasileiro de saúde inicia um processo de unificação, com a estruturação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que foi acelerado pela implementação

dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS. A unificação foi consolidada legalmente na Constituição Federal de 1988, com a definição dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei Orgânica da Saúde delimitou as seguintes diretrizes do SUS: universalidade de acesso, integralidade de assistência, igualdade na assistência à saúde e descentralização político-administrativa.

A legislação manteve o financiamento tripartite do SUS, com recursos do Orçamento da Seguridade Social – OSS, criado com o objetivo de integrar o financiamento dos programas de Assistência Social, Previdência e Saúde, e os provenientes dos orçamentos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Porém o OSS ainda não foi totalmente implantado em decorrência de: uma fragmentação e especificação de fontes de financiamento; as contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas foram apropriadas como recursos do Tesouro Nacional; e, foram incorporadas, ao OSS, despesas antes financiadas por recursos fiscais (Porto, 1997; Cordeiro, 2001).

Logo, os resultados esperados ficaram comprometidos a partir da criação do OSS em relação à capacidade financeira para universalização do acesso a saúde, à constituição de um Sistema de Seguridade Social e ao potencial redistributivo em busca de um patamar maior de equidade. Simultaneamente, houve poucos avanços em relação à capacidade de arrecadação dos níveis estadual e municipal de governo (Dain, 2000).

Em termos de composição, o financiamento do SUS envolve os recursos de arrecadação direta que compreendem os tributos de competência própria de cada esfera de governo, em que, no exercício de 2003, a União foi responsável por 68,8% do total arrecadado, os Estados participam com 26,6% e os Municípios com apenas 4,8%. No entanto, quando considerada a arrecadação direta mais a repartição constitucional de impostos (e.g.: Fundo de Participação de Estados e Municípios, Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços), a participação da União no total de receita disponível foi de 59%, dos Estados 24,9% e dos Municípios de 16,1%.



As dificuldades financeiras enfrentadas pelo Ministério da Saúde levaram à criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF, que a partir de 1997 deveria ser uma das principais fontes de financiamento da saúde. Além disso, outro aspecto relevante é a aprovação da Emenda Constitucional nº. 29 de 2000, que vinculou recursos da União, Estados e Municípios, para o financiamento da saúde. O montante aplicado pela União é definido a partir do orçamento empenhado no ano anterior, corrigido pela evolução do

Produto Interno Bruto nominal. Já Estados e Municípios deveriam alocar, no primeiro ano, 7% do total de sua receita disponível (arrecadação própria acrescida das transferências constitucionais). Esse percentual teria que aumentar anualmente até atingir em 2004, no mínimo, 12% no caso dos governos estaduais e 15% para as instâncias municipais (Dain, 2001).

Se por um lado, os resultados esperados não foram alcançados, em parte por interpretações diferentes do texto da emenda em relação ao ano tomado como base para a definição da participação da União, além da falta de uma definição clara da abrangência do conceito de ações e serviços de saúde pública e pelo

descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos por parte dos governos estaduais. O descumprimento da Emenda Constitucional n. 29, por parte da União e dos Estados, significou, aproximadamente, no período 2000-2004, uma perda para o financiamento do SUS de R\$7,2 bilhões (Mendes, 2005).

Por outro lado, verificou-se um aumento da participação dos governos estaduais e municipais no financiamento do SUS, sendo que a distribuição da participação das três esferas de governo no gasto público em saúde que em 1980 foi de 75% federal, 18% estadual e 7% municipal, já em 2002 passou para 58%, 20% e 22%, respectivamente (Ugá e Santos, 2005). Os municípios das regiões Sul e Sudeste foram os que apresentam uma maior participação no financiamento do gasto público em saúde, o que decorre, principalmente, de sua maior capacidade de arrecadação.

3. O SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS – SIH/SUS

O cenário histórico dos sistemas de informação em saúde revela uma evolução do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS; que antes mesmo de ser batizado por este nome, já enfrentava inúmeros desafios, os quais estavam intimamente ligados aos grandes marcos da reforma sanitária no Brasil.

Segundo Carvalho (2006), até 1976, o pagamento das contas hospitalares e dos atos médicos, era realizado, manualmente pela equipe do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Neste ano então, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Diante disso, consolida-se uma conjunção dos sistemas de assistência: social, saúde e previdência. Esse tripé constituiu o sistema de seguridade social que envolvia a atuação desses institutos.

No ano seguinte implantou-se o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares – SNCPCCH que era:

Caracterizado pelo ressarcimento de despesas ato a ato, mediante a comparação entre a fatura apresentada pelo hospital contratado e um parâmetro ou gabarito, o qual estabelecia o limite máximo segundo o tipo de nosologia ou procedimento médico. Esse mecanismo determinava, com frequência, glosas no valor excedente, o qual era submetido a uma justificativa por parte do hospital e a uma revisão técnica manual pelo INAMPS. Como instrumentos, o sistema dispunha da Guia de Internação Hospitalar (GIH) e da Tabela de Honorários Médicos para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em unidades de serviço – US. (LEVCOVITZ e PEREIRA, 1993).

Em decorrência de fatores como as divergências entre prestadores e o INAMPS, Carvalho (2006) relata que em 1979 começaram os estudos para elaboração do projeto Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social/Autorização de Internação Hospitalar – SAMHPS/AIH. E em 1981, de forma experimental, o SAMHPS/AIH é implantado em Curitiba; os documentos e manuais deste sistema são divulgados em 1983 e é implantada a primeira “Tabela de Procedimentos e Valores” iniciando sua expansão para todo o país.

No ano de 1986 e 1987, o SAMHPS é estendido, respectivamente, às entidades filantrópicas, beneficentes e aos hospitais universitários e de ensino. Inicia-se, nesta época, a transferência da administração operacional do sistema para as Secretarias Estaduais de Saúde – SES, embora o processamento e o pagamento de prestadores continuava centralizado no INAMPS.

Essa descentralização do SAMHPS/AIH acontece no contexto de 1988 em que foi aprovada a nova Constituição Federal e instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, o que consolidou uma diretriz de separação institucional das políticas públicas de saúde em relação à previdência e a assistência social.

Ocorre, a transferência do INAMPS, em 1990, do Ministério da Previdência e Assistência Social, para o Ministério da Saúde. Assim as leis 8080 e 8142, são aprovadas, dispendo da organização do SUS e da forma de financiamento deste sistema que apresenta como princípios a universalidade, equidade, integralidade e participação social.

No decorrer do ano de 1990 várias portarias foram publicadas objetivando, entre outros, a aprovação da Norma Operacional Básica / NOB 01/91, a qual dispõe sobre o financiamento do SUS; renomeia o SAMHPS/AIH para Sistema de Informações Hospitalares SIH / SUS, ampliando a todos os hospitais públicos; cria o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS, extinguindo o IVH para hospitais universitários; e altera a sistemática de pagamento das OPM (órteses e próteses). Embora tenha trocado de nome, o SIH permaneceu na mesma lógica do SAMHPS, com a AIH em formulário pré-numerado; e a digitação, o processamento e as informações para pagamento centralizados no DATASUS.

A partir disso, ocorreram avanços como, por exemplo, a transformação da Autorização de Internação Hospitalar – AIH impressa para meio magnético em 1992 e em 1994 a digitação passa a ser descentralizada e as secretarias estaduais e municipais se apoderam de novos papéis.

Mas, ainda assim perduram limitações sobre o SIH, como quanto ao cadastro que é por internação e não por indivíduo, o que permite a ocorrência de várias internações do mesmo indivíduo em um determinado ano; e, além disso, o sistema não é universal, de modo que internações em hospitais privados não são incluídas e como a lógica do SIH é a de pagamento da internação, precauções devem ser tomadas ao analisar os dados do ponto de vista epidemiológico.

A AIH, como instrumento do SIH, habilita a internação do paciente e gera valores para pagamento, sendo preenchida pelo estabelecimento hospitalar e enviada mensalmente, em meio magnético, ao gestor municipal e/ou estadual do SUS, para processamento no nível nacional. Atualmente, a AIH disponibiliza dados individualizados sobre o diagnóstico de internação e de alta (codificados pela Classificação Internacional de Doenças – CID), os procedimentos realizados, os valores pagos e os dados cadastrais das unidades de atendimento.

Desde 1991, a essência do SAMHPS sobreviveu no SIH, que enviava blocos desses documentos pré-numerados diretamente aos hospitais ou às secretarias estaduais e municipais de saúde, em volumes do SGAIH, pelo DATASUS, que possibilitaram aos gestores das esferas municipal e estadual do SUS um novo tipo de controle sobre as “faturas” apresentadas por seus prestadores de serviços. Apesar disso, seguem existindo três tipos de AIH: a AIH 7 em formulário pré-numerado, cuja impressão está a cargo das Secretarias de Saúde que ainda a utilizam embora diversas alterações tenham sido feitas, quer em função de reorientações de políticas quer como consequência da evolução da informática. Um bom exemplo deste último caso é a substituição do formulário impresso da Autorização de Internação Hospitalar pela AIH em disquete em 1992.

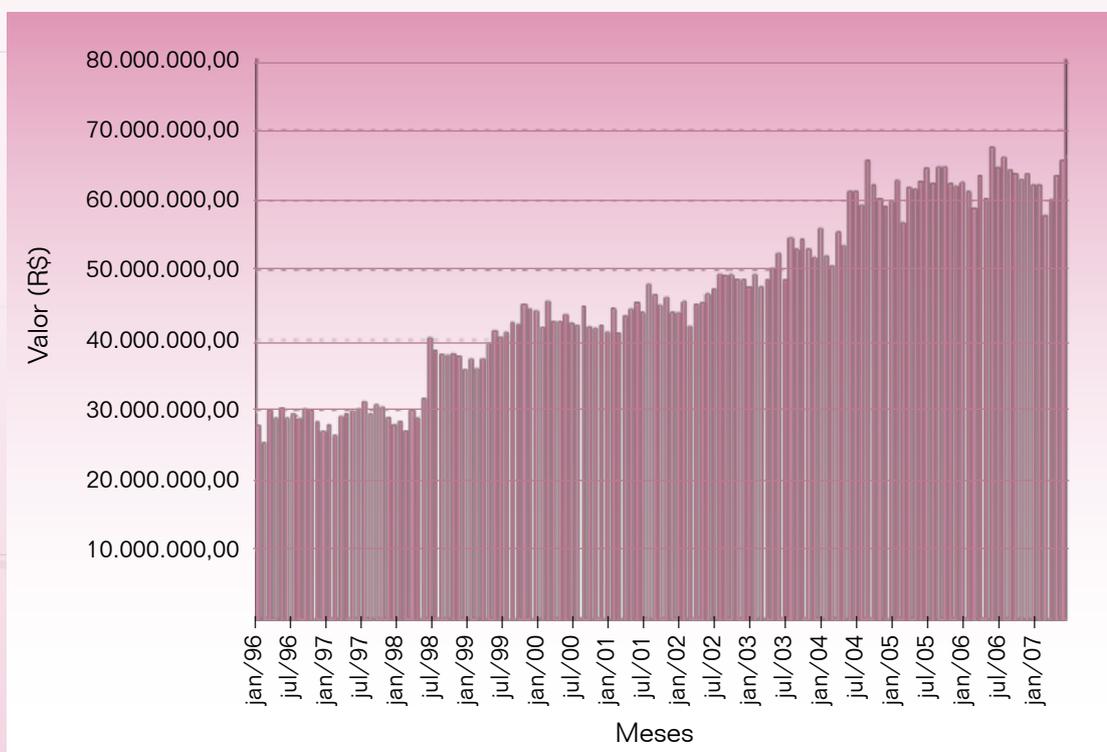


Gráfico 1: Evolução dos gastos com remuneração de serviços hospitalares por meio do Sistema de Informações Hospitalares – SIH do SUS em Minas Gerais entre janeiro de 1996 e maio de 2007

Fonte: SESMG, 2007

4. INFLAÇÃO NA SAÚDE

Conforme IPEA (2007), a inflação é o aumento do nível de preços de uma economia, o que reflete em uma variação da equivalência monetária, em termos nominais, ao longo do tempo. Uma medida que reflete a inflação são os índices de preços ao consumidor – IPC, como o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA e o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC. Estes índices são medidas do custo geral dos bens e serviços comprados por um padrão de consumo, de maneira a monitorar mudanças do custo de vida ao longo do tempo.

O termo inflação é utilizado, segundo IPEA (2007), para descrever uma situação em que o nível geral ou setorial de preços está aumentando. Assim, a taxa de inflação, que é a expressão desses índices de preços, apresenta a variação percentual do nível de preços em relação a um período anterior. Deste modo, a taxa de inflação definida por um índice é calculada da seguinte maneira:

$$\pi_t = \frac{IPC_t - IPC_{t-1}}{IPC_{t-1}} \quad (1)$$

Onde:

π_t é a taxa de inflação;

IPC_t é o índice de preços ao consumidor no momento t.

Logo, a taxa de inflação pode ser calculada pela variação percentual do índice de preços em relação a um período anterior. Deste modo, tais índices são calculados por modelos de análise baseados na primeira diferença, em termos relativos. Na área de saúde, destacam-se os índices, no caso IPCA e o INPC, restritos ao mercado de saúde e cuidados pessoais.

Na pesquisa também foram utilizados os índices, definidos segundo IPEA (2007):

- Índice de Preços ao Consumidor Amplo de gastos com saúde e cuidados pessoais – IPCA Saúde voltado para um comportamento de consumo de classe com renda entre 1 e 40 salários mínimos;
- Índice Nacional de Preços ao Consumidor de gastos com saúde e cuidados pessoais – INPC Saúde voltado para um comportamento de consumo de classe com renda entre 1 e 6 salários mínimos.

5. EFEITO DA INFLAÇÃO NO SIH

Como a inflação setorial do mercado de produtos de saúde e cuidados pessoais decorre de preços de suprimentos como os destinados aos serviços de assistência médica, utilização de produtos farmacêuticos, higiene pessoal e os planos de saúde, a dinâmica de variação desses preços influencia o custeio de atividades de assistência médico-hospitalar. Diante do fato que o pagamento do SIH visa o financiamento de ações de saúde efetuadas para o SUS, o comportamento da evolução dos preços do SIH deve recompor a dinâmica de variação de preços do mercado de produtos e serviços de saúde.

A variação de preços do SIH pode ser apurada por meio do índice de *Laspeyres* que expressa a razão entre o gasto efetuado no momento t, necessário para consumir as mesmas quantidades do momento 0, e o gasto efetuado no momento 0. Matematicamente, o método de *Laspeyres*, conforme IBGE (2007), pondera os preços pela quantidade do período-base:

$$I_t = I_{t-1} \left[\frac{\sum_{i=1}^n q_{i,t-1} p_{i,t}}{\sum_{i=1}^n q_{i,t-1} p_{i,t-1}} \right] \quad (2)$$

Em que:

t é o período de tempo;

n, o número de produtos que compõem a cesta do índice;

I_t , o número-índice;

I_{t-1} , o número-índice no mês imediatamente anterior;

$q_{i,t-1}$, a quantidade do i-ésimo produto na carteira do índice no mês imediatamente anterior;

$p_{i,t}$, o preço do i-ésimo produto; e

$p_{i,t-1}$, o preço do i-ésimo produto no mês imediatamente anterior.

Os dados para a evolução dos preços da tabela do SIH é apresentada no GRÁF. 2. Essa evolução ilustra o comportamento de todos os preços do SIH refletidos por uma média ponderada pela quantidade efetuada de cada um dos procedimentos. O resultado acumulado foi obtido em uma série geométrica de juros compostos para realizar a acumulação dos preços para o período avaliado na pesquisa.



Gráfico 2: Evolução Acumulada da Variação Percentual do Custeio Médio Unitário do SIH em MG entre fevereiro de 1996 e maio de 2007.

Fonte: SESMG, 2007.

6. MÉTODOS E DADOS

A pesquisa verifica se a evolução de preços do SIH foi superior à dos índices de inflação setorial da saúde calculados para o IPCA e INPC. Para realizar essa constatação foram utilizados dados aferidos junto a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SESMG para o SIH nesse estado e variação dos índices de inflação, restrito à cesta de saúde e cuidados pessoais, IPCA e INPC, aferidos pelo IBGE, disponíveis no *site* <www.ipeadata.gov.br>. O período avaliado pela pesquisa se estende de fevereiro de 1996 a maio de 2007, o que perfaz um conjunto de 136 observações mensais.

O comportamento das variáveis foi analisado por meio da variação mensal e do resultado acumulado para as 136 observações, de maneira a avaliar tanto as correlações quanto o resultado consolidado para a dinâmica avaliada pela pesquisa. Assim, foram utilizados modelos de regressão múltipla e adequação à heterocedasticidade, baseado em um padrão Autoregressivo Condicionamente Heterocedástico Generalizado – *GARCH* (2,1).

Em relação aos testes efetuados, inicialmente foi constatado o nível de significância do modelo definido pela probabilidade *F* que demonstra se o conjunto de variáveis é significativo para o modelo. Além disso, em termos de análise inicial também foi verificado o nível de explicação apresentado pelo modelo especificado. Porém, tais constatações não são suficientes para avaliação da adequação das modelagens propostas.

Uma tipologia de avaliação que foi implementada na pesquisa foram os testes de especificação, no caso o teste de *Chow*, de Soma Cumulativa dos Resíduos Recursivos – *CUSUM* e Soma Cumulativa dos Quadrados dos Resíduos Recursivos – *CUSUMSQ* e de Erro de Especificação da Regressão – *RESET Ramsey*. Esses testes permitem a constatação de problemas de especificação no modelo utilizado para efetuar a regressão.

Segundo Johnston e Dinardo (2001), o teste de *Chow* permite verificar se previsões externas a uma amostra são significativas, de maneira a verificar a consistência do modelo. Para o desenvolvimento do teste foram utilizadas 14 observações das 136 que fazem parte da amostra total, assim o teste contou com mais de 10% (dez por cento) das observações para verificar sua consistência.

Os testes baseados em estimação recursiva, isto é, *CUSUM* e *CUSUMSQ*, em que é possível verificar a invariabilidade ou não dos parâmetros. As análises desenvolvidas por meio desses testes permitem a constatação de possíveis quebras estruturais nos modelos. A diferença entre os dois testes é que o *CUSUM* utilizado a soma dos resíduos recursivos e o outro é baseado na soma do quadrado desses resíduos.

O teste *RESET Ramsey*, conforme Johnston e Dinardo (2001), indica a presença de possíveis erros de especificação derivados da omissão de variáveis, de formas funcionais incorretas ou de correlação entre as variáveis explicativas do modelo com os resíduos. Assim, esse teste deve ressaltar deficiências de especificação que podem contribuir para que o pesquisador avalie novamente a especificação utilizada na análise.

A outra tipologia de testes que foi implementada na pesquisa foram os relacionados à presença de heterocedasticidade. Esse conjunto de testes envolveu a realização do teste do Logaritmo da Razão de Verossimilhança – *LogLikelihood Ratio*, teste de *Wald*, o teste de *White* e de *Breusch-Pagan/Godfrey*.

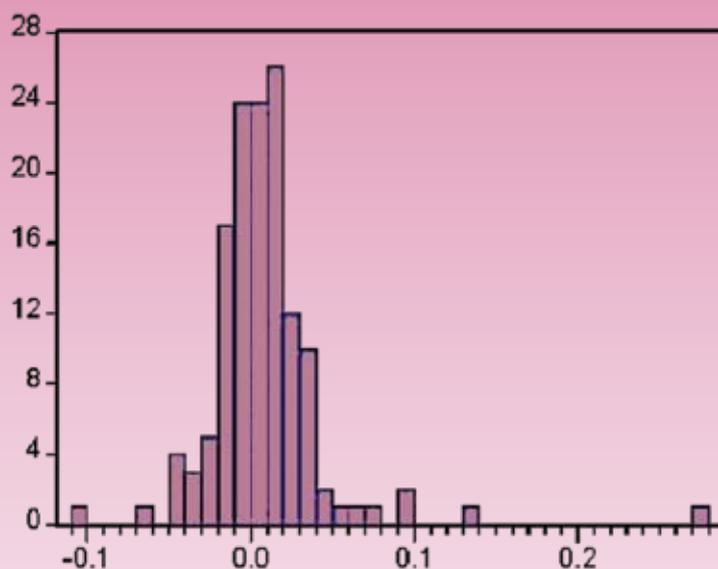
O teste da Razão de Verossimilhança constata a adequação da estimação em termos da consistência em relação ao máximo de verossimilhança, determinado pelo menor valor da soma dos quadrados dos resíduos. O Logaritmo da Razão de Verossimilhança pode ser avaliado por meio estatísticas de teste qui-quadrado.

Segundo Johnston e Dinardo (2001), teste de *Wald* verifica se a estimativa viola alguma restrição específica, principalmente equivalência entre índices utilizados. Esta avaliação é fundamental para o modelo utilizado na pesquisa, visto que envolve índices que remetem a abordagens distintas para um mesmo fator, a inflação.

O teste de *White* é baseado no cálculo de uma regressão auxiliar dos quadrados dos resíduos do modelo de regressão de mínimos quadrados sobre as variáveis não redundantes no conjunto de regressores, os seus quadrados, produtos cruzados e uma constante. Portanto, trata-se de um teste de homocedasticidade considerando coeficientes do próprio modelo ou relações entre eles. Outro teste aplicado foi o de *Breusch-Pagan/Godfrey* que também constata possível situação de heterocedasticidade por meio da análise dos resíduos.

7. RESULTADOS

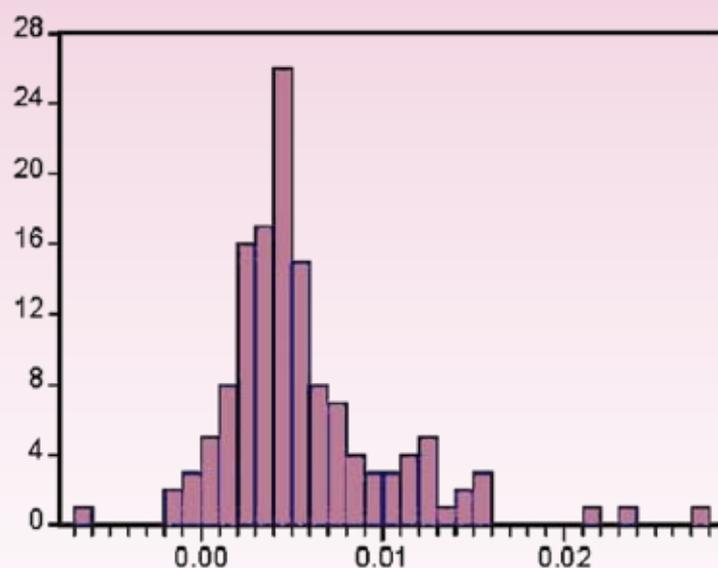
O comportamento da evolução dos resultados da dinâmica de preços do SIH indicou uma volatilidade superior, desvio padrão de 0,036663, à observada para o IPCA Saúde (0,004747) e o INPC Saúde (0,005747). Além disso, a média da variação percentual de cada uma variáveis demonstrou que, em média, a evolução dos valores pagos pelo SIH foi superior aos resultados apresentados para os índices de inflação setorial da saúde. O GRÁF. 3 demonstra a distribuição de cada uma das variáveis.



Série: Valor Médio
 Amostra 1996:02 2007:05
 Observações 136

Média 0,008051
 Mediana 0,006081
 Máximo 0,278920
 Mínimo -0,105878
 Desvio 0,036663
 Assimetria 3,191044
 Kurtose 25,06881

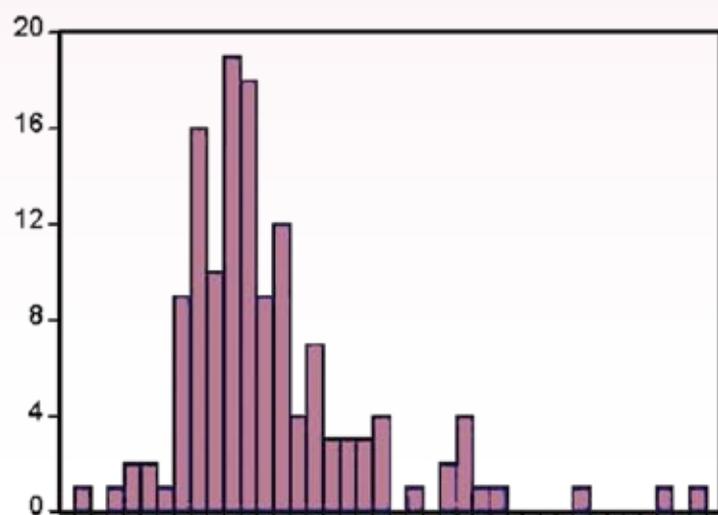
Jarque-Bera 2990,660
 Probability 0,000000



Série: IPCA Saúde
 Amostra 1996:02 2007:05
 Observações 136

Média 0,005621
 Mediana 0,004500
 Máximo 0,027400
 Mínimo -0,006400
 Desvio 0,004747
 Assimetria 1,618295
 Kurtose 7,347592

Jarque-Bera 166,4701
 Probability 0,000000



Série: INPC Saúde
 Amostra 1996:02 2007:05
 Observações 136

Média 0,005750
 Mediana 0,004450
 Máximo 0,031400
 Mínimo -0,005700
 Desvio 0,005747
 Assimetria 1,784132
 Kurtose 7,555391

Jarque-Bera 189,7433
 Probability 0,000000

Gráfico 3: Estatísticas descritivas da variação dos valores médios do SIH em MG e dos índices IPCA e INPC Saúde para o período entre fevereiro de 1996 e maio de 2007.

Fonte: Elaboração dos autores.

Portanto, os resultados do SIH indicaram que os valores desses procedimentos de saúde apresentaram um crescimento de aproximadamente 40% superior ao verificado para os índices de inflação setorial da saúde. Esse resultado pode ser identificado no GRÁF. 4.

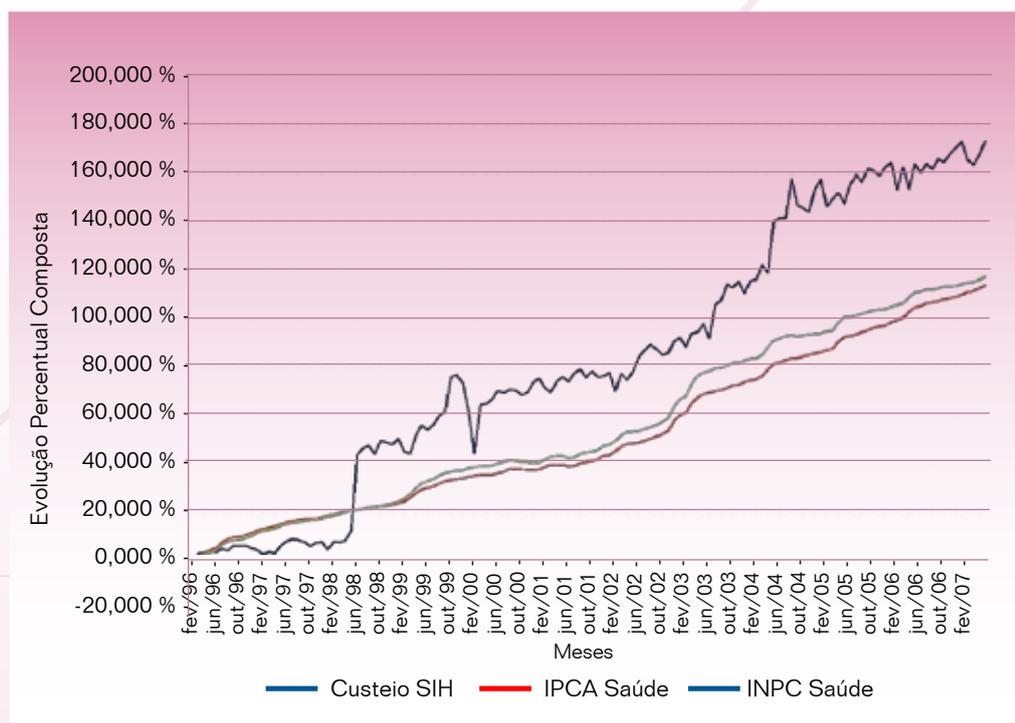


Gráfico 4: Evolução Acumulada da Variação Percentual do Custeio Médio Unitário do SIH em MG e da Inflação Setorial da Saúde entre fevereiro de 1996 e maio de 2007.

Fonte: Elaboração dos autores.

A partir dessas constatações foi apurada uma regressão múltipla dos índices de inflação (variáveis independentes) em relação à variação percentual do custeio médio unitário do SIH/MG. A regressão por mínimos quadrados ordinários destacou a significância da inflação setorial da saúde para o índice de inflação INPC Saúde, diante disso foi necessário realizar adequações estatísticas, principalmente em relação à heterocedasticidade presente no modelo.

Tabela 1: Regressão Múltipla da Evolução de Preços do SIH frente à Inflação Setorial da Saúde entre Fevereiro de 1996 e Maio de 2007.

Variável	Coefficiente	Desvio Padrão	Estatística t	Probabilidade
C	-0,011953	0,017463	-0,684445	0,4949
IPCA Saúde	-0,714601	0,484436	-1,475120	0,1425
INPC Saúde	2,174729	0,446919	4,866044	0,0000
R ²	0,962546	Média da Dependente		0,841732
R ² Ajustado	0,961983	Soma dos Desvios da Dependente		0,551709
Soma dos Erros da Regressão	0,107572	Akaike info		-1,599502
Soma dos Quadrados dos Resíduos	1,539039	Schwarz		-1,535252
Log likelihood	111,7661	Estatística F		1709,019
Durbin-Watson	0,311447	Probabilidade F		0,000000

Fonte: Elaboração dos autores.

Apesar da representatividade do modelo indicada pelo R^2 ajustado de 0,961983 e da baixa probabilidade de erro aferida pela estatística F , como o índice IPCA Saúde apresentou uma estatística t que deveria ser otimizada, de maneira a melhorar a qualidade da regressão. Diante disso, foi especificado um modelo Autoregressivo Condicionalmente Heterocedástico Generalizado – GARCH (2,1).

Tabela 2: Regressão GARCH (2,1) da Evolução de Preços do SIH frente à Inflação Setorial da Saúde entre Fevereiro de 1996 e Maio de 2007.

Variável	Coefficiente	Desvio Padrão	Estatística t	Probabilidade
C	-0,002404	0,010476	-0,229437	0,8185
IPCA Saúde	-2,177723	0,357128	-6,097870	0,0000
INPC Saúde	3,549233	0,334444	10,61233	0,0000
Equação da Variância				
C	9,01E-05	0,000140	0,644232	0,5194
ARCH(1)	0,815164	0,354310	2,300711	0,0214
ARCH(2)	-0,671227	0,298003	-2,252416	0,0243
GARCH(1)	0,857132	0,109086	7,857401	0,0000
R^2	0,958588	Média da Dependente		0,841732
R^2 Ajustado	0,956662	Soma dos Desvios da Dependente		0,551709
Soma dos Erros da Regressão	0,114853	Akaike info		-2,073997
Soma dos Quadrados dos Resíduos	1,701675	Schwarz		-1,924081
Log likelihood	148,0318	Estatística F		497,6769
Durbin-Watson	0,285297	Probabilidade F		0,000000

Fonte: Elaboração dos autores.

Apesar da representatividade do modelo indicada pelo R^2 ajustado de 0,961983 e da baixa probabilidade de erro aferida pela estatística F , como o índice IPCA Saúde apresentou uma estatística t que deveria ser otimizada, de maneira a melhorar a qualidade da regressão. Diante disso, foi especificado um modelo Autoregressivo Condicionalmente Heterocedástico Generalizado – GARCH (2,1).

Assim, a nova especificação demonstrou uma relação relevante entre os índices de inflação setorial da saúde com a dinâmica dos preços do SIH/MG para o período entre fevereiro de 1996 e maio de 2007. Entretanto, apesar dessa consonância na evolução, o crescimento dos preços no SIH foi, em média, 32,48% superior à inflação indicada pelo IPCA Saúde e 29,61% superior à do INPC Saúde.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o período entre janeiro de 1996 e maio de 2007, os valores pagos do SIH/MG apresentaram uma significativa expansão, que foi explicada por uma evolução no preço médio dos procedimentos pagos na tabela do SIH. Essa expansão foi superior à dinâmica de preços apurada pelos índices de inflação setorial da saúde, calculados pelo IBGE. Assim, verifica-se um crescimento real nos valores pagos pelo SUS, no caso dessa pesquisa, especificamente em Minas Gerais, no intervalo de tempo estudado.

Uma discussão recorrente no SUS é a questão dos valores pagos pelos procedimentos efetuados pelos prestadores do sistema. O argumento de que os valores são insuficientes torna-se questionável para o período avaliado na pesquisa, porém essa deficiência de remuneração do sistema pode ter origem em uma situação de inadequação dos valores de financiamento anterior a 1996.

Contudo, constatou-se que, a partir do referido ano, os valores do SIH/MG apresentaram uma recomposição real em relação à inflação setorial da saúde, movimento que persistiu até o final do período de tempo avaliado pela pesquisa. Essa recomposição consolidou, em média, um crescimento mensal real 30% superior à inflação da saúde, de modo a melhorar os valores pagos aos prestadores de serviços do SUS/MG. Essa evolução é retratada no GRÁF. 5 que apresenta o valor pago e o número de procedimentos realizados, conforme dados do SIH/MG.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARVALHO, D. M. T. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS**. Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS, 2006. Acesso 06 de agosto de 2007 - http://www.lachsr.org/documents/his/bra_por_04_sih_sus.pdf
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2001; 6: 319-28.
- DAIN, S. **Do direito social à mercadoria** [tese - professor titular]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2000.
- DAIN, S. O financiamento público na perspectiva da política social. **Economia e Sociedade**. Campinas: 2001; (17): 113-40.
- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA e Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC**. Disponível em <www.ibge.gov.br>, acessado em 17/04/2007.
- IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Ipeadata**. disponível em <www.ipeadata.gov.br>, acessado em 16/04/2007.
- JOHNSTON, J.; e DINARDO, J. **Métodos Econométricos**, 4.^a ed., Editora McGraw-Hill de Portugal, Amadora, 2001.
- LEVCOVITZ E., PEREIRA T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil 1983-1991**. Rio Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do rio de Janeiro: 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 57).
- MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único da Saúde: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)** [tese de doutorado]. Campinas: Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas; 2005.
- MS, Ministério da Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico**. 3^a. Edição. Brasília, 2003.
- PORTO, S. M. **Equidade na distribuição geográfica de recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

Combate a dengue ganha reforço

Pacto de aliança une forças entre órgãos do estado e entidades de classe para promoverem ações conjuntas de combate a doença.

Muito tem se ouvido falar sobre a epidemia de dengue que vem atingindo todo o país nos últimos meses. Jornais e revistas constantemente anunciam novos casos e mortes provocadas pela doença. Tendo em vista este surto, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, junto a entidades da sociedade civil, como a AHMG, assinaram no dia 13 de fevereiro deste ano, o Pacto de Aliança contra a Dengue.

A proposta desse pacto é promover ações conjuntas e de cooperação entre poder público e sociedade civil no combate a infestação do *Aedes Aegypti*, garantindo o desenvolvimento de ações de mobilização social, que ajudem a promover mudanças de hábitos na população.

“Devemos entender o território e o risco sanitário para integrar ações intersetoriais que priorizem as áreas com maior infestação do mosquito e número de casos. Mas é preciso que a sociedade faça sua parte porque, após 15 anos de campanhas anuais de conscientização sobre a doença, ainda encontramos focos dentro das casas”, afirma o secretário de Saúde de Belo Horizonte, Marcelo Teixeira.

A suspeita clínica e a notificação de dengue devem ser informadas as Secretarias Municipais, pois é com base nesses dados que são realizados levantamento e acompanhamento das regiões mais afetadas, para que as ações necessárias para o controle da dengue no estado e nos municípios tenham maior efeito. Infelizmente ainda existem muitos hospitais que não realizam essa notificação, o que impacta no combate e mobilização mais efetivo contra a doença.

É de extrema importância que as unidades hospitalares criem um comitê específico com o propósito de desenvolver ações, junto ao corpo clínico e equipe assistencial, visando o diagnóstico mais precoce da doença, evitando assim casos mais graves.

Investimento

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte disponibilizará este ano de R\$ 15 milhões para o combate à doença. A ação conjunta ainda receberá no total, mais de R\$ 6 milhões para investir em ações de combate a dengue - R\$ 2,8 milhões do Estado e R\$ 3,8 milhões do Ministério da Saúde, destinados as dez cidades que integram o pacto.

Ações prioritárias do Pacto de Aliança Contra a Dengue

- Constituir ou manter Grupos de Trabalho Intersetorial de Controle da Dengue em cada município, sob a coordenação das secretarias municipais de Saúde
- Constituir e oficializar o Grupo Técnico Permanente de Trabalho, com representação de todos os municípios, para a realização de mutirões de limpeza, ações de bloqueio do vetor, além da discussão e padronização de questões técnicas e boas práticas municipais no enfrentamento da dengue; o grupo se reunirá semanalmente
- Reuniões mensais dos secretários municipais de Saúde da região conturbada à capital para acompanhamento das atividades desenvolvidas
- Promover a articulação e compatibilização de ações por meio da coordenação dos administradores regionais, onde houver, ou secretários municipais de Saúde



- Intensificar o recolhimento de resíduos sólidos de acordo com os indicadores entomológicos nas áreas prioritárias
- Realizar o tratamento focal em pelo menos 80% dos imóveis dos municípios
- Realizar, na mesma semana epidemiológica, o Levantamento de Índice Rápido para o *Aedes aegypti* (LIRAA), no mínimo três vezes ao ano
- Após a realização do LIRAA, iniciar o tratamento focal pelos quarteirões limítrofes
- Criar uma página na internet, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, para divulgação de dados, fluxos, formulários, protocolos, agenda de reuniões, convocações e outras informações pertinentes ao enfrentamento da dengue na Região Metropolitana
- Criar um check-list que contenha os documentos e ações imprescindíveis para orientação e operacionalização do trabalho de controle da dengue de forma mais efetiva
- Articular junto ao Ministério da Saúde, secretarias Municipal e Estadual de Saúde estratégias para otimização das campanhas publicitárias
- Revisão e adequação das leis e decretos municipais para ações de fiscalização sanitária e urbana.

Campanha

Como uma das entidades integrantes do Pacto de Aliança, a Associação de Hospitais de Minas Gerais preparou material de divulgação da campanha envolvendo seu público interno e externo. Com o objetivo de orientar a todos sobre as maneiras de se combater, e principalmente sobre a importância da notificação e do diagnóstico precoce da doença.



IMAGEM DA CAMPANHA

Muito trabalho já está sendo feito, mas não basta somente fazermos a nossa parte, é fundamental o envolvimento de todos. Pois a dengue é uma doença grave, e que pode matar. Não basta apenas combater mosquitos, precisamos eliminar seus criadouros. Pequenas ações, desde que feitas todos os dias, geram grandes resultados. Além de cuidar da sua família, você também pode ajudar muito a sua comunidade.

Fabiana Daher

comunicacao@ahmg.com.br

Análise da permanência hospitalar do SUS para os diagnósticos mais comuns em Minas Gerais, entre Dezembro de 2007 e Dezembro de 2008.

Roberto K. A Maranhão

rkdam@cepead.face.ufmg.br

Márcio Augusto Gonçalves

marcio@cepead.face.ufmg.br

Pedro Coelho Siqueira

pedrocs@adm.grad.ufmg.br

INTRODUÇÃO

A análise de indicadores hospitalares trás consigo dois interesses conflitantes. Por um lado, cidadãos e pacientes sempre gostariam de ter o melhor atendimento possível, tanto em termos de agilidade como de amplitude de cobertura do serviço médico. Por outro lado, o atendimento médico é cada vez mais um jogo de soma zero, ou seja, um sistema no qual os recursos disponíveis são limitados e cabe aos administradores hospitalares balancear e aperfeiçoar a utilização desses recursos. Ao mesmo tempo a administração hospitalar tem se baseado em transferir os gastos para outros participantes do sistema. Nesse estudo, buscou-se explorar quais fatores interferem no desempenho hospitalar. Para isso, foram analisados dados de internação hospitalar entre Dezembro de 2007 e Dezembro de 2008, armazenados no sistema DataSUS/AIH.

TEORIA EM VIGÊNCIA

Inicialmente, foram levantadas duas das teorias mais aceitas disponíveis na literatura sobre desempenho hospitalar para permitir um melhor balizamento do estudo. A partir deste momento, as evidências foram analisadas para verificar de que forma os dados coletados reforçam os pressupostos levantados.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou, em 2006, um relatório mundial de saúde, intitulado "*Working together for health - The World Health Report 2006*" (World Health Organization, 2006). Neste relatório, o Brasil aparece como tendo um número de profissionais de saúde suficiente para atender às demandas da população, mas com a capacidade de atendimento, número de médicos e outros profissionais de saúde concentrados nos grandes centros urbanos. Ainda segundo a OMS, a presença de hospitais escola nas grandes cidades teria a capacidade de treinar e atrair profissionais de saúde, causando a formação de centros modernos com menores necessidades e maiores recursos e mantendo os locais mais necessitados com menores recursos. O primeiro pressuposto é, desta forma, que grandes centros apresentam hospitais com melhor performance.

Mais recentemente, La Forgia e Coutollenc (2008) lançaram um grande estudo sobre performance hospitalar no Brasil no qual concluem que hospitais de menor porte possuem eficiência menor que hospitais de grande porte. A relação encontrada por eles está ilustrada abaixo.

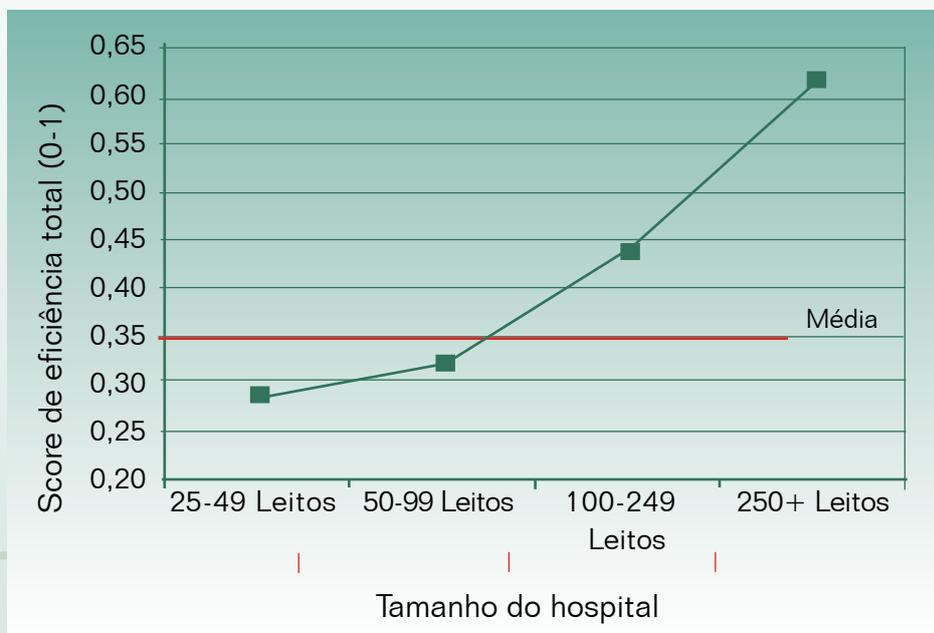


Gráfico 1 - Performance e tamanho hospitalar

Fonte: La Forgia e Coutollenc, 2008

UM POUCO DE ESTATÍSTICA E DE CIÊNCIA

Neste ponto, consideramos importante discutir o processo de criação de conhecimento a respeito de uma realidade. Começemos com a seguinte afirmação: “A maioria dos dados hospitalares apresenta elevado desvio padrão”. Essa frase tem várias interpretações, desde “cada caso é um caso”, interpretação essa que parte do princípio que o processo de medição e coleta dos dados está perfeito, e a variação realmente ocorre no processo estudado até “cada hora esse teste dá um resultado”, interpretação essa que afirma que toda a variação percebida está nas medições e não no processo estudado. Entre essas duas interpretações possíveis existe todo um contínuo, onde provavelmente se encontra a verdade, afinal tanto o processo tende a variar quanto a medição tende a não ser perfeita.

A compreensão desta realidade, onde tanto a realidade quanto a observação podem variar, é essencial para a compreensão não só de estudos amostrais, mas também de estudos como o aqui apresentado, que analisa todos os registros de internação hospitalar do SUS. Neste caso, um paralelo pode ser estabelecido com a medição de velocidade pelos radares. Da mesma forma que a legislação proíbe que uma multa seja emitida quando o radar mede menos que 7km/h acima da velocidade máxima permitida (7km/h é o erro máximo de medição), todos os dados aqui apresentados devem ser considerados como tendo embutidos erros de medição, e o desvio padrão anteriormente é um dos estimadores deste erro. Quando afirmamos que o desvio padrão é elevado estamos na realidade afirmando que, mesmo que estejamos comparando dois valores diferentes (mantendo a comparação, dois carros com velocidades medidas de 109km/h e 113km/h) não podemos afirmar com certeza que a realidade é diferente, pois a diferença pode ser resultado da medição. E a melhor forma de analisar dados com essas possibilidades de erros de medição é o uso de métodos estatísticos.

Além dos limites apresentados, existe mais um. Como conciliar dois estudos que abordam o mesmo tema e não apresentam resultados iguais? Acreditamos que uma idéia não pode ser provada de forma definitiva, mas pode ser reforçada ou não por um experimento ou estudo. O fato de um experimento não confirmar a teoria existente não desqualifica nenhum dos dois, neste caso o experimento simplesmente não serve de reforço para teoria. De outra forma, resultados aqui apresentados que eventualmente discordem da teoria atual devem ser considerados como frutos de um estudo sério, realizado sobre uma grande amostra, ciente de sua importância e também de suas limitações.

LIMITES DA BASE DE DADOS

A base de dados do DataSUS/AIH tem algumas limitações importantes que precisam ser compreendidas. Ainda segundo La Forgia e Couttolenc (2008), o sistema de AIH de controle de internações hospitalares se baseia em uma tabela de custos por procedimentos, não obrigatoriamente vinculada aos custos reais do hospital. Dessa forma, “o fato de a AIH ser principalmente um sistema de faturamento, afeta sua confiabilidade, porque os hospitais tendem a registrar a informação no sistema de forma a facilitar o faturamento e reembolso, ou aumentar o valor dos pagamentos” (La Forgia e Couttolenc, 2008, p.135). Essas imperfeições são muitas vezes resultados de avanços tecnológicos e criação de novos procedimentos, casos nos quais o sistema AIH não permite, por sua rigidez, o lançamento de todos os procedimentos realmente executados. Dessa forma, “os hospitais têm de “encaixar” o tratamento realizado nas diretrizes da AIH, ainda que isso não seja adequado do ponto de vista clínico” (La Forgia e Couttolenc, 2008, p.135)

Tendo em vista as limitações apresentadas, a pesquisa decidiu focar em diagnósticos e permanências hospitalares, uma vez que os cadastros de procedimentos e valores, que inicialmente apresentariam um maior nível de detalhes, poderiam ser menos precisos de acordo com essas avaliações.

ANÁLISE GLOBAL DOS DADOS

A partir do primeiro pressuposto - que grandes centros apresentam hospitais com melhor desempenho - esse estudo buscou dados empíricos para verificar esta afirmação. A base de dados escolhida foi a base de dados de internações hospitalares AIH/DataSUS, pois esta base de dados contém informações referentes a todas as internações realizadas no Brasil ao longo dos últimos anos. O período escolhido para estudo foi o período de Dezembro de 2007 a Dezembro de 2008, para permitir o mapeamento de eventuais sazonalidades. Um estudo com séries históricas maiores não foi realizado, pois dados mais antigos se encontram em versões diferentes da estrutura de dados, o que poderia causar inconsistências.

Inicialmente, os dados do SUS foram comparados com dados do IBGE para se verificar a eventual discrepância entre a capital do estado e o interior. Os dados do SUS mostram que, pelo menos em Minas Gerais, o número de internações por mil habitantes (IMH) é maior para residentes do interior que para residentes da capital. Concomitantemente, foi realizado um estudo para se verificar a migração de pessoas do interior para a capital do estado em busca de tratamento. Os dados mostraram que, durante o período pesquisado, foram registradas 53,5 IMH para residentes do interior em hospitais do interior e 5,3 IMH para residentes do interior em hospitais da capital, totalizando 58,8 IMH para residentes do interior. Para residentes da capital, o valor total foi de 52,7 IMH, sendo que ocorreram apenas 0,9 IMH de residentes da capital em hospitais do interior. Uma observação sobre esse estudo é que o papel dos hospitais particulares neste índice ainda não foi completamente explorado.

A hipótese de que os casos de pacientes do interior internados na capital seriam mais graves não é corroborada pelas estatísticas de permanência. Quanto à permanência média, o menor valor de permanência média se refere a pacientes do interior internados em hospitais do interior (5,3 dias) e a maior permanência média se refere a pacientes da capital internados em hospitais do interior (11,4 dias). Uma característica do sistema de saúde mineiro é a concentração de hospitais psiquiátricos no interior. Em todo o estado, e considerando os casos com os diagnósticos cuja classificação CID10 começa pela letra F, temos 33.222 internações no interior e 11.010 internações na capital. Quando buscamos compensar o estudo para este fato e removemos os casos, os valores mudam consideravelmente, mas ainda não oferecem suporte para a maior permanência hospitalar de pacientes do interior internados na capital. Os números absolutos mostram que, quanto aos pacientes internados na capital, a média de permanência de pacientes residentes no interior é ligeiramente superior à média de permanência de pacientes residentes na capital, mas o elevado desvio padrão invalida qualquer conclusão estatisticamente relevante, conforme pode ser visto na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 - Análise inicial de permanência em internação hospitalar

Com doentes mentais					Sem doentes mentais				
Internação	Residência	Casos	Permanência	Desvio	Internação	Residência	Casos	Permanência	Desvio
interior	interior	931.704	5,28	7,55	interior	interior	898.943	4,57	6,33
capital	capital	126.031	6,75	10,02	capital	capital	121.320	6,23	9,56
capital	interior	93.023	8,29	11,40	capital	interior	86.724	7,42	10,88
interior	capital	2.202	11,39	13,33	interior	capital	1.741	6,55	10,39

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do AIH/DataSUS

ESTRATIFICANDO A ANÁLISE

Devido à complexidade dos dados de internação hospitalar e às individualidades de cada caso e diagnóstico, a análise agrupada como apresentada acima não permitiu o levantamento de informações suficientes para comparar o desempenho dos hospitais. Com o objetivo de tornar esta comparação possível, a amostra foi estratificada de forma a se buscar os diagnósticos mais amplamente tratados em Minas Gerais. O critério arbitrado para seleção foi de selecionar diagnósticos com mais de cem ocorrências por hospital no período, com o mesmo nível de complexidade, sem resultar em morte e sem infecção hospitalar. Após esta primeira seleção, só foram selecionado os diagnósticos que apareciam em mais de trinta hospitais. A Tabela 2 a seguir mostra o resultado dessa seleção.

Tabela 2 - Diagnósticos mais comuns

CID	Descrição	Hospitais	Atendimentos	Valor Total
O800	Parto espontâneo cefálico	119	56.465	R\$ 28.952.800,57
J158	Outras pneumonias bacterianas	51	15.357	R\$ 11.280.481,52
J189	Pneumonia não especificada	75	13.316	R\$ 10.219.984,91
O808	Outros tipos de parto único espontâneo	39	17.634	R\$ 8.361.828,42
O821	Parto por cesariana de emergência	42	10.458	R\$ 7.465.117,83
I509	Insuficiência cardíaca não especificada	45	8.395	R\$ 7.136.004,79
O809	Parto único espontâneo não especificado	54	14.593	R\$ 6.993.567,11
O828	Outros tipos de parto único por cesariana	33	10.256	R\$ 6.977.825,29
I500	Insuficiência cardíaca congestiva	39	6.711	R\$ 6.116.279,92
A09	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	35	6.330	R\$ 2.083.466,33
Total da seleção			159.515	R\$ 95.587.356,69
Total do período			1.152.960	R\$ 945.721.038,42
Representatividade da seleção			14%	10%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do AIH/DataSUS

É importante notar que os casos mais comuns superam em muito os critérios de corte, por exemplo, parto espontâneo aparece em 119 hospitais com média de 474 casos por hospital no período. A Tabela 2 mostra ainda a representatividade desta amostra, que aborda 14% do número das internações realizadas e 10% dos valores gastos com internação no período no estado de Minas Gerais.

A estratificação da amostra por hospitais esbarrou em uma questão – a possibilidade de que a centralização do SUS em microrregiões mascarasse informações de hospitais pequenos – e desta forma a análise dos dados estratificados foi estratificada tanto por hospitais quanto por microrregiões, para cada diagnóstico.

A análise dos dados não permite confirmar com segurança estatística a existência de correspondência entre o tamanho das cidades e a eficiência dos hospitais, apresentando inclusive casos que sugerem o contrário, que hospitais de centros maiores apresentam maiores permanências para os mesmos diagnósticos que hospitais de centros menores. O estudo foi feito para todos os CIDs listados na Tabela 2 acima e alguns comportamentos foram ilustrados no Gráfico 2 a seguir. Alguns dados foram excluídos por apresentarem comportamento muito semelhante aos apresentados, com sobreposição de marcadores e piora da clareza do gráfico.

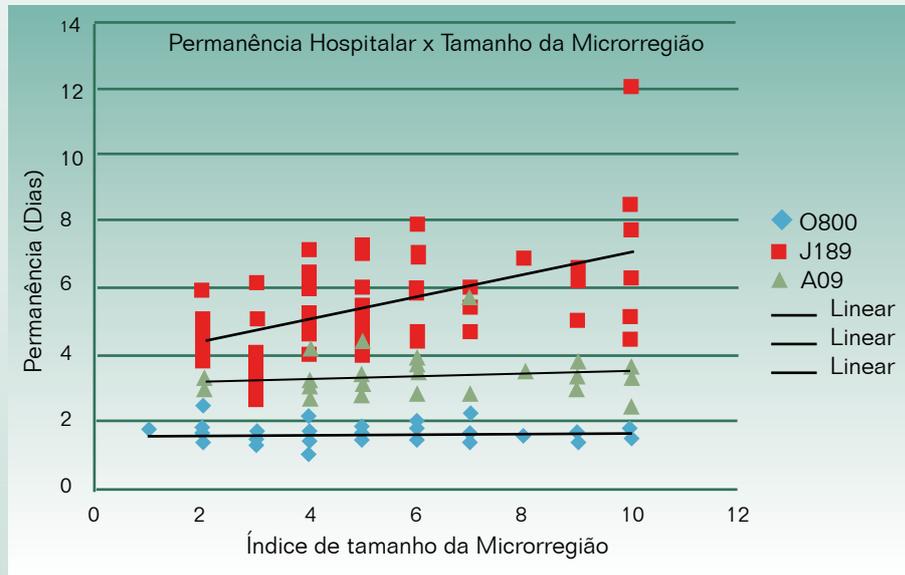


Gráfico 2 - Permanência Hospitalar e Tamanho da Microrregião

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de dados do AIH/DataSUS

Levando em consideração a possibilidade de que nem todas as transferências de casos mais complexos se restringem a uma mesma microrregião, os dados analisados e o gráfico a seguir sugerem que não há grandes transferências alguns procedimentos, no gráfico aparecendo parto espontâneo cefálico (O800) e diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09). Porém, a análise sugere também que ocorre uma significativa concentração de casos de outros diagnósticos com maior permanência nos núcleos maiores, ilustrado por pneumonia não especificada (J189). Uma investigação sobre a complexidade e a diversidade da evolução de cada diagnóstico pode lançar luz sobre esta afirmação. A análise que os dados do DataSUS/AIH permite realizar consegue apenas detectar que, nos casos estudados, a permanência média de pacientes atendidos fora de suas cidades natais é sempre maior que a permanência de pacientes atendidos em suas cidades de residência.

Algumas limitações sobre o gráfico apresentado precisam ser detalhadas. Foi realizada uma análise do número de casos em relação à população dos municípios, e verificou-se a existência de grande correlação entre o número de casos e a população de cada município. Essa correlação, porém, não é tão acentuada para municípios menores, sendo verificada de forma mais clara em municípios maiores.

Quanto à média de permanência comparada com o número de casos de cada microrregião, os resultados são muito parecidos com a comparação de permanência e tamanho da população. Essa semelhança entre comportamentos está em total consonância com a existência de correlação entre número de casos e população, realçada anteriormente.

CONCLUSÕES

O presente trabalho utilizou indicadores hospitalares de permanência como indicador de eficiência hospitalar e buscou comparar seus resultados com pressupostos de outros estudos. Como resultados dessa análise, observou-se que hospitais menores, assim como hospitais de cidades menores, apresentam melhores índices de permanência que grandes hospitais e hospitais de grandes cidades, ao contrário do levantado em outros estudos. É importante ressaltar que esses indicadores incorporam apenas um indicador de evolução do quadro clínico. Outros estudos, que buscaram avaliar a eficiência financeira, incorporaram ociosidade de leitos, custos hospitalares, sucateamento dos equipamentos e das instalações, entre outros problemas detectados.

Além disso, uma possível explicação para a maior permanência média em hospitais e centros maiores reside na estrutura de transferência de casos do SUS, uma vez que esse se organiza por microrregiões. Quando analisado por este aspecto, a possibilidade de transferência de casos mais complexos para hospitais e centros maiores encontra reforço nos dados, uma vez que, para os diagnósticos estudados, a média de permanência de pacientes atendidos fora de seus municípios de residência é sempre maior que a média de permanência de pacientes atendidos em seus municípios.

Um maior aprofundamento desse estudo depende da possibilidade de se acompanhar pacientes à medida em que seu tratamento evolui, as transferências entre hospitais e entre municípios. Infelizmente, devido ao anonimato necessário, os dados médicos do sistema único de saúde não permitem a identificação de um paciente específico, o que impede que a análise seja feita dessa forma.

BIBLIOGRAFIA

Couttolenc, Bernard F.: **Apresentação do livro Desempenho Hospitalar no Brasil – Em busca da excelência**. Fiocruz, 2008. Disponível em http://www.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_167951076.ppt. Acessado em 19/02/2009

DATASUS: **Seleção de Arquivos do BBS, SUS – Sistema Único de Saúde**, 2009. Disponível em http://www.datasus.gov.br/bbs/bbs_down.htm. Acessado em 15/02/2009

La Forgia, Gerard; Couttolenc, Bernard F.: **Desempenho Hospitalar no Brasil: Em Busca da Excelência**. Editora Singular, São Paulo, 2008.

World Health Organization: **Working together for health - The World Health Report 2006**, World Health Organization, 2006. Disponível em <http://www.who.int/whr/2006/en/>. Acessado em 12/2/2009

Levantamento da situação do processo de licenciamento ambiental do setor saúde em Belo Horizonte – MG, Brasil

Ilka S. Cintra

ilkasc@ufmg.br

Renata T. Miari

renata.miari@tmengenharia.com

RESUMO

O Licenciamento Ambiental de estabelecimentos de saúde, particularmente de hospitais em Belo Horizonte Minas Gerais vem sendo discutidos desde 2002, com a tentativa de adequações, quando do estabelecimento das novas legislações da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA (2004) e Conselho Nacional de Meio Ambiente -CONAMA (2005), pertinentes ao setor. Neste sentido, o presente trabalho objetivou analisar a situação do Licenciamento Ambiental do setor saúde na cidade de Belo Horizonte em Minas Gerais no Brasil e verificar se o estudo das dificuldades apontadas no licenciamento dos hospitais de Belo Horizonte poderia representar um avanço para a sustentabilidade ambiental do município. Os resultados obtidos puderam respaldar importantes alterações na Diretriz Normativa relativa ao Licenciamento Ambiental do Município de Belo Horizonte, além de modificação nos Termos de Referência para Elaboração de Projetos Técnicos necessários para obtenção das licenças ambientais nos diferentes órgãos responsáveis pelo Licenciamento Ambiental e que se tornaram referência para o Estado de Minas Gerais.

PALAVRAS-CHAVE: resíduos de serviços de saúde; licenciamento ambiental; hospitais; sustentabilidade ambiental.

INTRODUÇÃO

Acredita-se que a sustentabilidade ambiental de um município pode ser afetada pela regularização ambiental dos empreendimentos do setor saúde desta localidade, principalmente no que tange ao correto manejo dos resíduos de serviços de saúde produzidos em seus hospitais.

O licenciamento de estabelecimentos de saúde, particularmente de hospitais em Belo Horizonte -Minas Gerais vem sendo discutidos desde 2002, com a tentativa de adequações, quando do estabelecimento das novas legislações da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária -ANVISA (2004) e Conselho Nacional de Meio Ambiente -CONAMA (2005), pertinentes ao setor. Em Belo Horizonte o procedimento inicia-se com o requerimento da guia de Orientação ao Licenciamento Ambiental – OLA que aponta a listagem da documentação necessária que o empreendedor do setor saúde deve apresentar, destacando-se a aprovação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS nas instâncias competentes. Neste sentido, o presente trabalho objetivou analisar a situação do Licenciamento Ambiental do setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais e verificar se o estudo das dificuldades apontadas no licenciamento dos hospitais de Belo Horizonte poderia representar um avanço para a sustentabilidade ambiental do município.

O trabalho foi elaborado em atendimento à solicitação do Ministério Público do Estado de Minas Gerais – MPE-MG que apontava morosidade nos licenciamentos dos hospitais. Tornava-se urgente averiguar se a responsabilidade era apenas dos empreendedores do setor saúde ou dependia, também do sistema de Licenciamento Ambiental do município. O MPE-MG para encaminhamento da situação realizou reunião (em 23/10/2006 na sede da Procuradoria-Geral de Justiça) com representantes dos estabelecimentos de saúde de Belo Horizonte, órgãos públicos notificados e a Promotora de Justiça à época. A pauta se referiu ao Licenciamento Ambiental e Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Saúde -PGRSS, a ser implantado por todas as unidades de saúde de Belo Horizonte até 31/12/06, em atendimento

ao Decreto PBH nº 12.165/05 da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Como resultados da reunião ficaram estabelecidos:

- implantação do PGRSS até 30 de abril de 2007 e,
- apresentação, no prazo de 15 dias, de um relatório das dificuldades de cada hospital com relação ao cumprimento dos requisitos da OLA devendo, inclusive, ser arcada reunião com a Secretaria Municipal Adjunta de Meio Ambiente -SMAMA, a fim de que a relação da conjugação dos prazos da OLA e Termo de Ajustamento de Conduta -TAC's seja enviada ao MPE-MG, com as respectivas justificativas

A Associação de Hospitais de Minas Gerais – AHMG através de sua Comissão Técnica de Meio Ambiente – COTEMA deu atendimento a esta solicitação do Ministério Público de Belo Horizonte.

Assim, o trabalho intitulado Relatório da Situação dos Hospitais de Belo Horizonte – Processo de Licenciamento Ambiental (Cintra, 2006) foi desenvolvido a partir da análise dos questionários construídos pela equipe da COTEMA, respaldado nas informações fornecidas pelos órgãos ligados ao licenciamento em Belo Horizonte, e distribuídos aos Hospitais associados da AHMG. Entregue ao MPE em 27/12/07 foi o trabalho avaliado e requeridas outras informações complementares que compuseram o Relatório da Situação dos Hospitais de Belo Horizonte – Processo de Licenciamento Ambiental – 2ª Etapa (Cintra, 2007a).

Como os dois relatórios constituem-se em volumes apreciáveis foi solicitado pelo Excelentíssimo Prefeito do Município de Belo Horizonte, Dr. Fernando da Mata Pimentel um resumo do conteúdo dos trabalhos desenvolvidos e denominados de Síntese do Levantamento da Situação do processo de Licenciamento Ambiental do Setor Saúde em Belo Horizonte – MG (Cintra, 2007b).

Particularmente, ficou evidenciada a situação dos hospitais frente às dificuldades de aprovação dos Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde dos estabelecimentos de saúde no município -PGRSS face aos Pareceres da Secretaria Municipal de Saúde – SMSA e da Superintendência de Limpeza Pública -SLU.

Finalmente, como resultados obtidos com o trabalho obteve-se importantes alterações na Diretriz Normativa relativa ao Licenciamento Ambiental do Município de Belo Horizonte, além de modificação nos Termos de Referência para Elaboração de Projetos Técnicos necessários para obtenção das licenças ambientais nos diferentes órgãos responsáveis pelo Licenciamento Ambiental e que se tornaram referência para o Estado de Minas Gerais.

MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia de trabalho consistiu, primeiramente, na busca de diálogos com as instituições envolvidas no licenciamento ambiental do município de Belo Horizonte para discussões, adequação e apontamento daqueles requisitos realmente pertinentes ao setor e importantes para efetivação das licenças para os hospitais do município. Concomitantemente, também foram construídos formulários-base sobre a documentação requerida por cada uma destas instituições em relação ao licenciamento ambiental e respondidos pelos hospitais para avaliação individual do caminho de cada hospital e para determinação das maiores dificuldades do setor.

Construído o formulário com a pretensão primeira de um panorama das questões relativas ao licenciamento ambiental do município, junto aos diversos órgãos envolvidos no processo, o mesmo foi, então, distribuído aos 50 hospitais associados à Associação dos Hospitais de Minas Gerais – AHMG. Deste universo, 37 (trinta e sete) apresentaram o formulário e 30 (trinta) tiveram suas respostas compiladas e analisadas (pois 4 destes hospitais já possuíam o Licenciamento Ambiental finalizado e 3 ou não foram chamados ou foram liberados do processo de licenciamento ambiental. As respostas obtidas a partir dos formulários-base enviados aos hospitais particulares de Belo Horizonte foram analisadas e a tabulação dos dados produziu informações suficientes para um adequado reconhecimento da situação atual do licenciamento dos hospitais de Belo Horizonte.

RESULTADOS OBTIDOS

Os resultados obtidos a partir da análise das respostas dos 30 (trinta) formulários-base foram primeiramente analisados isoladamente e posteriormente relacionados entre si.

Considerando as respostas apresentadas pelos estabelecimentos de saúde em relação ao Parecer da Secretaria Municipal Adjunta de Regulação Urbana -SMARU, pode-se perceber que a idade média das edificações onde se estabelecem os hospitais é de 41 anos e que apenas 20% dos hospitais não iniciaram

o processo para obtenção do Parecer sobre a conformidade legal do empreendimento frente à legislação urbanística. Especificamente em relação à questão “Existe outro problema quanto à regularização do imóvel junto a SMARU?” e em relação de documentos faltantes para a conclusão do processo junto a SMARU tem-se que as maiores dificuldades se constituíram em:

- Regularização da edificação frente a acréscimos ocorridos.
- Altos custos.
- Parcelamento do terreno.
- Tombamento da edificação.
- Situação de imóvel alugado
- Morosidade do órgão na análise da documentação.
- Divergência de prazos e pré-requisitos estabelecidos pelos diversos órgãos.
- Documentação do empreendimento e proprietário (baixa de construção, habite-se, usucapião).

Assim, a regularização da edificação frente a acréscimos ocorridos apresentou-se como a maior dificuldade frente a SMARU.

Quanto aos resultados sobre o Parecer da Superintendência de Desenvolvimento da Capital -SUDECAP pode-se concluir que 30% dos hospitais não possuem encaminhamento de processo na SUDECAP. Também se percebeu que 42% do universo dos hospitais possuem área permeável, 62% apresentam projetos de redes e 88% possuem rede pública de captação de água pluvial.

Especificamente em relação às respostas apresentadas à pergunta “Existe outro problema quanto ao processo junto a SUDECAP e” Relacione os documentos que faltam para a conclusão do processo junto a SUDECAP “pode-se perceber que as maiores dificuldades se constituíram em”:

- Cadastramento de redes.
- Morosidade de análise.
- Custos.
- Cadastramento de drenagem.
- Ligação com a Rede pública.
- Obras da PBH.
- Dependência de dados e documentação de outros órgãos.
- Divergência de prazos e pré-requisitos entre os órgãos.

Com relação à situação do processo de licenciamento frente a BHTRANS obteve-se que 30% dos estabelecimentos não iniciaram seus processos, 33% estão com as solicitações em análise e 37% se encontram com o processo concluído.

E ainda, a partir das respostas constantes do item sobre a BHTRANS pode-se concluir que as maiores dificuldades se constituem em:

- Área de estacionamento.
- Divergência de prazos e pré-requisitos entre os órgãos.
- Questionamento das responsabilidades de elaboração de estudos viários no entorno do empreendimento.
- Falta de normalização de procedimentos.
- Morosidade de atendimento de tramitação de documentação.
- Custo.

Cabe ressaltar que o item Área de estacionamento foi citado por 60% dos hospitais que compõem o universo dos



estabelecimentos considerados no trabalho. E dentro do universo dos hospitais inseridos no processo de licenciamento junto a BHTRANS 74% atestam que não têm área de estacionamento suficiente exigida por este órgão fiscalizador. Alguns fatores, possivelmente, possam ter contribuído para esta situação: i) a idade dos estabelecimentos; ii) o entorno da construção propriamente dita.

As respostas referentes ao Laudo da Companhia de Saneamento de Minas Gerais -COPASA mostraram que dos 30 hospitais no processo 33% não iniciaram o processo junto a COPASA, 7% estão em desenvolvimento de projetos, 53% estão com projetos em análise e 7% estão na fase de levantamento de dados. Também se pode inferir que nenhum dos hospitais possui laudo comprovando a conexão dos efluentes ao sistema de esgotamento sanitário público. Ademais, 20% dos hospitais da pesquisa estão em débito com a COPASA. E o Termo de Adesão ao Programa de Recebimento e Controle de Efluentes Não Domésticos -PRECEND não foi, ainda, assinado por 50% dos hospitais.

Ainda, em referência às respostas constantes do item COPASA pode-se estimar como maiores dificuldades:

- Cadastramento das redes.
- Débitos com o órgão.
- Quantificação do consumo por ponto do estabelecimento.
- Complexidade dos pré-requisitos para o preenchimento do Termo de Adesão.
- Falta de adaptação do Termo Técnico de Referência ao setor saúde.
- Acesso as FISQPS.
- Acesso aos examinadores e esclarecimentos de informações.
- Complexidade no protocolo de documentação.
- Manutenção de subsídios na renovação de contratos.
- Falta de interação entre as diversas autarquias quanto aos prazos e pré-requisitos.
- Utilização de Fontes alternativas de abastecimento.

A situação dos hospitais frente aos Pareceres da Secretaria Municipal de Saúde/Vigilância Sanitária – SMSA/VISA e à Superintendência de Limpeza Pública -SLU apresentaram dificuldades quanto à aprovação dos Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde -PGRSS (PBH, 2005). Do universo de 30 hospitais, 87% se encontravam com seus planos em análise na SMSA/VISA e 77% na SLU.

Considerando as respostas registradas nos formulários quanto ao atendimento da SMAS/VISA obteve-se como requisitos que dificultam o processo de licenciamento no órgão:

- Demora na análise dos planos.
- Os itens abordados em um relatório não correspondem a relatórios anteriores
- Abordagens conflitantes entre os órgãos (a exemplo do condicionamento de resíduos).



Quanto ao retorno dos formulários em relação às considerações quanto ao atendimento da SLU pode-se resumir em:

- Falta de colaboração dos funcionários do órgão.
- Falta de entrosamento com os demais órgãos.
- Dificil acesso para esclarecimento de dúvidas.

Itens abordados em um relatório que não correspondem aos relatórios anteriores.

Órgão com excesso de burocracia e baixa coerência na emissão de pareceres e condicionantes ambientais.

A partir da análise dos documentos apontados no formulários-base podem-se detectar como elementos faltantes para a conclusão do processo de licenciamento ambiental, em ordem decrescente de dificuldades:

- Pesquisa de percepção ambiental.
- Documentação do imóvel.
- Documentação da empresa.
- Falta de pareceres de outros órgãos.
- Documentação do responsável legal.

Outros problemas e dificuldades encontradas para a elaboração do RCA e PCA foram apontados como:

- Impossibilidade de protocolizar o RCA e PCA em função da necessidade de aprovação dos pareceres em outros órgãos.
- Levantamento da documentação do estabelecimento.
- Elaboração das pesquisas de opinião.

Finalmente, numa análise do campo de complementação do formulário foram também reforçadas algumas dificuldades colocadas pelo setor, a saber:

- Exigibilidade em atender as novas regras sem flexibilidade, principalmente, por se tratar de instituições antigas.
- Informar dados que não são considerados pelo empreendedor, como de sua competência, a exemplo da BHTRANS que solicita informações sobre o entorno do empreendimento, como vias de acesso, comércio, tamanho do quarteirão. Acredita-se que estes dados sejam de exclusiva responsabilidade destes órgãos e não da instituição informar.
- Necessidade de conciliar os quesitos de segurança e pânico com as normas de Patrimônio Histórico.
- A Prefeitura deveria ter apenas uma “Porta de Entrada” para todo o processo de Licenciamento Ambiental de forma a conciliar os prazos internos intra-secretarias e minimizar a burocracia.

Numa análise conjunta de todos os itens contidos no levantamento da situação ambiental do setor saúde fica evidente a dificuldade apontada pela maioria dos empreendedores da área da saúde, a saber, a falta de interação entre os órgãos envolvidos no Licenciamento Ambiental do município. Assim deve-se atentar para uma padronização de procedimentos para a realização das análises da documentação pertinente ao licenciamento ambiental de estabelecimentos de saúde no município de Belo Horizonte, hoje considerado como referência no Brasil.

Outro ponto de interesse da pesquisa, a partir dos resultados obtidos nas diversas reuniões com as instituições envolvidas no licenciamento ambiental do município de Belo Horizonte constituiu nos passos metodológicos propostos pelos órgãos oficiais especificamente para a tipologia hospitalar. A COPASA, num trabalho conjunto com os técnicos da COTEMA/AHMG, elaborou um novo Termo de Referência específico para o desenvolvimento do Projeto Técnico do Programa de Recebimento e Controle dos Efluentes Não Domésticos – PRECEND. Este trabalho resultou em uma simplificação do Termo de Referência anteriormente distribuído pela COPASA permitindo aos hospitais maior agilidade e facilidade na reunião e formatação das informações solicitadas. Foi esclarecido que os hospitais que já haviam iniciado seus trabalhos conforme Termo de Referência antigo poderiam optar por continuarem a apresentar suas informações nesse termo ou poderiam trocar pelo Termo de Referência (de setembro/2007) revisado e em vigor, se assim o desejarem. Entretanto, caso o hospital opte por um determinado Termo de Referência, este deverá ser seguido na íntegra, não sendo aceitas conjugações entre estes dois termos. A SMAMA, após diversas reuniões com os técnicos da COTEMA emitiu um Termo de Compromisso para Autorização Temporária, conforme disposto no capítulo iii, artigo 10 da Deliberação Normativa n.º 42 de 18 de setembro de 2002, a ser firmado pelo hospital interessado perante o Conselho Municipal do Meio Ambiente -COMAM.

CONCLUSÕES

Os procedimentos metodológicos adotados no presente trabalho mostraram-se exequíveis nas etapas de obtenção e preparação das respostas constituindo-se em importante contribuição, atestada pelos próprios gestores ambientais para a área do licenciamento do setor saúde. A tabulação dos dados produziu informações suficientes para um adequado reconhecimento da situação atual do licenciamento dos hospitais particulares de Belo Horizonte. Assim, ainda que se faça necessária uma maior investigação acerca de sua aplicabilidade, as premissas e metodologias adotadas mostraram-se válidas e adequadas para estudos semelhantes. Convém ressaltar que o trabalho com os demais órgãos responsáveis pela emissão de laudos e pareceres relativos ao Licenciamento Ambiental de estabelecimentos de saúde em Belo Horizonte continuará dentro desta metodologia de negociação e avaliação técnica de todos os envolvidos na questão. Assim através deste estudo pode-se analisar a situação do Licenciamento Ambiental do setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais e verificou-se que o estudo das dificuldades apontadas no licenciamento dos hospitais de Belo Horizonte pode representar um avanço para a sustentabilidade ambiental do município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte -Decreto Municipal nº 12165/2005 de 16/09/05.
2. RESOLUÇÃO ANVISA RDC Nº 306/2004 de 07/12/04.
3. RESOLUÇÃO CONAMA Nº 358/2005 de 29/04/05.
4. Cintra I.S.; Cunha R. T. M.; Santos, E. S.; Cunha R.D. Relatório da Situação dos Hospitais de Belo Horizonte – Processo de Licenciamento Ambiental. Associação dos Hospitais de Minas Gerais AHMG. Dezembro de 2006.
5. Cintra I.S.; Cunha R. T. M. Santos, E. S.; Cunha R.D. Relatório da Situação dos Hospitais de Belo Horizonte – Processo de Licenciamento Ambiental – 2ª Etapa. Associação dos Hospitais de Minas Gerais AHMG. 2007a.
6. Cintra I.S.;Cunha R. T. M. E. S.; Cunha R.D. Síntese do Levantamento da Situação do processo de Licenciamento Ambiental do Setor Saúde em Belo Horizonte – MG. Associação dos Hospitais de Minas Gerais -AHMG. 2007b.

AHMG Debate

Fórum de discussão

Espaço aberto para discussão de temas relacionados ao setor saúde.

Gestor Hospitalar compartilhe aqui suas experiências!

Acesse a nossa programação através do site: www.ahmg.com.br
Maiores informações pelo telefone: (31) 3326.8007

A **união** faz a força...
...e agora também, leva **tranquilidade** a você.

TRANQUILIDADE

CENTRAL DE BENEFÍCIOS

Fone: (31) 3582.6570



Unindo forças para o seu bem-estar



RAHIS

Revista de Administração Hospitalar
e Inovação em Saúde

jan/jun 2009

Patrocínio:



RAHIS

Revista de Administração Hospitalar
e Inovação em Saúde

jan/jun 2009



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas - Face

