

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Profissional em Saúde Pública

Ana Lúcia Andrade da Silva

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL: A CONSTRUÇÃO
DO ÍNDICE DE COMPLETUDE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR, ATRAVÉS
DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS**

RECIFE
2012

Ana Lúcia Andrade da Silva

Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes

Co-orientadora: Gabriella Morais Duarte Miranda

Recife
2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586ar Silva, Ana Lúcia Andrade da.

Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais/ Ana Lúcia Andrade da Silva. — Recife: A. L. A. da Silva, 2012.

168.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Antonio da Cruz Gouveia Mendes, co-orientadora Gabriella Morais Duarte Miranda.

1. Avaliação em Saúde. 2. Serviços de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistemas de Informação. 3. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. I. Mendes, Antonio da Cruz Gouveia. II. Miranda, Gabriella Morais Duarte. III. Título.

CDU 614.2

ANA LÚCIA ANDRADE DA SILVA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL: A CONSTRUÇÃO DO
ÍNDICE DE COMPLETUDE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ATRAVÉS DOS
SISTEMAS DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovado em: 21/05/2012

BANCA EXAMINADORA

Dr. Wayner Vieira de Souza
CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque
Depto. Medicina Social/CCS/UFPE

Orientador: Dr. Antonio da Cruz Gouveia Mendes
CpqAM/FIOCRUZ

A Sidclei e Glória, meus pais, pelo amor incondicional, o exemplo, e por terem trilhado o meu caminho, me permitindo chegar até aqui.

A Isaltino Nascimento, meu amor, por ser esse “TUDO” pra mim, que ninguém mais pode ser.

À Sofia Nascimento, minha filha, que tem a capacidade de preencher minha vida com um simples sorriso e o olhar mais doce que já conheci.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A Deus, essa força maior, presente em todos os momentos.

Aos meus avós, pela doçura, retidão e exemplo.

Aos meus pais, por terem abdicado tanto em meu favor. Pela essência e valores passados.

Em nome das minhas irmãs: Ana Cris, Glorinha e Peite, trago meu muitíssimo obrigado a toda minha família, pelo apoio, acreditação e amor.

A Zauzinho, meu amor, amigo e companheiro, o maior incentivador desta realização. Agradeço pelo dia a dia, pela maravilhosa vida compartilhada, por tornar possível todas as conquistas da minha vida.

A Toinho, meu orientador, a quem dispenso uma imensa admiração, pelo lugar que ocupa no Sistema Único de Saúde, seja na gestão, na política ou academia. Por ter provocado em mim grandes buscas de conhecimentos e renovação. Pela presteza e dedicação.

À Gaby Morais, minha co-orientadora e amiga, por tudo que trouxe para minha vida. Pela generosidade em dividir a realização deste trabalho comigo.

Às minhas filhas, Ló e Sofia, minha afilhada Julita e meu neto Cauã, por mesmo sem saber provocarem em mim uma necessidade constante de crescimento. Por me fazerem querer ser uma referência digna. Por me apresentarem a maior e mais desafiadora forma de amor possível.

Em nome de Domício e Cintia agradeço a todo o grupo de pesquisa do LABSIS, por terem caminhado juntos na construção e realização deste trabalho.

À Alci e Marcinha, minhas amigas irmãs, através das quais encontrei o pleno sentido da amizade. Agradeço pelo amor, afeto e apoio incondicionais. E através de vocês, saúdo todos os meus amigos, presenças essenciais nos momentos doces e nas amargas situações da vida.

Aos meus colegas da turma do Mestrado Profissional em Saúde Pública 2010-2012, pessoas que trago no meu coração, agradeço a amizade, a alegria e convivência ímpares.

Trago as minhas saudosas homenagens aos meus queridos Arichele e Romualdo (*in memoriam*), duas grandes figuras com quem tive a honra de conviver e poder chamar de amigos.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma contribuíram na construção, execução e conclusão deste trabalho.

“Hay que endurecerse, pero sin perder la ternura jamás.”

Che Guevara.

SILVA, A. L. A. **Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

Introdução: Boa parte da assistência prestada às gestantes e crianças no Brasil ocorre no ambiente hospitalar e a morbi-mortalidade materna e neonatal está diretamente relacionada à qualidade destes cuidados. **Objetivo:** desenvolver indicadores de saúde, a partir dos sistemas de informações para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do SUS. **Método:** Estudo descritivo de corte transversal, que utilizou como fontes dados o Sistema de Informações Hospitalares e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relevância e confiabilidade foram definidos como critérios para inclusão das variáveis no estudo. A realização do estudo se deu com a construção e valoração dos indicadores simples, compostos e do índice de completude, e distribuição espacial da rede hospitalar materna e neonatal nas regiões e estados do país, segundo a classificação destes indicadores. **Resultados e Discussão:** O processo de seleção gerou um conjunto de 40 variáveis relevantes e com confiabilidade satisfatória. A partir deste elenco foram construídos 27 indicadores simples, cinco indicadores compostos e o índice de completude. A rede hospitalar foi caracterizada como predominantemente de pequeno porte, baixa complexidade, com regular assistência ao parto, baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis e epidemiológicas. A análise do índice de completude revelou que mais de 80% dos hospitais apresentam baixa completude e que os serviços mais qualificados estiveram concentrados nas regiões mais desenvolvidas do país, e mesmo dentro das regiões houve uma concentração em quantidade e qualidade dos hospitais em alguns estados. **Considerações finais:** A qualidade da assistência prestada pelo SUS, no período compreendido entre o final da gravidez e o momento do nascimento, não foi desejável e demanda intervenções na ordem da estrutura e processo. O índice de completude demonstrou ser de grande valor enquanto ferramenta para o monitoramento da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS.

Palavras-chave: avaliação em saúde, serviços de saúde materno-infantil, sistemas de informações, indicadores de qualidade em assistência a saúde.

SILVA, A. L. A. Evaluation of maternal and neonatal care: The construction of the index of completeness of hospital care through the health care information system. Dissertation (professional master's degree in public health) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

Intoduction: In Brazil, most part of the medical assistance given to pregnant women and children happen in the hospital, and the maternal and neonatal morbidity and mortality rates are directly related to the quality of the medical care. **Objective:** To develop health indicators using the health care information system to evaluate the maternal and neonatal medical care provided by the SUS. **Method:** A cross-sectional descriptive study that used SIH/SUS and CNES as its sources. Relevancy and reliability were defined as criterion to include the variables in the study. The development study occurred with the construction and valuation of simple indicators, composed and the completeness index, and spatial distribution of the neonatal and maternal health care services in the country's regions and states, according to the indicators classification. **Results and discussion:** The selection process generated a set of 40 relevant variables with satisfactory reliability. From this group, 27 simple indicators, 5 composed indicators and the completeness index were built. The health care services were mainly categorized as small, of low complexity, with regular labor and delivery assistance, and very little availability of the recommended practices and the development of the epidemiological practices were also unsatisfactory. The analysis of the completeness index showed that over 80% of the hospitals analyzed present low completeness, and that the ones with the best-qualified services are gathered in the most developed regions of the country, yet, in some regions it was detected a difference in concentration of the quantity and quality of the services throughout its states. **Final considerations:** The quality of the health care services available at SUS it's not satisfactory and screens for intervention in its structure and process. The completeness index proved to be of great value to be used as a tool while monitoring the maternal and neonatal assistance available at SUS.

Key words: health evaluation, maternal-child health services, information systems, quality indicators health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Exemplo de proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, segundo suas dimensões a partir da definição de indicadores -----	46
Quadro 2 -	Apresentação das etapas desenvolvidas para conformação do banco de dados do estudo, Recife, 2010 -----	55
Quadro 3 -	Matriz teórica -----	56
Quadro 4 -	Matriz de seleção das variáveis -----	58
Quadro 5 -	Descrição das variáveis selecionadas para o estudo, segundo definição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade, e critérios de inclusão. Brasil, 2009 -----	66
Quadro 6 -	Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade e dimensão da qualidade. Brasil, 2009 -----	70
Quadro 7 -	Apresentação dos indicadores simples, segundo suas frequências mínima e máxima, período de referência e fonte de coleta. Brasil, 2009 -----	75
Quadro 8 -	Apresentação dos indicadores simples, segundo faixa para pontuação com suas respectivas pontuações (scores). Brasil, 2009 -----	79
Quadro 9 -	Apresentação dos indicadores compostos (dimensões), segundo os indicadores simples que os compõem, suas faixas para pontuação e respectivas pontuações. Brasil, 2009 -----	85
Quadro 10 -	Apresentação do índice de completude, segundo as dimensões que o compõe, e suas respectivas pontuações. Brasil, 2009 -----	87
Quadro 11 -	Apresentação dos níveis de completude, e suas respectivas pontuações. Brasil, 2009 -----	87
Gráfico 1 -	Distribuição dos hospitais de maior porte (níveis 3 e 4), segundo as regiões do país. Brasil, 2009..-----	110
Gráfico 2 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo o porte . Brasil, 2009 -----	110

Gráfico 3 -	Distribuição dos hospitais de maior complexidade (níveis 4 e 5), segundo as regiões do país. Brasil, 2009 -----	112
Gráfico 4 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo a complexidade . Brasil, 2009	113
Gráfico 5 -	Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão assistência ao parto (nível 4), segundo as regiões do país. Brasil, 2009 -----	115
Gráfico 6 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo a assistência ao parto . Brasil, 2009 -----	116
Gráfico 7 -	Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão práticas recomendáveis (níveis 4 e 5), segundo as regiões do país. Brasil, 2009 -----	117
Gráfico 8 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo as práticas recomendáveis obstétricas e neonatais . Brasil, 2009 -----	118
Gráfico 9 -	Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão práticas epidemiológicas (nível 3), segundo as regiões do país. Brasil, 2009 -----	119
Gráfico 10 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo as práticas epidemiológicas . Brasil, 2009 -----	120
Gráfico 11 -	Distribuição dos 185 hospitais da rede materna e neonatal do SUS, classificados em alta e altíssima completude da assistência (níveis IV e V), segundo as regiões do país. Brasil, 2009 -----	121
Gráfico 12 -	Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo o índice de completude . Brasil, 2009 -----	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação das variáveis disponíveis no banco de dados do estudo, segundo categorias de análise. Brasil, 2009 -----	64
Tabela 2 -	Apresentação das etapas do processo de seleção das variáveis. Brasil, 2009 -----	65
Tabela 3 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de leitos obstétricos e neonatais. Brasil, 2009 -----	94
Tabela 4 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de internações obstétricas e neonatais. Brasil, 2009 -----	94
Tabela 5 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de incubadoras disponíveis. Brasil, 2009 -----	96
Tabela 6 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de leitos em UTI adulto, pediátrica e neonatal. Brasil, 2009 -----	97
Tabela 7 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo habilitação em cuidados intermediários neonatal. Brasil, 2009 -----	98
Tabela 8 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo habilitação para atendimento terciário à gestante de alto risco. Brasil, 2009 -----	99
Tabela 9 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a realização de partos normais e cesáreos de alto risco. Brasil, 2009 -----	101
Tabela 10 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo percentual de cesárea. Brasil, 2009 -----	102
Tabela 11 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo percentual de parto cesáreo com permanência de 48h e parto normal com permanência de 24h. Brasil, 2009 -----	104
Tabela 12 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo as habilitações selecionadas. Brasil, 2009 -----	107

Tabela 13 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo comissão de análise de óbitos, comissão de controle de infecções hospitalares e comissão de investigação e notificação de doenças. Brasil, 2009 -----	108
Tabela 14 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a dimensão <i>Porte</i> . Brasil, 2009 -----	109
Tabela 15 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a dimensão <i>Complexidade</i> Brasil, 2009 -----	111
Tabela 16 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a dimensão <i>Assistência ao Parto</i> . Brasil, 2009 -----	115
Tabela 17-	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a dimensão <i>Práticas Obstétricas e Neonatais Recomendáveis</i> . Brasil, 2009 -----	117
Tabela 18 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a dimensão <i>Práticas Epidemiológicas</i> . Brasil, 2009 -----	119
Tabela 19 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o índice de Completude. Brasil, 2009 -----	121
Tabela 20 -	Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, nas regiões e estados do país, segundo os níveis de Completude. Brasil, 2009 -----	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIH:** Autorização de Internação Hospitalar
- CAP'S:** Caixas de Aposentadorias e Pensões
- CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- CPqAM:** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
- DATA/PREV:** Empresa de Procedimentos de Dados da Previdência Social
- DATASUS:** Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- EQ:** Arquivos do CNES referentes aos estabelecimentos de saúde
- FIOCRUZ:** Fundação Oswaldo Cruz
- HB:** Arquivos do CNES referentes às habilitações dos estabelecimentos de saúde
- IAP'S:** Institutos de Aposentadorias e Pensões
- IBGE:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INAMPS:** Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
- INPS:** Instituto Nacional de Previdência Social
- LT:** Arquivos do CNES referentes aos leitos dos estabelecimentos de saúde
- MAC:** Média e Alta Complexidade
- MPAS:** Ministério da Previdência e Assistência Social
- MS:** Ministério da Saúde
- OMS:** Organização Mundial de Saúde
- PRO-ADESS:** Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde
- RD:** Arquivos Reduzidos
- SAMHPS:** Sistema da Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social
- SIA:** Sistema de Informações Ambulatoriais
- SIH:** Sistema de Informações Hospitalares
- SIM:** Sistema de Informações de Mortalidade
- SINAN:** Sistema de Agravos de Notificação
- SINASC:** Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos
- SIS:** Sistemas de Informações em Saúde
- SNCPCH:** Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares
- ST:** Arquivos do CNES referentes aos estabelecimentos de saúde
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- UNICEF:** Fundo das Nações Unidas para a Infância
- UTI:** Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Caracterização do Problema	18
1.2 Referencial Teórico	19
1.2.1 A Política de Saúde e o Setor Hospitalar no Brasil	19
1.2.2 A Assistência Hospitalar Materna e Neonatal	23
1.2.3 Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde	28
1.2.4 Os Sistemas de Informações em Saúde	34
1.2.4.1 <i>O Sistema de Informações Hospitalares</i>	36
1.2.4.2 <i>O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde</i>	38
1.2.5 Indicadores de Saúde: Características, Aplicação e Construção	39
2 JUSTIFICATIVA	48
3 OBJETIVOS	50
3.1 Objetivo Geral	50
3.2 Objetivos Específicos	50
4 MÉTODO	52
4.1 Tipo de Estudo	53
4.2 Universo do Estudo/Período de Referência	53
4.3 Fonte, Coleta Organização e Processamento dos Dados	54
4.4 Elaboração dos Instrumentos para a Seleção das Variáveis	55
4.5 Premissas para a Construção de Indicadores	60
4.6 Caminhos Percorridos	61
4.7 As Considerações Éticas	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1 A Construção do Índice	63
5.1.1 <i>A Seleção das Variáveis</i>	63
5.1.2 <i>A Construção dos Indicadores Simples</i>	69
5.1.3 <i>Estabelecendo Valor para os Indicadores Simples</i>	75
5.1.4 <i>Redefinindo o Universo do Estudo</i>	81
5.1.5 <i>A Elaboração dos Indicadores Compostos</i>	82
5.1.6 <i>Valorando os Indicadores Compostos</i>	84

5.1.7 O Desenvolvimento do Índice de Completude da Assistência Hospitalar Materna e Neonatal do SUS	86
5.1.8 Definindo Valor para o Índice	86
5.2 A Discussão da Elaboração do Índice	88
5.3 Resultados e Discussão da Aplicação dos Indicadores e do Índice de completude ---	93
5.3.1 Os Indicadores Simples	93
5.3.2 As Dimensões (Indicadores Compostos)	109
5.3.3 O Índice de Completude	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
REFERÊNCIAS	131
APÊNDICE A - Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alto Porte. Brasil, 2009	144
APÊNDICE B - Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alta Complexidade. Brasil, 2009	146
APÊNDICE C - Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho da Assistência ao Parto. Brasil, 2009	150
APÊNDICE D - Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho das Práticas Recomendáveis. Brasil, 2009	152
APÊNDICE E - Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho das Práticas Epidemiológicas. Brasil, 2009	155
APÊNDICE F - Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alta e altíssima Completude. Brasil, 2009	164

Introdução



1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização do Problema

A Atenção Hospitalar tem sido um dos principais temas de debate desde a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil. O setor hospitalar brasileiro foi conformado sob a lógica de um modelo mercantil da prestação de serviços de saúde. Por isso, ao longo das últimas décadas, vêm sendo discutidas questões relativas à sua reestruturação de modo a responder as efetivas necessidades da população de forma integrada à rede de saúde e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Nesta perspectiva a qualidade do cuidado hospitalar ofertado às mães e neonatos, durante o ciclo gravídico-puerperal, está na agenda política do setor saúde não só no Brasil, mas em todo o mundo. Isto porque a qualidade dos cuidados médicos e obstétricos ofertados durante a gestação, parto e puerpério está diretamente relacionada à ocorrência da mortalidade materna perinatal e neonatal. No Brasil, o tema assume uma relevância ainda maior, visto que os coeficientes de mortalidade materna perinatal e neonatal apresentam-se bastante elevados, mesmo quando comparados a alguns países com semelhantes ou inferiores condições de vida.

E quando está em questão a qualidade dos serviços de saúde, a Avaliação em Saúde assume fundamental importância para o Planejamento e Gestão do Sistema no apoio à tomada de decisões.

Neste processo, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) e os Indicadores de Saúde constituem-se em valiosas ferramentas, na medida em que possibilitam estruturar, operacionalizar, supervisionar, controlar e avaliar o desempenho dos serviços do setor. Os SIS concentram uma grande quantidade e diversidade de informações, que podem ser divulgadas em pouco tempo após a ocorrência do evento. Já os Indicadores de Saúde são capazes de explicitar e revelar condições

relacionadas à Atenção à Saúde quer sejam dos serviços, dos programas, do indivíduo ou da população com um todo.

Por isso, consideramos oportuno o desenvolvimento de um instrumento para avaliação da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde, a partir dos Sistemas de Informação em Saúde.

1.2 Referencial Teórico

1.2.1 A Política de Saúde e o Setor Hospitalar no Brasil

Ao buscar as origens da conformação do setor hospitalar no Brasil nos confrontamos com os elementos históricos que antecederam e permearam a concepção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Até o início do século XX não havia no país atendimento médico de caráter público. As classes dominantes eram atendidas por profissionais legais da medicina, os chamados médicos de família. Enquanto o restante da população contava com atendimento filantrópico encontrado em hospitais mantidos pela igreja (BERTOLLI FILHO, 1998).

Antes da implantação do SUS era hegemônico no país o modelo Flexneriano voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital (BRAVO, 2001; ELIAS, 2004; SILVA JR; ALVES, 2007).

Neste período, ocorreu a expansão de um complexo médico hospitalar voltado para o atendimento aos previdenciários. Um modelo de prestação de assistência médica que privilegiava a contratação de serviços de terceiros e o maciço investimento na assistência hospitalar em detrimento da atenção primária (BRAGA; DE PAULA, 2006; BRAVO, 2001; BUSS, 1993).

Esta política perdurou até a implantação do Sistema Único de Saúde e definiu as bases que permitiram a hegemonia, na década de 70, do modelo assistencial

privatista, o qual se encontra presente no setor saúde brasileiro até os dias de hoje (BRAVO, 2001; BUSS, 1993).

O Sistema Único de Saúde foi implantado no Brasil, em 1988, como resposta à crítica situação que o setor se encontrava no país, gerada pelos longos anos da atuação de políticas predominantemente mercantis, sem compromisso com o estado de saúde da maioria da população (BERTOLLI FILHO, 1998; BRASIL, 2002).

O SUS inclui todos os cidadãos na área de abrangência da prestação de serviços de saúde. E atribui ao Estado o dever de cumprir o que passou a ser um direito de qualquer cidadão brasileiro. Iniciou-se, assim, um processo de construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade da assistência à saúde (BRASIL, 2002).

A universalidade supõe o acesso igualitário aos serviços e ações de saúde a todos os brasileiros, sem qualquer barreira de natureza legal, econômica, física ou cultural (BRASIL, 2000a; PAIM; SILVA, 2010).

A equidade surge da necessidade de se reduzir as diversas e extremas desigualdades sociais e econômicas existentes no país, que afetam direta ou indiretamente a saúde da população (LUCCHESI, 2003).

A integralidade tem sido objeto de uma série de políticas que buscam orientar e direcionar a implementação de ações visando a responder às necessidades de saúde da população, nos diversos níveis de atenção do Sistema (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) a integralidade da assistência é apresentada como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 1990).

Na mesma direção, Starfield (2002) define que, em uma primeira aproximação, a integralidade pode ser entendida como “atendimento integral”,

focado prioritariamente nas atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Campos (2010) comentou que o atendimento com a diretriz da integralidade deve incorporar um amplo espectro de intervenções. Articulando prevenção, atendimento curativo e reabilitação. E complementa que essa ação integrada deve ter a capacidade de promover a saúde no cotidiano das pessoas, fazer diagnósticos e tratamentos precoces para reduzir danos e iniciar rapidamente a reabilitação e readaptação ao convívio social.

A efetivação da integralidade, portanto, relaciona-se com a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação; trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007a).

A partir destas diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal (1988), os serviços de saúde foram organizados e distribuídos de acordo com sua complexidade, de maneira a assegurar ao usuário o atendimento às suas necessidades (BRASIL, 2006a).

Focando no setor hospitalar, encontramos na literatura diversas propostas de definições e conceituação para o hospital. O Ministério da Saúde define:

Estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/emergência e de ensino/pesquisa (BRASIL, 2010).

Mckee e Healy (2002) comentam que os hospitais têm sido descritos como algumas das organizações sociais mais complexas conhecidas. E apresentam o seguinte conceito: o hospital é uma instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para pacientes. Os quais são submetidos a procedimentos investigativos e terapêuticos, com o objetivo do restabelecimento de suas condições de saúde.

Os hospitais são também definidos por instituições que existem desde a Idade Média e apresentam múltiplas funções sociais. Desenvolvendo desde a assistência médica com caráter asilar, até a prática de pesquisas avançadas em saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Para Fuerwerker e Cecílio (2007), é uma organização complexa de grande relevância social, que ocupa um lugar crítico na prestação de serviços de saúde. Um ambiente atravessado por múltiplos interesses, onde são construídas identidades profissionais.

Diante da diversidade de conceitos propostos para o hospital, fica bastante evidente a complexidade e relevância que esta instituição assume para a política de saúde e a sociedade como um todo.

No contexto da política de saúde do Brasil, Malik e Novaes (2007) relataram que os cidadãos brasileiros percebem melhor as carências no setor hospitalar que em outras modalidades assistenciais. É na assistência hospitalar que os cidadãos depositam seus desejos e expectativas em momentos de grande aflição.

A atenção prestada pelo sistema hospitalar no Brasil concentra grande parte dos recursos financeiros, materiais e humanos. E responde pelo atendimento de necessidades de saúde e demandas específicas, de grande visibilidade política e social. Sendo, portanto, um importante componente do SUS (MALIK; NOVAES, 2007).

Por isso, com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde, desencadeou-se no país um processo de discussão e redefinição em torno do setor hospitalar. Foi posto em debate o seu papel e lugar na produção do cuidado dentro do sistema. Com vistas à sua capacidade em prestar serviços com qualidade, integralidade e eficiência. Entraram em cena, também, as questões relativas ao seu desempenho e controle de custos (CARVALHO, 2007; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; MALIK; NOVAES, 2007).

Ao longo dessa história, a atenção médico-hospitalar esteve sempre em evidência, simultaneamente como vilã, sendo responsabilizada pelos maiores custos, e como vítima, na medida em que os valores de remuneração pelos seus serviços são geralmente reconhecidos como aquém dos custos reais estimados (CARVALHO, 2007).

Vecina Neto e Malik (2007) relatam que a assistência hospitalar ainda é no SUS um campo cercado de várias incertezas. Não se sabe ao certo se os leitos são suficientes, se são excessivamente caros, se a atenção prestada é de boa qualidade, se é mais conveniente os hospitais serem de grande ou pequeno porte.

1.2.2 A Assistência Hospitalar Materna e Neonatal

No Brasil, as crianças, juntamente com os adolescentes e as mulheres no período reprodutivo, representam aproximadamente 63% do efetivo demográfico do país. O que permite considerar que o segmento materno e infantil representa o principal componente biológico da população brasileira (CAMINHA et al., 2008).

Boa parte da assistência médica prestada às gestantes e crianças no Brasil ocorre no ambiente hospitalar (SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002).

A busca pela melhoria da saúde materna e infantil, visando à prevenção de mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse no campo da saúde e dos direitos reprodutivos no mundo (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SERRUYA; CECATI; LAGO, 2004).

Por isso a assistência prestada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e às crianças no primeiro ano de vida vem sendo bastante estudada nos últimos anos. Principalmente no que se refere à sua repercussão sobre a mortalidade materna, perinatal e neonatal (CAMINHA et al., 2008; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002; SERRUYA; CECATI; LAGO, 2004).

A ocorrência destes óbitos reflete as condições de saúde e a eficácia dos serviços prestados a uma determinada população. Podendo ser significativamente reduzida se a assistência profissional e a estrutura institucional forem adequadas (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; CAMINHA et al., 2008; DE LORENZI et al., 2001; FRIAS et al., 2002; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000; VARDANEGA et al., 2002).

A mortalidade materna é considerada o indicador epidemiológico que melhor reflete e distingue a situação de saúde entre países pobres e nações desenvolvidas. No ano 2000, foram registrados em Serra Leoa (África) e na Suécia, 2.000 e 2 óbitos para cada 100.000 nascimentos, respectivamente. Ou seja, uma razão de mortalidade materna exatamente 1.000 vezes mais elevada em Serra Leoa (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; BRASIL, 2007b; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2004; UNICEF, 2007).

O mesmo comportamento foi observado entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento. Verificou-se que os países desenvolvidos apresentaram o coeficiente de mortalidade materna de 13 óbitos para cada 100.000 partos, enquanto que os em desenvolvimento exibiram 890 óbitos/100.000 partos. Resultando em uma razão de mortalidade materna 68,5 vezes menor nos países desenvolvidos (UNICEF, 2007).

E apesar de 90% destes óbitos advirem dos países em desenvolvimento, a condição econômica não é o determinante mais importante para o seu desfecho (SOUZA et al., 2006; UNICEF, 2007).

Vários estudos demonstraram que a mortalidade materna está diretamente relacionada à qualidade dos cuidados médicos e obstétricos ofertados durante a gestação, o parto e o puerpério, independentemente de outros fatores (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; CAMINHA et al., 2008; DE LORENZI et al., 2001; FRIAS et al., 2002; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; VARDANEGA et al., 2002).

Isto fica bem evidente quando se observa que no Brasil a mortalidade materna é duas vezes maior que a registrada em Cuba e na Costa Rica, países estes com condições econômicas inferiores (UNICEF, 2007).

O Brasil apresenta uma elevada razão de mortalidade materna, com estimativa oficial em torno de 76/100.000 nascidos vivos. Se for considerada a subnotificação destes óbitos, o indicador ajustado vai para 260/100.000 nascimentos (UNICEF, 2007).

Situação que pode ser considerada como uma violação dos direitos humanos das mulheres e um gravíssimo problema de saúde pública (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; SOUZA et al., 2006; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2004a; CAMINHA et al., 2008; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002).

No país, a maioria destes óbitos (67,1%) pertence ao grupo das causas obstétricas diretas, o que significa que podem ser evitados. E sua ocorrência apresenta diferenças regionais e sociais bastante demarcadas, sendo mais elevada entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; BRASIL, 2007b; BRASIL, 2004a; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2004).

Para a reversão desta realidade, é preciso assegurar às mulheres, durante o ciclo gravídico-puerperal, o acesso oportuno à assistência médica adequada e de qualidade (AMARAL; LUZ; SOUZA, 2007; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; LAURENTI, JORGE, GOTLIEB, 2004; SOUZA et al., 2006).

O atendimento ao parto merece atenção especial por sua associação com a morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal. No Brasil, mais de 95% dos partos ocorrem no hospital. E é neste mesmo ambiente que se registra uma significativa fração das mortes infantis (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2008; BRASIL, 2007b; CAMPOS; CARVALHO, 2000; CARDOSO; ALBERTI; PETROIANU, 2010; COSTA et al., 2004; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002).

Nos países em desenvolvimento os índices de mortalidade perinatal e neonatal são altos e persistentes. E ainda que os fatores de risco para ocorrência destes óbitos se articulem de maneira complexa, pode-se considerar que este evento reflete mais a assistência à saúde recebida pelas crianças e mães do que o bem-estar social, como é verificado na ocorrência da mortalidade pós-neonatal (FONSECA; COUTINHO, 2004; LANSKI; FRANÇA; LEAL, 2002; RIBEIRO; SILVA, 2000).

Para entender melhor esta associação, estima-se que nos países ocidentais, a mortalidade perinatal e neonatal poderia ser reduzida em até 25%, se houvesse melhoria nas condições da assistência materna (COSTA et al., 2004).

Situações que permitem associar a ocorrência dos óbitos perinatal e neonatal com a assistência prestada às gestantes e as crianças já foram identificadas por diversos estudos que analisaram a ocorrência deste tipo de mortalidade. Citamos algumas: a concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida; a frequência de óbitos fetais ao final da gestação; a ocorrência de 68,5% de óbitos neonatais em hospitais sem suporte para assistência neonatal, entre outras (COSTA et al., 2004; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; LEAL et al., 2004).

Uma parcela importante destes óbitos ocorre em crianças sem malformação congênita grave e ou letal e com peso ao nascer acima do limite de referência estabelecido para viabilidade fetal (alguns autores consideram 1500g, outros 1000g). O que permite considerar que suas causas são passíveis de prevenção e controle (FONSECA; COUTINHO, 2004; LANSKY et al., 2006; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

A ocorrência de óbitos ante parto (antes do trabalho de parto) em crianças com peso maior que 2.500g também demonstra relação direta com a assistência pré-natal. E pode estar associada à fragilidade da assistência prestada ao final da gestação (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

Estudos realizados em Belo Horizonte revelaram a incapacidade dos serviços de saúde em evitar 60% dos óbitos perinatal e neonatal ocorridos durante o período

analisado. Em São Luiz, outro estudo identificou que entre os óbitos perinatais e neonatais ocorridos 50% eram evitáveis (LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; RIBEIRO; SILVA, 2000). O mesmo foi verificado por Leite e colaboradores (1997) em 30% das perdas perinatais e neonatais ocorridas em Fortaleza. Estes achados levaram os autores a recomendar que fossem realizadas avaliações da qualidade do atendimento prestado às gestantes e crianças nos locais estudados.

Outros autores, por sua vez, demonstraram que condições hospitalares desfavoráveis são prejudiciais para os recém-nascidos, inclusive os com peso normal. Estes achados permitem ratificar a estreita relação das condições da assistência prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido com a ocorrência de óbitos perinatal e neonatal evitáveis, em sua maioria (ANDRADE et al., 2009; COSTA et al., 2004; FONSECA; COUTINHO, 2004; LANSKY et al., 2006).

No Brasil, embora a mortalidade infantil venha apresentando uma importante tendência de decréscimo, este evento vem sendo alcançado praticamente pela redução dos óbitos no período pós-neonatal, os quais estão diretamente relacionados às condições de vida da população (DE LORENZI et al., 2001; ROSA; HORTALE, 2000; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

A mortalidade perinatal e neonatal apresenta alteração quase nula e detém um papel importante no excesso da mortalidade infantil. Conformando, assim, o seu principal componente em termos proporcionais (ANDRADE et al., 2009; DE LORENZI, et al., 2001; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; VARDANEGA et al., 2002).

Estes óbitos estão diretamente associados às causas ligadas à gestação e ao parto, as quais contribuíram somente com 6% para redução da mortalidade infantil. Ocupando, assim, o primeiro lugar entre as causas de óbitos de crianças no seu primeiro ano de vida, no país (DE LORENZI et al., 2001; VARDANEGA et al., 2002).

Conclui-se, portanto, que no Brasil ainda persistem altos índices de mortalidade materna, perinatal e neonatal. E as circunstâncias que cercam a ocorrência destes óbitos ratificam a relevância e necessidade em avaliar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal no Sistema Único de Saúde.

1.2.3 Avaliação da Qualidade da Assistência à Saúde

Uma das condições básicas para a organização e aprimoramento da atenção à saúde consiste na avaliação dos serviços e/ou programas que a compõem (FELICIANO, 2005; MANZINE; BORGES; PARADA, 2009).

O surgimento da avaliação data do século passado. O seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser didaticamente dividido em quatro gerações:

- a) Primeira geração: no século XX, a avaliação foi influenciada pela ascensão das ciências sociais e pelo surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. Caracterizava-se pela mensuração e estaria atrelada à avaliação do desempenho de escolares. O avaliador era essencialmente um técnico que deveria construir e utilizar instrumentos que medissem, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários;
- b) Segunda geração: nos EUA, surgiu a avaliação de programas. Concebida para atender a necessidade de se conhecer, na prática, como funcionavam os currículos escolares. Ocupou-se em identificar e descrever o processo. Relatava como a atividade atingia (ou não) seus resultados;
- c) Terceira geração: surgiu a partir dos anos 50, caracterizou-se pelo julgamento. O avaliador continuava a exercer a função de descrever e mensurar, agora acrescida em estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos;
- d) Quarta geração: no final da década de 80 surgiu a avaliação inclusiva e participativa. Representando uma alternativa aos referenciais anteriores (FURTADO, 2001).

Desde o seu surgimento, a avaliação de programas, serviços e tecnologias em geral e da saúde, em particular, vem sendo amplamente utilizada e aprimorada. Observa-se nas últimas décadas, um processo de expansão e diversificação em seu campo conceitual e metodológico (NOVAES, 2000).

A importância que vem sendo atribuída a avaliação da saúde, nas últimas décadas, deve-se, entre outras, à incorporação contínua de novas tecnologias no campo da prática médica, à ampliação e crescente complexidade dos serviços de

saúde e a uma crescente demanda dos sistemas e serviços de saúde por instrumentos que subsidiem à tomada de decisões (CESAR; TANAKA, 1996; NOVAES, 2000).

Embora o desenvolvimento deste campo da ciência não seja recente, para Silva e Formigli (1994), a avaliação como campo conceitual não se encontra bem definida. Visto que apresenta uma imensa diversidade terminológica, resultado da multiplicidade de formas utilizadas para conceituá-la.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1981), avaliar é um meio sistemático de se aprender empiricamente e de se utilizar as lições aprendidas para aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas.

Cesar e Tanaka (1996) consideram que avaliar é medir as condições existentes, o processo de trabalho e os resultados obtidos, fazendo as comparações tanto com as condições e as tecnologias previstas, quanto com os resultados e metas a serem alcançados.

Para Feliciano (2005), a principal finalidade da avaliação em saúde é aprimorar a capacidade de oferecer adequada atenção e melhor condição de saúde aos cidadãos.

Santos e Merhy (2006) defendem que um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações, redirecionando-as para atender as necessidades de seu público. E assim, contribuir com uma maior racionalidade dos recursos.

Reconhecendo as inúmeras definições existentes para *Avaliação*, sua essencialidade se localiza no julgamento de valor de uma intervenção ou parte desta, com a finalidade de planejar ou elaborar um projeto; buscar dados para melhorar uma ação, e/ou verificar os efeitos de uma ação para deliberar sobre sua continuidade ou interrupção (CONTANDRIOPULOS et al., 1997).

Assim como se observou no campo conceitual, existem também posicionamentos distintos em relação à participação dos atores no processo de

avaliação. A avaliação positivista defende que o processo conduzido por um especialista externo à instituição permite evitar vieses e possibilita um julgamento isento (SILVA, 1999).

No extremo oposto, a avaliação construtivista acredita que se devem contemplar as questões do avaliador-pesquisador e também os grupos diretamente implicados na condução do programa ou serviço a ser avaliado, bem como os diversos atores envolvidos com a intervenção que se pretende analisar. Considerando seus diferentes valores e pontos de vista, inclusive as relações que se processam e produzem reflexos diretos na operacionalização de práticas de saúde. Possibilitando, assim, a realização de um julgamento com maior legitimidade (BOSI; UCHIMURA, 2007; FURTADO, 2001).

Em relação aos objetivos que visa a cumprir, a avaliação pode ser assim classificada: *avaliação estratégica* – busca auxiliar no planejamento e elaboração de uma intervenção; *avaliação formativa* – fornece informações, a partir das quais é possível corrigir uma intervenção durante o seu curso; *avaliação somativa* – analisa os efeitos de uma intervenção e deliberar sobre sua continuidade, transformação ou interrupção e *avaliação fundamental* – contribui com a elaboração de teorias e a produção de conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

O ato de avaliar agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas determinam o aperfeiçoamento institucional e profissional. A avaliação pode, então, ser considerada como um processo de transformação em direção à qualidade desejada dos programas e/ou serviços de saúde (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; FELISBERTO, 2006).

Desta maneira, é reconhecida a importância da avaliação enquanto instrumento essencial no processo de planejamento e gestão do setor saúde. Uma vez que possibilita a tomada de decisões da maneira mais racional possível, frente aos problemas encontrados (CESAR; TANAKA, 1996; SANTOS E MERHY, 2006; SILVA, 1999).

Para a avaliação em saúde, a qualidade é vista como um aspecto central. No âmbito da Atenção à Saúde, a qualidade tornou-se um tema especialmente relevante a partir da reformulação dos sistemas nacionais nas últimas décadas (CAMPOS, 2005; SILVA; FORMIGLI, 1994).

E quando se deseja avaliar a qualidade da atenção à saúde, a primeira dificuldade que se encontra diz respeito à sua definição conceitual. Haja vista que o termo qualidade apresenta um amplo espectro de características desejáveis do cuidado (HARTZ; CAMACHO, 1996).

A qualidade em saúde pode ser definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente-cliente e um alto grau de satisfação por parte dos usuários (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006).

É considerada como o grau segundo o qual os cuidados ao usuário aumentam a possibilidade da desejada recuperação e reduzem a probabilidade da ocorrência de eventos indesejados (TRONCHIN et al, 2009).

É entendida também como o grau de adequação dos serviços às necessidades dos usuários (ZANON, 2000; ZANON; CHAVES; BOLDT, 2006).

No setor saúde, a busca da qualidade não é uma meta gerencial proposta para produzir mais e melhor, com menos desperdício e menor custo. A qualidade em saúde não é um item opcional. Os serviços de saúde têm como prerrogativa responderem de maneira adequada e oportuna às demandas aos quais foram destinados. Atendendo assim ao amplo espectro de suas atribuições, quais sejam a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação (CAMPOS, 2005; ZANON; CHAVES; BOLDT, 2006).

No campo da saúde, a concepção sobre ter ou não qualidade pode ainda variar de acordo com o lugar que o sujeito encontra-se no sistema. Para os gestores, por exemplo, está relacionada com rendimento, custo e eficiência. Enquanto os profissionais de saúde a associam com a satisfação pessoal, o reconhecimento

profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, um bom ambiente de trabalho, entre outros. Já os usuários a entendem como a obtenção dos benefícios esperados diante de suas demandas, expectativas, carecimentos e necessidades (CAMPOS, 2005; FRANCO; CAMPOS, 1998).

Conceitos à parte, a qualidade dos serviços de saúde é um objetivo que vem sendo perseguido por gestores, profissionais e usuários em praticamente todo o mundo. E para a avaliação da qualidade destes serviços, o modelo Donabedian, considerado o mais bem sucedido, é utilizado com maior frequência (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; CESAR; TANAKA, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Donabedian (1990) caracteriza a qualidade como um fenômeno complexo. E apresenta alguns atributos para balizar o processo de avaliação, os quais ficaram conhecidos como os sete pilares da qualidade. São eles:

1. Eficácia – referida como o efeito potencial, ou o efeito em condições experimentais, ideais;
2. Efetividade – aceita como o efeito real num sistema operacional;
3. Eficiência – é o máximo cuidado efetivo obtido ao menor custo;
4. Otimização – trata-se do cuidado efetivo possível de ser obtido, através da relação custo-benefício mais favorável;
5. Aceitabilidade – consiste no fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial;
6. Legitimidade – relaciona-se com o grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou sociedade como um todo;
7. Equidade – está relacionado à justiça social, propõe a distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população.

A partir de então este autor propõe três componentes para avaliação da qualidade em saúde: Estrutura, Processo e Resultados.

A **Estrutura** corresponde aos recursos existentes para a execução dos serviços. São as características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais:

equipamentos e materiais de consumo; recursos humanos, compreendendo número e qualificação dos mesmos; fontes e recursos financeiros para manutenção da infraestrutura e da tecnologia disponível (conhecimento disponível e organizado como processo de trabalho, que viabilize a otimização da utilização dos outros recursos disponíveis na Estrutura) (CESAR; TANAKA, 1996; HARTZ, CAMACHO, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

O **Processo** refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes e da dinâmica apresentada na inter-relação entre elas. Na medida em que o processo de trabalho do setor saúde implica na efetiva participação do usuário para a obtenção de um produto, fica claro que não é possível a sua avaliação sem o envolvimento do mesmo, a quem se destina cada atividade de forma imediata durante a execução. Para a avaliação do uso da tecnologia no Processo, será necessária a predefinição de critérios ou de parâmetros, que poderão ser implícitos ou explícitos aos provedores dos serviços. Desta forma, pode-se analisar quão adequadas e apropriadas ao cliente foram as ações executadas (CESAR; TANAKA, 1996; HARTZ, CAMACHO, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Os **Resultados** estão relacionados aos efeitos ou aos produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde. São as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que podem ser atribuídas a um cuidado prévio. Também podem ser consideradas como mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Levando-se em conta que situações de saúde se modificam devido a outros fatores sociais, é necessário o conhecimento prévio da situação para que se possa atribuir a modificação observada ao processo de intervenção objeto da avaliação (CESAR; TANAKA, 1996; HARTZ, CAMACHO, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Donabedian constatou que, isoladamente, cada uma dessas abordagens apresenta problemas e insuficiências. Por isso, propõe como melhor estratégia para a avaliação da qualidade em saúde uma seleção de indicadores representativos dos três componentes (SILVA; FORMIGLI, 1994).

No Sistema Único de Saúde a qualidade da assistência prestada pelos serviços é uma questão primordial. Considera-se, portanto, oportuno o desenvolvimento de metodologias de avaliação da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal.

1.2.4 Os Sistemas de Informações em Saúde

Os sistemas de informação tornaram-se um dos principais recursos computacionais capazes de propagar de maneira rápida, fácil e segura as informações necessárias para mediar a aprendizagem e auxiliar os profissionais no processo de trabalho (BENITO; LICHESKI, 2009).

Estes sistemas podem ser definidos como os instrumentos utilizados para adquirir, organizar e analisar os dados de interesse à saúde. O seu manuseio permite avaliar as relações de eficiência e efetividade das políticas, estratégias, programas e serviços de saúde. Subsidiando o planejamento, a tomada de decisões e ações em todos os níveis do arcabouço organizacional do sistema de saúde. E contribuindo com desenvolvimento científico e tecnológico do setor. Além de possibilitar o processo de comunicação entre o setor saúde e a população (BENITO; LICHESKI, 2009; LESSA, 2000).

No SUS, os grandes sistemas nacionais de informação estão divididos de acordo com suas finalidades. Os sistemas responsáveis pela produção de serviços são denominados Sistemas Assistenciais e são representados pelos Sistemas de Informações Hospitalares (SIH) e de Informações Ambulatoriais (SIA). O outro grupo é formado pelos sistemas que congregam os dados epidemiológicos, portanto são chamados de Sistemas Epidemiológicos. São eles: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistemas de Informações sobre os Nascidos Vivos (Sinasc) e Sistema de Agravos de Notificação (Sinan) (BRANCO, 1996; CARVALHO, 1997; LESSA, 2000; MENDES, et al., 2000; SCATENA; TANAKA, 2001).

O adequado funcionamento de um SIS apresenta como premissa básica a padronização de todos os seus procedimentos, a elaboração de manuais de operação completos, antevendo todas as situações, além de adequadas supervisão

e assessoria. Os processos e etapas que compõem sua operacionalização podem ser assim resumidos:

- a) Coleta dos dados – geração e registro dos dados padronizados;
- b) Processamento dos dados – recepção, codificação, tabulação, cálculos básicos, controle de erros e inconsistências, disponibilização dos dados;
- c) Produção das informações – combinação dos dados e análises preliminares, comparação com parâmetros;
- d) Disseminação das informações – disponibilização das informações (LESSA, 2000).

Existem algumas limitações relacionadas às informações produzidas pelos SIS. Entre as mais frequentemente explicitadas destacam-se: os problemas relacionados aos sub-registros, subnotificações e subinformações, os quais repercutem diretamente na confiabilidade e fidedignidade dos dados contidos nestes bancos. Relata-se, ainda, aqueles relacionados à limitação no nível de desagregação de alguns dados (CARVALHO, 1997; MENDES et al., 2000; SCATENA, TANAKA, 2001).

Fragilidades à parte, estes sistemas consistem em valiosas ferramentas para avaliação em saúde, pela riqueza de informações que permitem produzir, como também pela sua capacidade em disponibilizar grande quantidade de informações que podem ser divulgadas em pouco tempo após a ocorrência do evento (BENITO; LICHESKI, 2009; BITTENCOURT, CAMACHO, LEAL, 2008; ESCOSTEGUY et al., 2005; SCATENA, TANAKA, 2001).

Ademais, a questão da qualidade da informação está intrinsecamente relacionada ao seu uso. Sendo então aperfeiçoada na medida em que é mais utilizada (DRUMOND et al., 2009).

1.2.4.1 O Sistema de Informações Hospitalares

O Sistema de Informações Hospitalares tem sua origem na década de 70, quando foi implantado para controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados (BUSS, 1993).

O Sistema da Assistência Médica Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) caracterizava-se como um modelo de financiamento prospectivo. Utilizava-se uma base de cálculo pré-definida que estimava médias de custos, aplicadas a determinados casos ou procedimentos. Este modelo baseava-se na premissa de que os pacientes apresentavam características homogêneas. Sua principal vantagem estava no caráter de prever gastos, na possibilidade em ceder incentivos a partir do desempenho hospitalar e na capacidade de controlar variáveis relacionadas à eficiência, como produção de exames e tempo médio de permanência (LEVCOVITZ; PEREIRA, 1993).

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde, o INAMPS foi transferido para o Ministério da Saúde. E em 1991, o SAMPHS é renomeado para Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Foram mantidos os formulários de entrada de dados, fluxo de documentos e processamento. A operacionalização do sistema continuou sendo realizada pela DATAPREV, que mais tarde originou o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Quando isto aconteceu, observou-se uma ampliação na extensão do sistema para os hospitais municipais, estaduais e federais (CARVALHO, 1997).

As informações contidas no SIH têm origem no formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), o qual é mensalmente distribuído às secretarias estaduais de saúde. E apresentam uma validade de quatro meses, não sendo aceitas pelo sistema numerações fora deste prazo (CARVALHO, 1997).

O SIH-SUS, por ser uma base de dados administrativa, cuja finalidade é o pagamento dos procedimentos médicos realizados nas unidades hospitalares da rede SUS, recebe crítica com relação à qualidade dos seus dados. Entretanto, alguns trabalhos têm encontrado qualidade satisfatória em suas variáveis e por isso

recomendam sua utilização para avaliação da qualidade da assistência hospitalar, bem como apontam suas potencialidades como fonte complementar para o monitoramento e vigilância de doenças e agravos (ESCOSTEGUY *et al.*, 2005; MELIONE; 2002, LESSA, *et al.*, 2000; SOUZA *et al.*, 2006).

O acesso gratuito e a disponibilização dos dados do SIH na internet, bem como à desagregação de seus dados até o nível dos municípios têm facilitado às avaliações de cobertura e completude do preenchimento das variáveis, melhorando a confiabilidade dos dados, qualificando desta maneira as informações produzidas neste sistema (DRUMOND *et al.*, 2009).

O SIH é para a maioria dos estados e municípios brasileiros a única fonte de informações da morbidade hospitalar. Sua abrangência é na ordem de 70% das internações realizadas no país. Em 2009, o SIH registrou 11.511.559 internações realizadas na Rede Hospitalar do SUS (BRASIL, 2011a; SCATENA; TANAKA, 2001; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Desta maneira, o sistema disponibiliza todas as informações relacionadas às internações ocorridas no Sistema Único de Saúde, tais como dados de morbidade hospitalar, dados diagnósticos, demográficos, geográficos, descrição da assistência uso de recursos, entre outras (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006; CESCONEIRO; LAPA; CALVO, 2008; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Através dele é possível produzir uma multiplicidade de informações com uma significativa agilidade, o que permite a detecção e o conhecimento de problemas em tempo bem próximo ao seu surgimento. Aspectos que fazem deste sistema uma importante ferramenta para avaliação das questões relacionadas à assistência hospitalar e também o situa como uma valiosa fonte de notificação para vigilância epidemiológica e controle de ações de saúde (ESCOSTEGUY *et al.*, 2005; LESSA *et al.*, 2000; MELIONE, 2002; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002).

Essas características fazem com que a aplicação das informações originárias na base de dados do SIH-SUS, no campo da saúde coletiva, seja crescente e diversificada, principalmente quando se deseja avaliar a qualidade da assistência

hospitalar (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2008; ESCOSTEGUY et al., 2005; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Então, embora o Sistema de Informações Hospitalares tenha sido desenhado numa lógica administrativa para provisão e controle de gastos, a ampliação do espectro de sua utilização vem sendo amplamente recomendada e utilizada (LESSA, 2000; MELIONE 2002; SCATENA; TANAKA, 2001; SOUZA et al., 2006).

1.2.4.2 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) é um grande sistema que reúne os dados cadastrais dos estabelecimentos de saúde em todo território nacional (BRASIL, 2000b).

Sua concepção se deu a partir do relatório produzido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) que propôs a elaboração de um programa que permitisse a curto e médio prazo:

- a) Realizar um amplo diagnóstico da área de saúde no Brasil;
- b) Introduzir mecanismos sistemáticos de acompanhamento, controle e avaliação capazes de aferir com maior eficiência e tempestividade a aplicação dos recursos da área da saúde e;
- c) Dar maiores condições para que a unidade técnica incumbida de acompanhar e fiscalizar as ações inerentes a saúde pública possa de fato contar com os recursos tecnológicos e financeiros indispensáveis (SOUTO, 1999).

A implantação do CNES no Brasil não foi uma tarefa fácil, devido às características do país, como a abrangência geográfica ampla, a diversidade cultural e, ainda, uma distribuição de recursos financeiros e humanos bastante irregulares (CARVALHO, 2004).

O CNES é um produto que teve seu desenvolvimento alicerçado em experiências de outros projetos. Merece destaque as contribuições cedidas pela Pesquisa Assistência Médico-Sanitária do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE), que forneceu subsídio na formatação da estrutura de dados e dos Sistemas SIH/SUS e SIA/SUS que contribuíram com a base cadastral inicial e as estruturas de dados para apuração da produção hospitalar e ambulatorial, respectivamente (CARVALHO, 2004).

Assim como o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) estão para a Receita Federal, o CNES é um instrumento fundamental quando se trata da Assistência à Saúde (CARVALHO, 2004).

Através do seu banco de dados é possível produzir informações para subsidiar os processos de programação, controle e avaliação da assistência hospitalar e ambulatorial do país (BRASIL, 2000b).

O CNES concentra as informações dos estabelecimentos de saúde relativas à área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares (BRASIL, 2000b).

Em relação à abrangência, seu banco apresenta os dados cadastrais de todos os hospitais existentes no país e dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS (BRASIL, 2000b).

O CNES, portanto, apresenta-se como um importante instrumento para avaliação da assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde, seja pela riqueza de informações produzidas e/ou pela magnitude de sua abrangência.

1.2.5 Indicadores de Saúde: características, aplicações e construção

Ao longo dos anos, vem crescendo a necessidade em medir estados de saúde e comparar os desempenhos dos sistemas e serviços de saúde. Buscando ferramentas capazes de fornecer informações relevantes para que a tomada de decisões seja pautada em evidências e não em intuição (SOAREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

O ato de decidir no âmbito dos sistemas de saúde implica na constante busca por informações que sejam as mais exatas possíveis, apresentando, assim, conformidade com a realidade. Por isso tem se observado um aumento significativo pela demanda da utilização dos indicadores de saúde (SOAREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Os indicadores são definidos como medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões com os quais se relacionam. São medidas que refletem uma característica em particular (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002; TRONCHIN et al., 2009).

Deste modo, os indicadores de saúde revelam condições e dimensões referentes à saúde, bem como o desempenho do sistema. São capazes de refletir aspectos relevantes, seja de um serviço, um programa, do indivíduo ou da população e sua relação com os fatores condicionantes e determinantes (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002; PEREIRA, 2002; SOAREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005; VITURI; MATSUDA, 2009).

Os Indicadores de Saúde são medidas que demonstram a realidade e medem as mudanças ocorridas pela implantação de um determinado serviço ou programa de saúde (PEREIRA, 2002).

Define-se também por medidas quantitativas que permitem avaliar e monitorar a qualidade de cuidados providos aos pacientes e as atividades dos serviços (TRONCHIN et al, 2009).

Em outro conceito, os indicadores de saúde são apresentados como uma relação numérica que visa a estabelecer medidas na determinação de ocorrências ou de uma situação, representando e quantificando um processo, facilitando, assim, sua comparabilidade (SOAREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

São também definidos como parâmetros utilizados internacionalmente para avaliar sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos (KERR PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

Foram ainda descritos como qualquer medida contada ou calculada e mesmo qualquer observação classificável capaz de “revelar” uma situação que não é aparente por si só (MERCHÁN HAMANN; TAUILL; COSTA, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Indicadores de Saúde podem ser divididos em três grupos:

- a) Que revelam diretamente a saúde ou a falta desta. São eles: coeficiente geral de mortalidade; esperança de vida ao nascer; coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis e outros.
- b) Que referem as condições ambientais que têm direta influência sobre a saúde. Como: abastecimento de água; rede de esgotos e outros.
- c) Que medem os recursos materiais e humanos relacionados com as atividades de saúde. Exemplos: número de leitos hospitalares em relação à determinada população; número de unidades básicas de saúde, número de consultas em relação à determinada população, e outros (MALIK; SCHIESARI, 1998; SOAREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

A utilização dos indicadores é empregada quando existe a necessidade de documentar a qualidade da assistência à saúde; comparar instituições e serviços ou um mesmo serviço ao longo do tempo; estabelecer processos de avaliação; definir prioridades; mensurar a qualidade dos serviços prestados; acompanhar a evolução das políticas e programas de saúde; avaliar a higidez de agregados humanos; acompanhar as flutuações e tendências históricas do padrão sanitário das coletividades humanas, entre outras (BITTAR, 2001; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002; KURCGANT; TRONCHIN; MELEIRO, 2006; PEREIRA, 2002; TRONCHIN et al., 2009; VITURI; MATSUDA 2009;).

Através dos indicadores de saúde é possível descrever situações, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período de tempo. Quando analisados em conjunto são

capazes de refletir a situação sanitária de uma população, servindo de base para a vigilância das condições de saúde (BRASIL 2002a).

Desta maneira constituem-se em ferramentas básicas para o planejamento e gestão. Na medida em que permitem avaliar em termos de qualidade e quantidade as ações de saúde executadas, possibilitando acompanhar e orientar a trajetória das políticas, programas e serviços de saúde (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002; TRONCHIN et al., 2009; VITURI; MATSUDA 2009).

Entretanto, é importante registrar que não são uma medida direta de qualidade. Funcionam como alertas, apresentando as divergências com o padrão desejável. Identificam e apontam para os pontos-chave que precisam ser revistos dentro do sistema de saúde. Faz-se, portanto, necessária sua contextualização no espaço e no tempo, de modo a evitar conclusões inadequadas (BITTAR, 2001; MALIK; SCHIESARI, 1998; TRONCHIN et al., 2009; VITURI; MATSUDA, 2009).

Além disso, nem sempre é possível descrever um cenário a partir de um único indicador, de forma isolada. Por isso, recomenda-se a utilização de um conjunto de indicadores para analisar determinada situação (MALIK; SCHIESARI, 1998; TRONCHIN et al., 2009).

Atualmente no Brasil existe uma abundância de indicadores propostos e validados para avaliar as mais diversas situações de saúde. No entanto, nem sempre eles atendem às necessidades específicas de uma determinada realidade que se deseja avaliar. Fazendo-se necessário desenvolver indicadores para um uso específico.

Os indicadores podem ser construídos a partir das dimensões qualitativa e quantitativa. Este processo pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença ou observação de um fato até a utilização técnicas e fórmulas mais sofisticadas. De acordo com a base matemática das medidas utilizadas na sua construção, podem ser apresentados na forma de números absolutos ou relativos (BITTAR, 2001; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES

PARA SAÚDE, 2002; MERCHÁN HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000; TRONCHIN et al., 2009).

Quando os indicadores são representados por frequência absoluta, é preciso prudência em sua utilização para se fazer comparações, em virtude de suas limitações intrínsecas. Nesta apresentação, os indicadores podem expressar desde o quantitativo de indivíduos em relação a um hábito, cálculos de incidência e prevalência de doenças, anos potenciais de vidas perdidos, expectativa de vida ao nascer, até o dimensionamento de demandas de insumos de laboratório, de recursos terapêuticos ou profiláticos, entre outros (MERCHÁN HAMANN; TAUIL; COSTA, 2000).

A expressão dos indicadores como frequência relativa dispensa qualquer preocupação quando se necessita cotejar situações. Neste formato eles constituem medidas dos tipos índices, proporção, coeficientes (taxas), razão, médias aritméticas, medianas, médias geométricas, desvio padrão, e outros. Os quais são apresentados a seguir.

Os Coeficientes, também denominados taxas, são indicadores que expressam risco. São representados pela razão entre dois eventos, onde os eventos do numerador representam um risco de ocorrência em relação ao denominador. O numerador é um subconjunto do denominador. São expressos por múltiplos de 10: 100, 1.000, 10.000, etc. Exemplos: Coeficiente de Mortalidade Infantil, Coeficiente de Incidência de Hanseníase, e outros (KERR PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

As proporções são apresentadas por uma razão, na qual os casos incluídos no denominador são também subconjuntos do denominador, mas não expressam risco. São também expressas por múltiplos de 10. A maioria dos estudos de validação de testes de diagnósticos utiliza as proporções. São outros exemplos: mortalidade proporcional no sexo masculino; proporção de cesáreas, e outras (PEREIRA, 2002).

A razão expressa a relação entre dois elementos da mesma dimensão e natureza, mas são de grupos excludentes. Ou seja, o numerador corresponde a uma

categoria que exclui o denominador. Exemplos: razão de sexos, razão ente duas doenças (PEREIRA, 2002; KERR PONTES; ROUQUAYROL, 1999).

Os índices são medidas que integram múltiplas dimensões ou elementos de naturezas diversas. Agregam, numa medida, vários aspectos de uma determinada situação relacionada à saúde. Podem ser obtidos através da razão entre dois elementos de naturezas distintas, onde o denominador não é constituído por indivíduos em risco. São exemplos o índice de massa corporal Quetelet, número de leitos hospitalares em relação à população e outros. Ou por meio da escala de pontos (*score*) que representa a soma de diversas unidades em diferentes dimensões, como o Índice de coma de Glasgow, o índice de Apgar, e outros (BRASIL, 2011b; KERR PONTES; ROUQUAYROL, 1999; PEREIRA, 2002).

Uma vez desenvolvidos os indicadores, deve-se proceder ao processo de validação, através do qual será possível evidenciar os atributos e características dos mesmos. É preciso determinar a *Acurácia* e a *Precisão* do indicador, as quais correspondem ao grau em que demonstram se o resultado de certa aferição corresponde ao real fenômeno sob mensuração e a capacidade de possibilitar a obtenção de valores semelhantes em medidas sequenciais, respectivamente (TRONCHIN, et al., 2009).

Neste processo de validação ainda são consideradas as seguintes características:

- a) *Validade*: capacidade do indicador em medir apenas o fenômeno que pretende medir. Discriminando corretamente um dado evento de outros. Se o indicador mede um outro fenômeno em paralelo, perde a sua validade, porque pode fornecer uma avaliação não verdadeira do fenômeno em questão.
- b) *Confiabilidade*: característica de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares. Deve, portanto, produzir os mesmos resultados se medido por diferentes pessoas em diferentes meios e diferentes épocas, em condições similares;
- c) *Sensibilidade*: capacidade de captar pequenas flutuações ou variações no requisito estudado;

- d) *Especificidade*: capacidade em captar eventos bem definidos;
- e) *Acessibilidade*: condição em que os dados necessários para o seu cálculo são acessados de forma rápida e com custo mínimo;
- f) *Simplicidade*: apresenta simples e clara relação matemática. Sofrendo, assim, menos distorções;
- g) *Disponibilidade*: os dados básicos para o seu cálculo devem estar disponíveis ou serem fáceis de conseguir. Podendo ser coletados através de serviços de rotina (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002; PEREIRA, 2002; TRONCHIN et al., 2009).

O indicador ideal deve apresentar alta *especificidade* - medir somente o fenômeno e alta *sensibilidade* – detectar todas as alterações do fenômeno. Geralmente um indicador é mais sensível ou mais específico, não sendo comum encontrar as duas características em um mesmo indicador (SOAREZ, PADOVAN, CICONELLI, 2005).

E sua qualidade está diretamente relacionada às propriedades dos componentes utilizados em sua construção (frequência de casos, tamanho da amostra, etc) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta e transmissão dos dados) (SOAREZ, PADOVAN, CICONELLI, 2005).

Outra característica bastante importante da qual um indicador deve dispor é a sua capacidade de comunicação. Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis a todos implicados no processo, quer sejam gestores, profissionais ou usuários. E seu valor será tanto melhor quanto mais fidedigno for seu resultado (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2002).

É importante lembrar que todas estas características são pré-requisitos ideais e raramente são atingidos na prática. Poucos indicadores terão 100% de todas essas propriedades (SOAREZ, PADOVAN, CICONELLI, 2005).

No contexto da Avaliação em Saúde, a utilização e/ou elaboração de indicadores deve ser realizada segundo os componentes da tríade estrutura,

processo e resultado. Ou seja, deve ser elaborado um conjunto de indicadores para cada componente a ser avaliado, conforme é exemplificado no quadro a seguir.

Quadro 1 – Exemplo de proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, segundo suas dimensões a partir da definição de indicadores.

COMPONENTE	OBJETO A AVALIAR	INDICADOR
Estrutura	Incorporação Tecnológica	Alcance populacional de determinada incorporação tecnológica
	Capacidade Instalada	Número de leitos hospitalares por determinada população
Processo	Normas Administrativas	% de cumprimento das normas de recursos humanos de uma unidade
	Práticas Assistenciais	% de erros de medicação em uma unidade
Resultado	Óbitos	Coeficiente de Mortalidade Materna
	Agravos	Nº de casos novos de Tuberculose por habitante/ano

Fonte: Elaborado pela autora

A utilização de indicadores, portanto, propicia a identificação de problemas reais e potenciais no Sistema Único de Saúde. Daí a relevância em estabelecer parâmetros para avaliar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal de forma ágil, auxiliando e subsidiando as tomadas de decisão.

Justificativa |||

2 JUSTIFICATIVA

Existe uma relação direta entre a qualidade e a resolutividade da assistência prestada no período em que compreende pré-natal, parto e puerpério, com a ocorrência dos óbitos infantis e maternos. A redução da mortalidade materna e perinatal e neonatal ainda é um desafio para o setor saúde e a sociedade brasileira. Por isso, a análise sobre a assistência materna e neonatal apresenta-se de forma tão relevante no país.

Diversos estudos relativos a esta temática vêm sendo desenvolvidos ao longo dos anos no Sistema Único de Saúde. Entretanto, poucas pesquisas se ocuparam em definir parâmetros para avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal.

Elaborar indicadores a partir dos Sistemas de Informação em Saúde para avaliar a qualidade da rede hospitalar materna e neonatal do SUS é oportuno devido à riqueza, abrangência e disponibilidade dos dados oriundos nestes bancos. E também pela rapidez com que é possível produzir tais informações. Além disto, diversos estudos já comprovaram o potencial destes Sistemas, enquanto instrumento para avaliação, como foi apresentado no capítulo anterior.

A realização desta pesquisa possibilitará avaliar as circunstâncias da assistência prestada a segmentos estratégicos da política de saúde, além de ofertar às instancias gestoras subsídios para intervenções no setor hospitalar. Contribuindo, desta forma, para melhoria e qualificação da assistência prestada às mulheres e crianças no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Assim, pergunta-se:

Como avaliar a Rede Hospitalar Materna e Neonatal do SUS a partir dos Sistemas de Informações em Saúde?

Objetivos |

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver proposta de avaliação da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS, a partir dos sistemas de informações assistenciais.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Selecionar variáveis do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal;
- b) Definir indicadores simples para descrição dos aspectos gerais da assistência hospitalar materna e neonatal no SUS;
- c) Construir indicadores compostos que revelem as condições da estrutura, complexidade e assistência prestada da rede hospitalar materna e neonatal do SUS;
- d) Desenvolver um Índice que reflita a qualidade da assistência prestada pelas unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS;
- e) Demonstrar a utilização da metodologia, caracterizando a rede hospitalar materna e neonatal do SUS segundo os indicadores propostos nas regiões e estados do país.

Método



4 MÉTODO

Para elaborar indicadores, a partir dos sistemas de informação em saúde, visando a avaliar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal no SUS, o estudo adotou alguns modelos e conceitos relacionados à qualidade da assistência à saúde e ao princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde, ambos versados no capítulo Referencial Teórico.

Definiu-se como integralidade da assistência hospitalar **a articulação entre promoção, prevenção e recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço** (MATTOS, 2004, grifo nosso). Neste caso, considerando-se “este espaço” a assistência hospitalar materna e neonatal.

Utilizou-se como conceito de qualidade dos serviços de saúde **“o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medidos através de comparação com parâmetros apropriados”** (PEREIRA, 2002, grifo nosso).

Campos (2005) ponderou que os parâmetros a serem utilizados para caracterizar um serviço de qualidade não podem ser considerados definitivos ou absolutos. Haja vista a evolução do conhecimento e a dinâmica social estarem em constantes transformações, demandando, assim, mudanças e aprimoramentos na forma da prestação dos serviços. Baseando-se nesta premissa, esta pesquisa objetivou a utilização de dados disponíveis nos SIS, para a elaboração de indicadores como critérios para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal no SUS.

Para a construção do método de avaliação utilizado no estudo, foram adotados os fundamentos teóricos propostos por Donabedian (1990), que sugerem a realização deste processo a partir da tríade Estrutura-Processo-Resultado, devido à ligação de interdependência que existe entre estas dimensões. Uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo possibilita um

bom resultado (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; CESAR; TANAKA, 1996; SILVA; FORMIGLI, 1994).

4.1 Tipo do Estudo

A partir da abordagem quantitativa realizou-se um estudo descritivo de corte transversal com caráter exploratório, utilizado quando se pretende, entre outras coisas, determinar condições relacionadas à saúde (COSTA; BARRETO, 2003).

Este tipo de investigação permite a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relação entre variáveis. A partir de pesquisas descritivas, é possível avaliar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade ou identificar a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Além disto, é possível desenvolvê-las com rapidez e gastos reduzidos (GIL, 1994; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

Os produtos dos estudos de corte-transversal são instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada membro do grupo. Na Saúde Coletiva, tem sido frequente a utilização deste desenho de estudo (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999).

4.2 Universo do Estudo/Período de Referência

Foram avaliadas todas as unidades hospitalares conveniadas ao SUS, relacionadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que registraram pelo menos uma internação em obstetrícia no ano de 2009 no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/MS), perfazendo um total de 3.759 unidades.

Definiu-se 2009 como o ano de referência para a pesquisa, por ser o período com maior atualização dos bancos do SIH e CNES, em março de 2011, quando se deu início ao estudo.

4.3 Fonte, Coleta, Organização e Processamento dos Dados

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram utilizados como fontes dos dados.

O banco de dados foi organizado em março de 2011, a partir da aquisição dos seguintes arquivos:

1- SIH/SUS:

- a) Arquivos reduzidos da AIH (RD): são os arquivos referentes à produção informada pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIH);
- b) Arquivos de Definição: são arquivos tipo texto que associam os campos de dados no arquivo a ser tabulado com as tabelas de conversão de código para linhas e colunas da tabela;
- c) Arquivos de Conversão: são os arquivos que convertem os códigos constantes de tabelas padronizadas, permitindo a análise dos dados.

2- CNES:

- a) Arquivos referentes aos equipamentos dos estabelecimentos de saúde (tipo EQ);
- b) Arquivos referentes às habilitações dos estabelecimentos de saúde (tipo HB);
- c) Arquivos referentes aos leitos dos estabelecimentos de saúde (tipo LT);
- d) Arquivos referentes às informações relacionadas aos estabelecimentos de saúde (tipo ST);
- e) Arquivos de Definição e Conversão: já definidos acima.

As atividades realizadas para o download dos arquivos e suas informações técnicas são apresentadas no quadro a seguir.

Quadro 2 – Apresentação das etapas desenvolvidas para conformação do banco de dados do estudo, Recife, 2010.

DATA DO DOWNLOAD	ARQUIVOS	PERÍODO	DATA DE ATUALIZAÇÃO	DISPONÍVEL EM
29/03/2011	Arquivos Reduzidos (RD) de todos os Estados do país	Janeiro a dezembro/2009	18/11/2010	www.datasus.gov.br
30/03/2011	Definição e Conversão do SIH	-	13/11/2010	www.datasus.gov.br
31/03/2011	ST, LT, HB e EQ, de todos os Estados do país	Dezembro/2009	02/02/2011	www.datasus.gov.br
31/03/2011	Definição e Conversão do CNES	-	02/02/2011	www.datasus.gov.br

Fonte: Elaborado pela autora

O banco de dados foi processado no programa de tabulação TABWIN versão 36b, desenvolvido pelo Departamento de Informática do Ministério da Saúde (DATASUS). Os dados foram organizados e analisados no Programa Excel Microsoft Office e foram apresentados no formato de tabelas e gráficos.

4.4 Elaboração dos Instrumentos para a Seleção das Variáveis

A matriz teórica foi elaborada para facilitar a visualização dos pressupostos teóricos da pesquisa, definição dos critérios de inclusão para as variáveis e a construção da matriz de seleção (quadro 3).

Este instrumento foi idealizado com base na matriz conceitual apresentada pela Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS).

O PROADESS é uma proposta de metodologia para avaliação do sistema de saúde que foi elaborada por uma rede brasileira de pesquisadores, vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

Quadro 3 – Matriz teórica.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE		ASSISTÊNCIA HOSPITALAR MATERNA E NEONATAL DO SUS	CONSTRUÇÃO DE INDICADORES
QUALIDADE	<u>Estrutura</u> Recursos existentes para a execução dos serviços (equipamentos e materiais de consumo; recursos humanos, fontes e recursos financeiros, tecnologia disponível).		
	<u>Processo</u> Conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes e da dinâmica apresentada na inter-relação entre elas.		
	<u>Resultados</u> Efeitos ou produtos das ações realizadas pelos serviços de saúde.		
INTEGRALIDADE	<u>Promoção</u> Ações voltadas a evitar a exposição da população aos fatores condicionantes e determinantes do adoecimento		
	<u>Prevenção</u> Imunização; vigilâncias sanitária, ambiental e epidemiológica.		
	<u>Tratamento</u> Ações e recursos de diagnose e terapia; medicamentos.		
	<u>Reabilitação</u> Fisioterapia; terapia ocupacional; fonoaudiologia; psicologia.		

Fonte: Elaborado pela autora

A matriz sintetiza a utilização dos sistemas de informação em saúde como ferramenta para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do SUS com base no modelo de avaliação de qualidade proposto por Donabedian e no conceito do princípio da integralidade do SUS. Este processo foi feito a partir da construção de indicadores.

Com base neste diagrama, avaliaram-se quais critérios seriam potenciais para mensurar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal. Posteriormente, fez-se uma segunda análise, identificando com quais destes critérios seria possível fazer uma avaliação através de dados secundários originários dos sistemas de informação em saúde.

Foram selecionadas duas áreas: as ações/atividades que compõem os eixos de cuidado da integralidade (Promoção, Prevenção, Tratamento e Reabilitação) e as dimensões da qualidade (Estrutura, Processo e Resultados).

Ademais, refletiu-se sobre a questão da qualidade das variáveis que seriam utilizadas na construção dos indicadores, sob pena de comprometer suas aplicabilidades. Identificou-se, então, a necessidade de estabelecer um processo de análise da confiabilidade das variáveis para subsidiar a seleção das mesmas.

A partir destas reflexões e com base na Matriz Teórica foram definidos os critérios para inclusão das variáveis no estudo, visando a garantir que os requisitos acima discutidos e definidos estariam incluídos no processo de avaliação da qualidade da rede hospitalar materna e neonatal do SUS. Estes critérios foram conformados em dois eixos:

- a) **Relevância para o Estudo:** a partir da contribuição que a variável apresentou em relação aos critérios de avaliação da qualidade delimitados pelo estudo. Sendo a variável considerada relevante, quando apresentou relação com quaisquer das dimensões da qualidade e estava incluída em algumas das ações programáticas dos eixos da Integralidade. O critério de relevância foi então composto por duas condições as quais a variável precisou atender concomitantemente.
- b) **Confiabilidade da Variável:** mensurada através da avaliação individual da frequência de cada variável. Sendo considerada confiável quando não apresentou distorções e/ou contradições com a realidade.

Foram incluídas no estudo as variáveis que apresentaram simultaneamente os dois critérios estabelecidos.

A partir da matriz teórica e dos critérios de inclusão instituídos foi elaborada a Matriz de Seleção das Variáveis (quadro 4).

Quadro 4 – Matriz de seleção das variáveis.

CARACTERIZAÇÃO GERAL					CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	FONTE	EIXO DA INTEGRALIDADE	DIMENSÃO DA QUALIDADE	RELEVÂNCIA		CONFIABILIDADE
					I*	Q**	
Nome da Variável	Descrição, especificação da variável	Advém de que SIS	Relaciona-se com que ações da integralidade: Promoção, Prevenção, Tratamento ou Reabilitação	Relaciona-se com que dimensão da qualidade: Estrutura, Processo ou Resultado	Sim ou Não	Sim ou Não	Sim ou Não

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: I* - Integralidade; Q** - Qualidade

Esta matriz foi construída para selecionar as variáveis e justificar sua inclusão ou exclusão no estudo. Para sua conformação avaliou-se que características das variáveis seriam relevantes para atender ao que pretendia o estudo. As informações selecionadas para a caracterização geral foram:

- a) **Nome** – denominação dada à variável no Sistema de Informação em que se originou;
- b) **Definição** – descrição da variável. Apresentou-se sua especificação, sua finalidade, a que se destinou;
- c) **Fonte** – apresentou em qual dos Sistemas de Informações utilizados a variável teve origem;
- d) **Integralidade** – discriminou em que ação/atividade do princípio da Integralidade a variável estava incluída;
- e) **Dimensão da Qualidade** – demonstrou com qual dimensão da tríade Estrutura-Processo-Resultado a variável estava relacionada.

A outra seção da matriz disse respeito à apresentação dos critérios de seleção, discriminando cada variável com os respectivos critérios. Assinalando *sim* quando o requisito foi atendido e *não*, quando do contrário. Na matriz esta seção foi composta por dois eixos:

- a) **Relevância** – conformado em dois subeixos: relação da variável com a integralidade (I) e com a qualidade da assistência (Q);
- b) **Confiabilidade** – relacionou-se à qualidade da variável no SIS.

4.5 Premissas para a Construção de Indicadores

Quando se pretende elaborar indicadores é preciso bastante clareza quanto ao seu objetivo, sua representação, a população ou amostra, o tipo, a fonte dos dados e o método de coleta.

Neste processo são condições indispensáveis:

- a) Existência e disponibilidade dos dados;
- b) Construção fácil;
- c) Interpretação simples;
- d) Reflexo do maior número de fatores que influenciem no estado de saúde;
- e) Poder discriminatório, facilitando comparações (MALIK; SCHIESARI, 1998; TRONCHIN, et al., 2009).

Este trabalho é bastante facilitado quando se têm disponíveis sistemas de informações capazes de propiciar maiores e melhores elementos para a construção dos mesmos (MALIK; SCHIESARI, 1998). Entretanto, a elaboração de indicadores a partir dos sistemas de informação em saúde (SIS) exige atenção em relação à confiabilidade e validade dos dados, já que a sua qualidade está diretamente relacionada aos processos de registro, coleta e transmissão dos dados dos sistemas utilizados.

Os indicadores podem ser definidos como simples e compostos. Os primeiros são auto-explicativos. Descrevem um determinado aspecto da realidade de maneira imediata, por exemplo, o número de leitos hospitalares implantados. Podem também apresentar uma relação entre situações ou ações, como a relação entre o número de internações hospitalares em neonatos. São geralmente utilizados para realizar avaliações setoriais e para checar o cumprimento de pontos de um programa e/ou serviço de saúde, permitindo conclusões rápidas e objetivas (KAYANO; CALDAS, 2002).

Os indicadores compostos, por sua vez, representam de forma sintética um conjunto de aspectos de uma dada realidade. Agrupam, em um único número, vários

indicadores simples, representando um tipo de média entre eles. Por isso, é necessário estar bem definido e explicitado que “peso” cada indicador simples assume para a determinação do resultado final (KAYANO; CALDAS, 2002).

4.6 Caminhos Percorridos

A construção dos indicadores e aplicação da metodologia foram realizadas em quatro etapas:

1ª) Definição de indicadores simples: consistiu nos processos de construção dos indicadores simples, na definição de seus valores e pontuação de unidades hospitalares;

2ª) Elaboração dos indicadores compostos: neste momento foram construídos os indicadores compostos, definidos seus valores e realizada a pontuação de cada unidade hospitalar;

3ª) Construção do índice de completude da assistência hospitalar materna e neonatal: quando foi desenvolvido o índice, estabelecido seu valor e realizada a pontuação de todas as unidades hospitalares.

A descrição do processo utilizado para a pontuação e valoração dos indicadores em cada uma das etapas faz parte dos resultados da pesquisa, sendo apresentada no capítulo a seguir.

4ª) Aplicação da metodologia: realizou-se a distribuição espacial da rede hospitalar por regiões e estados do país segundo a classificação realizada, através de tabelas e gráficos.

4.7 As Considerações Éticas

O estudo utilizou exclusivamente dados secundários de domínio público do Ministério da Saúde, não existindo assim a possibilidade de danos ou riscos ou quaisquer implicações éticas durante a sua realização.

Resultados e Discussão



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa são apresentados em duas etapas, que incluem todas as atividades realizadas para a construção do índice e para a sua representação.

5.1 A Construção do Índice

A construção do índice foi realizada em oito passos: a seleção das variáveis, a construção dos indicadores simples; o estabelecimento de valor para os indicadores simples; a elaboração dos indicadores compostos; a valoração dos indicadores compostos; o desenvolvimento do índice de completude e, por fim, a definição do valor para o índice. Como é apresentado a seguir:

5.1.1 A Seleção das Variáveis

O banco de dados organizado no estudo apresentou um quantitativo quase ilimitado de variáveis, se forem considerados todos os conteúdos disponibilizados por cada uma delas e ainda os possíveis cruzamentos que se podem realizar entre as variáveis. Por isso foi definido que apenas as variáveis relacionadas à assistência materna e neonatal seriam submetidas ao processo de seleção.

Foram identificadas 294 variáveis relacionadas à assistência materna e neonatal nos arquivos do SIH e CNES utilizados no estudo (tabela 1).

Tabela 1 – Apresentação das variáveis disponíveis no banco de dados do estudo, segundo categorias de análise. Brasil, 2009.

VARIÁVEL	Fonte	SELEÇÃO DISPONÍVEL
Atendimento Ambulatorial	CNES	14
Atendimento Prestado	CNES	7
Caráter de Atendimento	SIH	6
Causa associada	SIH	21
Causa associada ao óbito	SIH	21
Centro Cirúrgico	CNES	4
Centro Obstétrico	CNES	4
Coleta Seletiva	CNES	4
Comissões	CNES	12
Contraceptivo	SIH	12
Diagnóstico CID 10	SIH	21
Diagnóstico Secundário CID 10	SIH	21
Dias de permanência	SIH	1
Equipamento	CNES	1
Fez VDRL	SIH	1
Gestante de Risco	SIH	1
Grau de instrução	SIH	3
Habilitação	CNES	19
Identificação	SIH	6
Infecção Hospitalar	SIH	1
Inscrição Pré-natal	SIH	1
Internações em neonatologia	SIH	1
Internações em obstetrícia	SIH	1
Leito	CNES	13
Motivo saída/permanência	SIH	7
Nível de Atenção	CNES	3
Número de Filhos	SIH	1
Óbitos	SIH	1
Procedimento obstétrico	SIH	21
Procedimento solicitado	SIH	21
Sequencial	SIH	1
Serviço de Apoio	CNES	11
Sexo	SIH	2
Teve diárias de UTI	SIH	1
Tipo de AIH	SIH	2
Tipo de UTI	SIH	11
Unidade Neonatal	CNES	3
Urgência/Emergência	CNES	13
Total		294

Fonte: Elaborada pela autora

Na primeira etapa do processo de seleção foi realizada uma análise das variáveis, verificando quais entre as 294 apresentavam alguma relevância para a pesquisa. Identificou-se 113 variáveis relacionadas ao objeto do estudo.

Com este universo, foi procedida a segunda etapa do processo de seleção, onde foi avaliada a precisão de cada variável em refletir o fenômeno com o qual se relacionava. Das 113 variáveis avaliadas, 30 apresentaram confiabilidade insatisfatória e por isso foram excluídas do estudo. Desta maneira, obteve-se 83 variáveis disponíveis com qualidade satisfatória para a pesquisa.

Por fim foi realizada a última etapa do processo seletivo analisando individualmente cada variável de acordo com os critérios de relevância definidos no estudo. Com este processo foi constituído o conjunto de **40** variáveis do estudo com qualidade e relevância (tabela 2).

Tabela 2 - Apresentação das etapas do processo de seleção das variáveis.

ETAPAS	VARIÁVEIS	
	Sim	Não
Identificação da pertinência com a assistência materna e neonatal	294	-
Análise da relação com objeto do estudo	113	181
Avaliação da confiabilidade	83	30
Análise critérios de relevância	40	43

Fonte: Elaborada pela autora

As variáveis a serem trabalhadas no estudo foram descritas segundo seu nome, conteúdo selecionado, definição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade, confiabilidade e relevância, como são apresentadas no quadro a seguir:

Quadro 5 – Descrição das variáveis selecionadas para o estudo, segundo conteúdo selecionado, definição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e critérios de inclusão. Brasil, 2009.

(continua)

CARACTERIZAÇÃO GERAL						CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
Variável	Conteúdo Selecionado	Definição	Fonte	Eixo da Integralidade	Dimensão Qualidade	Confiabilidade	Relevância	
							I*	Q**
Leito	Obstetrícia	Descrição do leito cadastrado, segundo especialidade clínica.	CNES	Tratamento	Estrutura	Sim	Sim	Sim
	Neonatologia							
	UTI adulto tipo I							
	UTI adulto tipo II							
	UTI adulto tipo III							
	UTI neonatal tipo I							
	UTI neonatal tipo II							
	UTI neonatal tipo III							
	UTI pediátrica tipo I							
	UTI pediátrica tipo II							
UTI pediátrica tipo III								
Unidade Neonatal	Alojamento conjunto	Quantidade de leitos disponíveis para o alojamento conjunto de mães e recém-natos.	CNES	Promoção; Prevenção	Estrutura	Sim	Sim	Sim
Internação em obstetrícia		Especialidade da clínica onde foi realizada a internação.	SIH	Tratamento	Processo	Sim	Sim	Sim
Internação em neonatologia		Frequência de internações em pacientes com até 28 dias.	SIH	Tratamento	Processo	Sim	Sim	Sim
Dias de permanência		Tempo de internação, dividido em faixas: 0 dia, de 1 a 7 dias, dia a dia, 8 a 14 dias, 15 a 21 dias, 22 a 28 dias, 29 dias e mais.	SIH	Tratamento	Resultado	Sim	Sim	Sim

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: I* - Integralidade; Q** - Qualidade

Quadro 5 – Descrição das variáveis selecionadas para o estudo, segundo conteúdo selecionado, definição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e critérios de inclusão. Brasil, 2009.

(continuação)

CARACTERIZAÇÃO GERAL							CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
Variável	Conteúdo selecionado	Definição	Fonte	Eixo da Integralidade	Dimensão da Qualidade	Confiabilidade	Relevância		
							I*	Q**	
Procedimento Obstétrico	Parto normal	Procedimento obstétrico realizado na internação.	SIH	Tratamento	Processo	Sim	Sim	Sim	
	Parto normal em gestação de alto risco								
	Parto cesáreo								
	Parto cesáreo com realização de laqueadura								
	Parto cesáreo em gestação de alto risco								
Equipamento	Incubadora	Apresenta a quantidade de incubadora existente e cadastrada pela unidade.	CNES	Tratamento	Estrutura; Processo	Sim	Sim	Sim	
Serviço de Apoio	Banco de leite próprio	Disponibiliza os serviços de apoio próprios ou terceirizados existentes na unidade.	CNES	Promoção; Prevenção	Estrutura; Processo	Sim	Sim	Sim	
Comissões	Comissão de controle de infecções hospitalares Comissão de investigação epidemiológica Comissão de notificação de doenças Comissão de análise de óbitos	Apresenta as comissões existentes e em funcionamento no hospital.	CNES	Prevenção	Processo; Resultado	Sim	Sim	Sim	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: I* - Integralidade; Q** - Qualidade

Quadro 5 – Descrição das variáveis selecionadas para o estudo, segundo conteúdo selecionado, definição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e critérios de inclusão. Brasil, 2009.

(conclusão)

CARACTERIZAÇÃO GERAL						CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		
Variável	Conteúdo selecionado	Definição	Fonte	Eixo da Integralidade	Dimensão da Qualidade	Confiabilidade	Relevância	
							I*	Q**
Habilitação	Atendimento terciário à gestante de alto risco			Tratamento	Processo			Sim
	Busca ativa de órgãos			Tratamento	Estrutura; Processo			
	Centro de referência em triagem neonatal para acompanhamento e tratamento da fibrose cística			Tratamento	Processo			
	Centro de referência em triagem neonatal para acompanhamento e tratamento das doenças falciformes outras hemoglobinopatias			Tratamento	Processo			
	Centro de referência em triagem neonatal para acompanhamento e tratamento do hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria			Tratamento	Processo			
	Centro de tratamento da má formação lábio palatal			Tratamento	Processo			
	Cuidados intermediários neonatal	Tipo de habilitação que o hospital apresenta.	CNES	Tratamento	Estrutura	Sim	Sim	
	Enteral			Tratamento	Processo			
	Enteral e Parenteral			Tratamento	Processo			
	Enteral e Parenteral com manipulação e fabricação			Tratamento	Processo			
	Hospital amigo da criança			Tratamento	Processo			
	Hospital dia AIDS			Tratamento	Processo			
	Laqueadura			Tratamento	Processo			
Nutrição enteral			Tratamento	Processo				

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: I* - Integralidade; Q** - Qualidade

5.1.2 A Construção dos Indicadores Simples

Para identificar e descrever aspectos gerais da assistência hospitalar materna e neonatal foram construídos 27 indicadores simples. O método de cálculo variou desde a frequência simples, a verificação da existência ou não de determinados serviços, programas ou habilitações, até o cálculo de proporções.

Alguns destes indicadores já foram bastante utilizados, como é o caso do percentual de partos cesáreos, número total de internações obstétricas e neonatais, número total de leitos obstétricos e neonatais. Ao passo em que outros foram elaborados pelo estudo, como por exemplo, habilitação em hospital amigo criança, serviço de nutrição enteral e parenteral, centro de tratamento da má formação lábio palatal e outros.

Os indicadores simples calculados e elaborados foram descritos segundo método de cálculo, descrição, fonte, a que eixo da integralidade e dimensão da qualidade esteve relacionado e a bibliografia utilizada para sua definição e construção (quadro 6).

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e bibliografia. Brasil, 2009.

(Continua)

INDICADOR SIMPLES	MÉTODO DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO	FONTE	INTEGRALIDADE	DIMENSÃO	BIBLIOGRAFIA
Leitos neonatais	Somatório do nº de leitos em neonatologia, em dezembro de 2009.	Está relacionado com a capacidade instalada da unidade.	CNES	Tratamento	Estrutura	-
Leitos obstétricos	Somatório do nº de leitos em obstetrícia clínica e obstetrícia cirúrgica, em dezembro de 2009.	Refere-se à capacidade instalada da unidade.	CNES	Tratamento	Estrutura	-
UTI adulto	Somatório do nº de leitos em UTI I adulto, UTI II adulto e UTI III adulto disponíveis na unidade, em dezembro de 2009.	Demonstra que o hospital apresenta área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. É destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.	CNES	Tratamento	Estrutura	BRASIL, 2010
UTI neonatal	Somatório do nº de leitos em UTI I neonatal, UTI II neonatal e UTI III neonatal disponíveis na unidade, em dezembro de 2009.	Apresenta a mesma definição para UTI adulto, porém admite pacientes com idade entre 0 e 28 dias.	CNES	Tratamento	Estrutura	BRASIL, 2010
UTI pediátrica	Somatório do nº de leitos em UTI I pediátrica, UTI II pediátrica e UTI III pediátrica disponíveis na unidade, em dezembro de 2009.	Apresenta a mesma definição para UTI adulto, porém admite pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.	CNES	Tratamento	Estrutura	BRASIL, 2010
Cuidados intermediários neonatal	Habilitação para prestar cuidados intermediários neonatal, em dezembro de 2009.	Demonstra estar capacitado para internação de neonatos potencialmente críticos e que requerem atenção médica e de enfermagem contínua, com recursos humanos especializados, materiais específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapia	CNES	Tratamento	Estrutura	BRASIL, 1999a

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e bibliografia. Brasil, 2009.

(continuação)

INDICADOR SIMPLES	MÉTODO DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO	FONTE	INTEGRALIDADE	DIMENSÃO	BIBLIOGRAFIA
Internações neonatais	Somatório do nº de internações realizadas em pacientes com menos de 28 dias, no ano de 2009.	Demonstra o volume de atendimentos do hospital destinado aos pacientes entre 0 e 28 dias de vida.	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2010
Internações obstétricas	Somatório do nº de internações realizadas em leitos obstétricos, no ano de 2009.	Demonstra o volume de atendimentos do hospital prestados às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001a
% Parto normal com permanência de 24h	Numerador: nº partos normais com permanência de um dia realizados no ano 2009 x 100 Denominador: Somatório dos partos normais realizados no ano 2009.	Refere-se à resolutividade e qualidade da assistência prestada, pois uma permanência acima de 48h em decorrência de um parto cesáreo indica a ocorrência complicações.	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001a
Parto normal de alto risco	Registro da realização de parto normal de alto risco, no ano 2009.	Demonstra que a unidade tem capacidade para admitir gestante com condições ou características que a torna (ou o seu feto) mais propensa a adoecer ou morrer em decorrência da gestação ou parto.	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001b
% Parto cesáreo	Numerador: Nº partos cesareanos + Nº partos cesareanos com laqueadura + Nº parto cesareanos em gestação de alto risco realizados no ano 2009 x 100 Denominador: Somatório dos partos realizados no ano 2009	O percentual de partos cesáreos indica o acesso das gestantes a este tipo de procedimento, quando de sua necessidade. Elevados percentuais de cesárea podem refletir o uso abusivo de tecnologia, e indicação da cesariana sem justificativa. Assim como frequências reduzidas podem indicar dificuldades no acesso das gestantes a este tipo de parto. O parâmetro numérico estabelecido pelo estudo para análise deste indicador é apresentado e justificado a seguir.	SIH	Tratamento	Processo	MOURA et al., 2007; BRASIL, 2001a

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e bibliografia. Brasil, 2009.

(continuação)

INDICADOR SIMPLES	MÉTODO DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO	FONTE	INTEGRALIDADE	DIMENSÃO	BIBLIOGRAFIA
% Parto cesáreo com permanência de 48h	Numerador: N ^o partos cesarianos com permanência de dois dias realizados no ano 2009 x 100 Denominador: Somatório dos partos cesáreos realizados no ano 2009	Refere-se à resolutividade e qualidade da assistência prestada, visto que uma permanência acima de 48h em decorrência de um parto cesáreo pode indicar a ocorrência de complicações.	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001a
Parto cesáreo de alto risco	Registro da realização de parto cesáreo de alto risco, no ano 2009.	Demonstra que a unidade tem capacidade para admitir gestantes com condições ou características que a tornam (ou o seu feto) mais propensa a adoecer ou morrer em decorrência da gestação ou parto.	SIH	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001b
Atendimento terciário à gestante de alto risco	Habilitação para o atendimento terciário à gestante de alto risco, em dezembro de 2009.	Demonstra que a unidade disponibiliza os recursos mais complexos para atender gestantes de alto risco no sistema.	CNES	Tratamento	Estrutura; Processo; Resultado	BRASIL, 2001b, 1998a
Centro referência em triagem neonatal	Habilitação em centro de referência em triagem neonatal para acompanhamento e tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística, em dezembro de 2009.	Revela que a unidade realiza o diagnóstico destas doenças, a tempo de interferir em seus cursos. Possibilitando a realização do tratamento precoce específico e a diminuição ou eliminação das seqüelas a elas associadas.	CNES	Tratamento	Processo	BRASIL, 2001c
Serviço de nutrição enteral e parenteral	Habilitação para prestação dos serviços enteral, enteral e parenteral, enteral e parenteral com manipulação e fabricação e/ou nutrição enteral, em dezembro de 2009.	Revela que o hospital dispõe dos requisitos necessários para garantir a administração adequada e suficiente de nutrientes, para evitar a desnutrição, alterando sobremaneira a sobrevida de pacientes que evoluiriam inexoravelmente para o óbito.	CNES	Tratamento	Estrutura; Processo; Resultado	BRASIL, 1998b

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e bibliografia. Brasil, 2009.

(continuação)

INDICADOR SIMPLES	MÉTODO DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO	FONTE	INTEGRALIDADE	DIMENSÃO	BIBLIOGRAFIA
Centro de tratamento da má formação lábio palatal	Habilitação em centro de tratamento à má formação lábio palatal, em dezembro de 2009.	Demonstra a capacidade da unidade em promover a reabilitação estética e funcional dos pacientes com má formação lábio palatal.	CNES	Promoção; Tratamento	Estrutura; Processo; Resultado	BRASIL, 1994a
Hospital amigo da criança	Habilitação em hospital amigo da criança, em dezembro de 2009.	Indica que o estabelecimento promove a promoção, proteção e apoia o aleitamento materno.	CNES	Promoção; Prevenção	Estrutura; Processo; Resultado	OMS, 2010; LAMOUNIER, 1996
Hospital dia AIDS	Habilitação em hospital dia AIDS, em dezembro de 2009.	Demonstra a capacidade da unidade em prestar assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, que requeiram a permanência de pacientes portadores do vírus HIV na unidade por um período máximo de 12 horas.	CNES	Prevenção; Tratamento	Estrutura; Processo; Resultado	BRASIL, 1994b
Busca ativa de órgãos	Habilitação para realizar busca ativa de órgãos, em dezembro de 2009.	Demonstra que o hospital dispõe de comissão multidisciplinar – formada por médicos, enfermeiros, psicólogo, entre outros profissionais para identificar possíveis doadores e aplicar o protocolo do Ministério da Saúde diante de respostas positivas. O processo inclui, além da abordagem da família, a realização de exames clínicos e confirmatórios e o acionamento das equipes de captação para retirada dos órgãos e encaminhamento às unidades de transplantes.	CNES	Tratamento	Estrutura Processo	BRASIL, 2009a
Laqueadura	Habilitação para realização de laqueaduras, em dezembro de 2009.	Demonstra que a unidade oferta métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, previstas pelo planejamento familiar.	CNES	Promoção	Estrutura; Processo; Resultado	BRASIL, 1999b

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 6 – Apresentação dos indicadores simples, segundo método de cálculo, descrição, fonte, eixo da integralidade, dimensão da qualidade e bibliografia. Brasil, 2009.

(conclusão)

INDICADOR SIMPLES	MÉTODO DE CÁLCULO	DESCRIÇÃO	FONTE	INTEGRALIDADE	DIMENSÃO	BIBLIOGRAFIA
Banco de Leite	Existência de banco de leite próprio, em dezembro de 2009.	Revela se o hospital dispõe de um centro especializado, para execução de coleta, processamento e controle de qualidade do colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição médica ou de nutricionista. Promove e incentiva o aleitamento materno. Representa uma das metas prioritárias para melhorar os índices de morbimortalidade infantil, como também beneficiar a saúde da mulher.	CNES	Promoção; Prevenção	Estrutura; Processo	BRASIL, 2006c
Alojamento conjunto	Existência de leitos para o alojamento conjunto (mães/recém-natos), em dezembro de 2009.	Relaciona-se com a capacidade da unidade em propiciar um relacionamento favorável entre mãe e recém-nascido, desde os primeiros momentos após o parto, enfatizando os cuidados primários e individuais à saúde.	CNES	Promoção; Prevenção	Estrutura	BRASIL, 1993
Incubadoras	Somatório do nº de incubadoras disponíveis na unidade, em dezembro de 2009.	Revela se o hospital dispõe de equipamento médico assistencial para a manutenção da vida de recém-nascidos prematuros. Contribui para um desenvolvimento rápido e com uma menor incidência de doenças.	CNES	Tratamento	Estrutura; Processo	IAONE; MORAES, 2002
Comissão de análise de óbitos	Comissão de análise de óbitos implantada, em dezembro de 2009.	Demonstra se a unidade realiza a avaliação da assistência médica prestada. Refere-se à qualidade do cuidado prestado.	CNES	Prevenção	Processo; Resultado	BRASIL, 2009b
Comissão de controle de infecções hospitalares	Comissão de controle de infecções hospitalares implantada, em dezembro de 2009.	Revela se o hospital apresenta normas e rotinas instituídas para minimizar os riscos da ocorrência de infecções hospitalares.	CNES	Prevenção	Processo; Resultado	BRASIL, 2004b
Comissão de notificação e investigação de doenças	Comissão de investigação epidemiológica e/ou comissão de notificação de doenças implantadas, em dezembro de 2009.	Demonstra se a unidade cumpre as atividades previstas pelo subsistema nacional de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar.	CNES	Prevenção	Processo; Resultado	BRASIL, 2004b

Fonte: Elaborado pela autora

5.1.3 Estabelecendo Valor para os Indicadores Simples

Com os indicadores simples construídos, organizou-se uma matriz, composta pelas unidades hospitalares (linhas) e os indicadores (coluna).

Cada indicador apresentou valores distribuídos em um intervalo compreendido entre sua frequência mínima e máxima obtida, conforme é apresentado no quadro abaixo:

Quadro 7 – Apresentação dos indicadores simples, segundo suas frequências mínima e máxima, período de referência e fonte de coleta. Brasil, 2009.

INDICADOR SIMPLES	INTERVALO		PERÍODO DE REFERÊNCIA
	Freq Mín	Freq Máx	
Leitos neonatais	0	57	ano/2009
Leitos obstétricos	0	144	ano/2009
UTI adulto	0	182	dez/2009
UTI neonatal	0	50	dez/2009
UTI pediátrica	0	51	dez/2009
Cuidados intermediários neonatal	Não	Sim	dez/2009
Internações neonatais	0	3441	ano/2009
Internações obstétricas	0	12118	ano/2009
% Parto normal com permanência de 24h	0	100%	ano/2009
Parto normal de alto risco	Não	Sim	ano/2009
% Parto cesáreo	0	100%	ano/2009
% Parto cesáreo com permanência de 48h	0	100%	ano/2009
Parto cesáreo de alto risco	Não	Sim	ano/2009
Atendimento terciário à gestante de alto risco	Não	Sim	dez/2009
Centro de referência para tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística	Não	Sim	dez/2009
Serviço de nutrição enteral e parenteral	Não	Sim	dez/2009
Centro de tratamento da má formação lábio palatal	Não	Sim	dez/2009
Hospital amigo da criança	Não	Sim	dez/2009
Hospital dia AIDS	Não	Sim	dez/2009
Busca ativa de órgãos	Não	Sim	dez/2009
Laqueadura	Não	Sim	dez/2009
Banco de leite	Não	Sim	dez/2009
Alojamento conjunto	Não	Sim	dez/2009
Incubadoras	0	71	dez/2009
Comissão de análise de óbitos	Não	Sim	dez/2009
Comissão de controle de infecções hospitalares	Não	Sim	dez/2009
Comissão de notificação e investigação de doenças	Não	Sim	dez/2009

Fonte: Elaborado pela autora

Os indicadores apresentaram valores muito distintos entre si, por isso foi necessário uniformizá-los, para que um indicador não apresentasse um peso superior a outro. Para isso, foi estabelecido que cada um receberia no mínimo 0 (zero) e no máximo 1 (um) ponto.

Dezesseis indicadores se referiram à unidade possuir ou não determinada característica, ou realizar ou não algum procedimento. Para estes existiam dois resultados possíveis: não ou sim. Admitindo, desta maneira, duas pontuações: 0 quando resultado fosse (não) e 1 ponto para o resultado (sim).

Os onze demais apresentaram uma maior variação de resultados, expressa em amplos intervalos numéricos, o que determinou o estabelecimento de outro critério para valoração.

Admitindo que cada indicador pontuaria entre 0 e 1, fracionou-se este intervalo em uma escala de valoração com intervalos de 0,2 pontos originando, assim, seis possibilidades de pontuação: 0; 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 e 1.

Desta maneira, os indicadores teriam seu intervalo de valores (compreendidos entre sua frequência mínima e máxima obtida) disposto em seis faixas. E cada um deles receberia de maneira crescente a pontuação acima citada.

A conformação destas faixas não se deu de maneira uniforme pela simples divisão do intervalo de valores por 6. Isso em virtude de cada indicador refletir uma característica particular da rede hospitalar e, portanto, apresentar universos numéricos bastantes distintos. Foram dispensados alguns critérios para conformação das seis faixas de cada indicador, os quais seguem:

- ✓ Observou-se que a rede hospitalar apresentou uma maior concentração nas menores pontuações;
- ✓ A conformação numérica ou percentual dentro de cada faixa foi realizada considerando a variação numérica apresentada. Por

exemplo, um indicador variou entre 0 e 71 e outro entre 0 e 12.118, logo as faixas teriam que apresentar intervalos bem distintos;

- ✓ Alguns indicadores apresentaram uma considerável concentração em zero (mais de 80% das unidades), restando um N pequeno a ser distribuído nas faixas seguintes. Nestes casos a variação entre as faixas foram bem menores;

- ✓ O indicador percentual de parto cesariano, diferentemente dos demais, apresentou dois intervalos numéricos nas faixas para pontuação. Estes intervalos foram compostos por valores de elevados e reduzidos percentuais. Isto foi definido para que os extremos não fossem valorizados, visto que a realização excessiva de cesáreas pode refletir a indicação desnecessária do procedimento, enquanto sua pouca frequência pode representar dificuldade no acesso ao parto cesáreo por parte das gestantes. Sabe-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera ideal a taxa de cesárea em torno de 15 a 20% para o total da população. E que elevados percentuais de cesáreas leva ao aumento do índice de morbimortalidade infantil e materno. Entretanto, deve-se levar em consideração a complexidade da assistência fornecida pela instituição, quando se analisam taxas institucionais separadamente. Assim, sendo, o estudo partiu da premissa que unidades de referência receberiam um maior volume de casos graves e com complicações, o que naturalmente elevaria a frequência de cesáreas em relação ao total dos partos realizados. Então, foi estabelecido como **parâmetro para pontuação máxima das unidades a realização entre 30,1 e 40% de partos cesáreos por unidade/ano, representando um equilíbrio entre a ocorrência de partos normais e cesáreos. O percentual de cesáreas neste caso referiu-se à complexidade da unidade hospitalar.**

Desta maneira, as faixas para pontuação dos indicadores simples apresentaram-se bastante distintas entre si.

Em síntese, obtiveram-se duas modalidades de indicadores simples: aqueles em que seus valores estavam distribuídos em duas faixas para pontuação e sua pontuação compreendia 0 e 1, e outros nos quais esta distribuição se deu em seis faixas para pontuação apresentando, portanto, uma maior possibilidade de pontuação variando entre 0; 0,2; 0,4; 0,6; 0,8 e 1 ponto, como é apresentado no quando a seguir:

Quadro 8 – Apresentação dos indicadores simples, segundo faixa para pontuação com suas respectivas pontuações (escores). Brasil, 2009.

(continua)

INDICADOR	FAIXAS PARA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO (ESCORE)
Leitos Neonatais	0	0
	1 a 4	0,2
	5 a 9	0,4
	10 a 19	0,6
	20 a 29	0,8
	≥30	1
Leitos Obstétricos	0	0
	1 a 9	0,2
	10 a 29	0,4
	30 a 49	0,6
	50 a 69	0,8
	≥70	1
UTI Adulto	0	0
	1 a 5	0,2
	6 a 10	0,4
	11 a 20	0,6
	21 a 30	0,8
	≥31	1
UTI Neonatal	0	0
	1 a 5	0,2
	6 a 10	0,4
	11 a 15	0,6
	16 a 20	0,8
	≥21	1
UTI Pediátrica	0	0
	1 a 5	0,2
	6 a 10	0,4
	11 a 15	0,6
	16 a 20	0,8
	≥21	1
Cuidados Intermediários neonatal	Não	0
	Sim	1
Internações Neonatais	0	0
	1 a 49	0,2
	50 a 99	0,4
	100 a 299	0,6
	300 a 499	0,8
	≥500	1

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 8 – Apresentação dos indicadores simples, segundo faixa para pontuação com suas respectivas pontuações (escores). Brasil, 2009.

(continua)

INDICADOR	FAIXAS PARA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO (ESCORE)
Internações Obstétricas	0	0
	1 a 499	0,2
	500 a 999	0,4
	1000 a 2999	0,6
	3000 a 3999	0,8
	≥4000	1
% Parto Normal com permanência de 24h	< 50%	0
	50 a < 60%	0,2
	60 a < 70%	0,4
	70 a < 80%	0,6
	80 a < 90%	0,8
	90 a 100%	1
Parto normal de alto risco	Não	0
	Sim	1
% Parto cesáreo	0 e 80,1 a 100%	0
	0,1 a 10% e 70,1 a 80%	0,2
	10,1 a 20% e 60,1 a 70%	0,4
	20,1 a 30% e 50,1 a 60%	0,6
	40,1 a 50%	0,8
	30,1 a 40%	1
% Parto cesáreo com permanência de 48h	< 50%	0
	50 a < 60%	0,2
	60 a < 70%	0,4
	70 a < 80%	0,6
	80 a < 90%	0,8
	90 a 100%	1
Parto cesáreo de alto risco	Não	0
	Sim	1
Atendimento terciário à gestante de alto risco	Não	0
	Sim	1
Centro de referência para tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística	Não	0
	Sim	1
Serviço de nutrição enteral e parenteral	Não	0
	Sim	1
Centro de tratamento da má formação lábio palatal	Não	0
	Sim	1
Hospital amigo da criança	Não	0
	Sim	1
Hospital dia AIDS	Não	0
	Sim	1

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 8 – Apresentação dos indicadores simples, segundo faixa para pontuação com suas respectivas pontuações (escores). Brasil, 2009.

(conclusão)		
INDICADOR	FAIXAS PARA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO (ESCORE)
Busca ativa de órgãos	Não	0
	Sim	1
Laqueadura	Não	0
	Sim	1
Banco de leite	Não	0
	Sim	1
Alojamento conjunto	Não	0
	Sim	1
Incubadoras	0	0
	1 a 5	0,2
	6 a 10	0,4
	11 a 15	0,6
	16 a 20	0,8
	≥20	1
Comissão de análise de óbitos	Não	0
	Sim	1
Comissão de controle de infecções hospitalares	Não	0
	Sim	1
Comissão de notificação e investigação de doenças	Não	0
	Sim	1

Fonte: Elaborado pela autora

5.1.4 Redefinindo o Universo do Estudo

Após a análise da rede segundo os indicadores simples, foi observado que algumas unidades hospitalares incluídas no estudo que atendiam ao critério previamente definido *de estar cadastrada no CNES e ter realizado pelo menos uma internação obstétrica no ano de 2009*, não haviam realizado nenhum parto normal ou cesáreo durante todo o ano.

Esta condição impossibilitava considerar estas unidades como parte da Rede Hospitalar Materna e Neonatal. Para corrigir esta questão, foram definidos novos critérios de inclusão para conformação do universo de estudo:

- a) **Ter realizado pelo menos 12 partos normais ou 12 partos cesáreos/ano;**

- b) **Ter realizado menos que 12 partos normais ou cesáreos/ano, mas os partos realizados representarem 10% ou mais do total de internações da unidade.**

Com esta mudança o universo do estudo sofreu alterações. E a Rede Hospitalar Materna e Neonatal do SUS foi constituída por **3.400 unidades**, sobre a qual incidiu todas as análises do estudo.

5.1.5 A Elaboração dos Indicadores Compostos

Para elaboração dos indicadores compostos, os 27 indicadores simples foram agrupados segundo características semelhantes da rede hospitalar a que se referiam. Seguindo este critério foi possível construir cinco indicadores compostos denominados “dimensões da qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal”: Porte, Complexidade, Práticas Obstétricas e Neonatais Recomendáveis, Práticas Epidemiológicas e Assistência ao Parto.

O cálculo do indicador composto consistiu na soma da pontuação individual de cada indicador simples que o compunha:

1- *Dimensão Porte*: refere-se ao tamanho, calibre, capacidade instalada do hospital. Foi conformada com os seguintes indicadores simples:

- a) Número total de leitos obstétricos;
- b) Número total de leitos neonatais;
- c) Número total de internações obstétricas/ano;
- d) Número total de internações neonatais/ano.

2- *Dimensão Complexidade*: diz respeito à prestação de serviços assistenciais que requerem alta densidade tecnológica. Foi constituída pelos indicadores simples:

- a) Número de leitos em UTI Adulto;
- b) Número de leitos em UTI Pediátrica;
- c) Número de leitos em UTI Neonatal;
- d) Número de Incubadoras;
- e) Habilitação para atendimento terciário à gestante de alto risco;

- f) Habilitação para prestação do serviço de nutrição enteral e parenteral;
- g) Habilitação em centro de referência em triagem neonatal para acompanhamento e tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística;
- h) Habilitação em centro de tratamento à má formação lábio palatal.

Ao mesmo tempo em que são leitos, as incubadoras compõem o ambiente de UTI hospitalar. Estas características lhes possibilitariam pertencer às dimensões porte e complexidade, simultaneamente. No entanto, visando a não repetição de variáveis em diferentes dimensões e partindo-se da premissa que o número de incubadoras reflete diretamente a capacidade de uma unidade hospitalar em prestar um serviço especializado aos neonatos, optou-se por localizá-las na dimensão Complexidade.

3- *Dimensão Assistência ao Parto*: reflete características das circunstâncias em que são realizados os partos. Foi composta pelos seguintes indicadores simples:

- a) Percentual de parto cesáreo/ano;
- b) Percentual de parto normal com permanência de 24h/ano;
- c) Percentual de parto cesáreo com permanência de 48h/ano;
- d) Realização do parto normal de alto risco/ano;
- e) Realização do parto cesáreo de alto risco/ano;

4- *Dimensão Práticas Obstétricas e Neonatais Recomendáveis*: refere-se ao desenvolvimento de serviços e/ou atividades relacionadas à promoção da saúde e humanização do atendimento dirigido ao segmento materno e neonatal. Demonstra que a unidade estimula os cuidados primários e individuais à saúde. Foi composta dos seguintes indicadores simples:

- a) Existência de leitos para o alojamento conjunto;
- b) Existência de banco de leite;
- c) Habilitação em cuidados intermediários neonatais;
- d) Habilitação em hospital amigo da criança;
- e) Habilitação em hospital dia AIDS;
- f) Habilitação para busca ativa de órgãos;

g) Habilitação para realização de laqueadura.

5- *Dimensão Práticas Epidemiológicas*: Está relacionada à estruturação e cumprimento das ações estratégicas de vigilância epidemiológica e exercício das atividades de avaliação da prática médica no ambiente hospitalar. Foi constituída pelos seguintes indicadores simples:

- a) Comissão de análise de óbitos implantada;
- b) Comissão de controle de infecções hospitalares implantada;
- c) Comissão de notificação e investigação de doenças implantada.

5.1.6 Valorando os Indicadores Compostos

A pontuação máxima possível de ser alcançada nestas dimensões esteve relacionada ao número total de indicadores simples que cada uma conteve. Como a quantidade de indicadores simples varia na composição de cada dimensão, elas apresentaram valoração diferente entre si, sendo tanto maior, quanto maior foi o número de indicadores simples que a compunha. Por exemplo, uma dimensão com 5 indicadores apresentou frequência máxima de 5 pontos, do mesmo modo outra dimensão composta por 7 indicadores obteve a máxima frequência de 7 pontos.

Cada dimensão teve seus valores fracionados em um número de faixas igual à sua frequência máxima, originando assim as faixas para pontuação. Por exemplo, com uma frequência máxima de 4 pontos, teve seus valores divididos em 4 faixas para pontuação: [>0 a 1], [>1 a 2]; [>2 a 3] e [>3 a 4].

Feito isto para todas as dimensões, foi atribuída para cada faixa a respectiva pontuação, em intervalos crescentes de 1 ponto. Utilizando o exemplo do Porte, cada uma das faixas acima descritas receberam 1; 2; 3; e 4 pontos respectivamente. Desta maneira, as dimensões apresentaram como possibilidade máxima de pontuação o número de indicadores simples que a compunha (quadro 9).

Quadro 9 – Apresentação dos indicadores compostos (dimensões), segundo os indicadores simples que os compõem, suas faixas para pontuação com respectivas pontuações e classificação. Brasil, 2009.

INDICADOR COMPOSTO (DIMENSÃO)	INDICADORES SIMPLES	FAIXAS PARA PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO
PORTE (Pontuação Máxima = 04)	Número total de Leitos Obstétricos;	>0 a 1	1
	Número total de Leitos Neonatais;	>1 a 2	2
	Número total de Internações em Obstetrícia/ano;	>2 a 3	3
	Número total de Internações Neonatais/ano	>3 a 4	4
COMPLEXIDADE (Pontuação Máxima = 08)	Nº de leitos em UTI Adulto;	0	0
	Nº de leitos em UTI Pediátrica;	>0 a 1	1
	Nº de leitos em UTI Neonatal;	>1 a 2	2
	Nº de Incubadoras;	>2 a 3	3
	Habilitação para atendimento terciário à gestante de alto risco;	>3 a 4	4
	Habilitação para prestação do serviço de nutrição enteral;	>4 a 5	5
	Habilitação em centro de tratamento à má formação lábio palatal	>5 a 6	6
	Habilitação em centro de referência para tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística	>6 a 7	7
ASSISTÊNCIA AO PARTO (Pontuação Máxima = 05)	% Parto Normal com permanência de 24h/ano;	0	0
	Parto Normal de alto risco/ano;	>0 a 1	1
	% Parto Cesáreo com permanência de 48h/ano;	>1 a 2	2
	% Parto Cesáreo/ano;	>2 a 3	3
	Parto Cesáreo de alto risco/ano	>3 a 4	4
PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS RECOMENDÁVEIS (Pontuação Máxima = 07)		>4 a 5	5
	Leitos de alojamento conjunto;	0	0
	Banco de leite implantado;	1	1
	Habilitação em Hospital amigo da criança;	2	2
	Habilitação em Hospital dia AIDS;	3	3
	Habilitação em cuidados intermediários neonatal	4	4
	Habilitação para realização de laqueadura	5	5
Habilitação para busca ativa de órgãos	6	6	
PRÁTICAS EPIDEMIOLÓGICAS (Pontuação Máxima = 03)		7	7
	Comissão de análise de óbitos implantada;	0	0
	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares implantada; Comissão de notificação e investigação de doenças implantada	1	1
		2	2
	3	3	

Fonte: Elaborado pela autora

5.1.7 O Desenvolvimento do Índice de Completude da Assistência Hospitalar Materna e Neonatal do SUS

O objetivo fim deste estudo consistiu na elaboração de um indicador para mensurar a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal do Sistema Único de Saúde. O método desenvolvido pelo estudo consistiu na definição de Indicadores Simples que foram reunidos compondo os Indicadores Compostos, que por sua vez foram agrupados constituindo o Índice.

Os índices são medidas que integram múltiplas dimensões ou elementos de naturezas diversas. Agregam numa medida vários aspectos de uma determinada situação relacionada à saúde. Podem ser obtidos através da escala de pontos (score), que representa a soma de todas as unidades em diferentes dimensões (BRASIL, 2011b).

Seguindo esta premissa, este indicador conteve todos os indicadores elaborados no estudo, expressando todas as características avaliadas da rede hospitalar. O índice refletiu aspectos relacionados à estrutura, processo e resultado da qualidade, bem como à integralidade da assistência hospitalar avaliadas pelo desenvolvimento de ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Admitindo por completude: qualidade ou estado do que é completo (MICHAELIS, 2007). E considerando que a reunião de todos os aspectos estudados refletiu a capacidade das unidades hospitalares em prestar um atendimento integral e de qualidade às mães e recém-natos no SUS, este indicador foi denominado **Índice de completude da assistência hospitalar materna e neonatal**.

5.1.8 Definindo Valor para o Índice

O índice de completude foi constituído a partir do agrupamento das cinco dimensões. Seu cálculo foi obtido através do somatório total da pontuação de todas as dimensões, de forma que o intervalo entre sua frequência mínima e máxima poderia variar entre 1 a 21 pontos, como é apresentado no quadro 10.

Quadro 10 – Apresentação do índice de completude, segundo as dimensões que o compõe, e suas respectivas pontuações. Brasil, 2009.

ÍNDICE DE COMPLETUDE		
DIMENSÃO	PONTUAÇÃO NA DIMENSÃO	PONTUAÇÃO COMPLETUDE
Porte	1 a 4	
Complexidade	0 a 5	
Assistência ao Parto	0 a 4	1 a 21 pontos
Práticas Obstétricas e Neonatais Recomendáveis	0 a 5	
Práticas Epidemiológicas	0 a 3	

Fonte: Elaborado pela autora

Em seguida, cada unidade recebeu sua pontuação em relação ao índice. A pontuação variou bastante entre as 3.400 unidades avaliadas. Houve unidades que somaram apenas 1 ponto até àquelas que fizeram 20 pontos, entre os 21 pontos possíveis.

Este intervalo de valores foi seccionado em cinco níveis crescentes de pontuação: [1 a 4 pontos]; [5 a 8 pontos]; [9 a 12 pontos]; [13 a 16 pontos] e [17 e +], originando cinco níveis de completude da assistência hospitalar materna e neonatal.

Desta maneira, as unidades localizadas nos níveis I, II, III, IV e V apresentaram baixíssima, baixa, intermediária, alta e altíssima completude da assistência hospitalar materna e neonatal, respectivamente (quadro 11).

Finalmente foi inserida na matriz a coluna com o índice de completude, concluindo a matriz de análise que fora conformada por todas as unidades hospitalares na linha e os indicadores simples, compostos e índice nas colunas.

Quadro 11 – Apresentação dos níveis de completude, e suas respectivas pontuações. Brasil, 2009.

COMPLETUDE	NÍVEL DE COMPLETUDE	PONTUAÇÃO
Baixíssima	Nível I	1 a 4
Baixa	Nível II	5 a 8
Intermediária	Nível III	9 a 12
Alta	Nível VI	13 a 16
Altíssima	Nível V	≥17

Fonte: Elaborado pela autora

5.2 A Discussão da Elaboração do Índice

Os dados disponíveis nos bancos dos sistemas de informação estão diretamente ligados aos fluxos de coleta, processamento e divulgação das informações e por isso tornam-se tão vulneráveis a problemas de sub-registro, incompletude e inconsistência das informações (BITTENCOURT; CAMACHO; LEAL, 2006).

Entretanto, a crescente realização de diagnósticos da situação de saúde e avaliação dos serviços no SUS vem demandando a qualificação destas bases de dados. Têm-se observado ampliação em suas coberturas e maior qualidade no preenchimento de suas variáveis. Grandes investimentos em qualificações das equipes técnicas e infraestruturas nos setores de informações do SUS vêm sendo realizados nos últimos anos (DRUMOND, et al., 2009).

Os sistemas de informações utilizados no estudo disponibilizaram um volume quase que incontável de variáveis, quando se considerou a variedade de conteúdos e as possibilidades de seleções disponíveis para cada uma delas.

Por isso, foi estabelecida a definição da assistência hospitalar materna e neonatal como: o conjunto de procedimentos de promoção, prevenção, diagnósticos e/ou terapêuticos dispensados a mulheres e recém-natos no ambiente hospitalar durante o pré-natal, parto e puerpério. A partir desta delimitação, apenas as variáveis que se relacionavam com a assistência hospitalar foram submetidas ao processo seletivo.

Sabendo-se das questões que envolvem a qualidade das informações produzidas pelos sistemas de informações, para inclusão das variáveis realizou-se uma exaustiva análise individual de cada variável, avaliando a sua conformidade ao critério de confiabilidade. Garantindo, desta maneira, a validade do estudo.

Neste processo identificou-se que 38% das variáveis não apresentaram qualidade satisfatória e por isso foram excluídas. Neste conjunto estavam variáveis com grande relevância para o estudo, como foi o caso de: óbito decorrente da

internação obstétrica, causa associada ao óbito, gestante de risco, procedimento exsanguineotransfusão em neonatos, leitos de recém-nascido patológico e normal e infecção hospitalar.

Nesta pesquisa foi observado que a realização de uma criteriosa seleção das variáveis garante a qualidade e validade da pesquisa. O fato de algumas variáveis demonstrarem precisão e outras apresentarem restrições de utilização não inviabiliza a utilização dos sistemas de informações em saúde. Fato que já foi demonstrado por outros estudos, como é apresentado a seguir.

Escosteguy et al., (2005) identificaram um elevado sub-registro no diagnóstico secundário do infarto agudo do miocárdio no SIH, mas encontraram precisão no diagnóstico e qualidade nas variáveis demográficas (sexo, faixa etária) e de processo (uso de procedimentos e intervenções).

Bittencourt, Camacho e Leal (2008) encontraram no município do Rio de Janeiro um sub-registro de 11,9% nos partos registrados no SIH e ao mesmo tempo verificaram que os dados do sistema referentes ao tipo de parto e idade da mãe apresentavam qualidade satisfatória.

Schramm e Szwarcwald (2000) utilizaram o SIH como fonte para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade e constataram que o sistema é uma fonte alternativa, oportuna e viável para o cálculo destes indicadores. E revelou que esta base de dados pode ser uma boa estratégia para a captação dos nascidos vivos nas áreas de baixa cobertura do SINASC (Sistema de Informações de Nascidos Vivos).

Outros estudos verificaram que o SIH foi um importante sistema para a avaliação da qualidade da assistência hospitalar e apontaram que a qualidade das informações disponíveis é melhor do que corriqueiramente lhe é imputada (CESCONETO; LAPA; CALVO, 2008; ESCOSTEGUY et al., 2005; SCHRAMM; SZWARCWALD; ESTEVES, 2002).

Já os estudos realizados por Melione (2002) e Lessa e colaboradores (2000) identificaram potencialidades no SIH enquanto fonte complementar às tradicionais fontes de informações utilizadas para os sistemas de vigilância epidemiológica.

Com o processo de seleção das variáveis foi constituído um universo de 40 variáveis relevantes e com qualidade satisfatória. Um contingente importante na quantidade e diversidade que proporcionou inúmeras possibilidades de avaliações e permitiu a elaboração do índice.

Com este elenco, foram calculados 27 indicadores simples. Em seguida procedeu-se a etapa de valoração dos mesmos. Esta atividade constituiu-se em uma etapa meio para elaboração dos indicadores compostos e por isso demandou uma padronização, de modo a garantir que nenhum deles apresentasse um valor maior que o outro.

A maior dificuldade desta etapa consistiu no fato de que cada indicador apresentou resultados e intervalos numéricos bastantes distintos, o que exigiu uma avaliação individual do intervalo de valores compreendido entre a frequência mínima e máxima obtida por cada um deles, para então definir suas faixas para pontuação.

Não existiam pontuações pré-estabelecidas, por isso foi realizada uma grande quantidade de análises e (re) análises até que todos os indicadores estivessem com suas faixas definidas.

Este processo variou bastante em termos de dificuldade e tempo despendido entre os indicadores. Estabelecer a pontuação dos indicadores que expressavam a existência ou não de determinada habilitação foi bastante simples. Por exemplo, na comissão de análise de óbitos os possíveis resultados foram não e sim, portanto a faixa para pontuação foi zero para não e 1 para sim. Já percentual de partos cesáreos exigiu muito tempo de testes e construções para que não fosse valorizado o excesso nem a escassez da realização do procedimento.

Outro fato que ilustra bem a dificuldade e quantidade de análises exigidas nesta etapa foi a necessidade em se redefinir o critério de inclusão das unidades

hospitalares no estudo. Após tecer uma análise da rede a partir da pontuação com os indicadores simples, constatou-se que algumas unidades não haviam realizado nenhum parto durante todo o ano.

Esta situação demandou mais análises no sentido de compor outro critério de inclusão, já que não se podia considerar como parte da rede hospitalar materna e neonatal um hospital que não realizou qualquer parto durante os dozes meses do ano.

O conjunto dos indicadores simples, com suas respectivas pontuações, permitiu a realização da descrição da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS de maneira satisfatória, seja pela riqueza das informações apresentadas ou confiabilidade dos indicadores calculados.

Como já apresentado anteriormente, os indicadores simples foram agrupados originado cinco dimensões, o que permitiu realizar a avaliação da rede hospitalar para além das características e condições de estrutura e complexidade. A adoção da integralidade da assistência como critério de relevância para o estudo possibilitou a conformação das dimensões assistência ao parto, práticas recomendáveis e epidemiológicas, as quais foram concebidas para ampliar o foco da avaliação da assistência com a utilização de novos elementos.

Outros estudos já avaliaram a assistência hospitalar materna e neonatal com ênfase na estrutura e complexidade da assistência (ROSA; HORTALE, 2002; 2000; SCHRAMM; SZWARCOWALD, 2000).

Assim, como realizado com os indicadores simples, foi desenvolvida uma etapa para valoração das dimensões, partindo do intervalo de suas frequências mínima e máxima.

A frequência máxima possível de ser apresentada por cada dimensão se referia à exata quantidade de indicadores simples que a constituiu. Por exemplo, se Porte agrupou quatro indicadores simples, os hospitais poderiam obter até quatro pontos nesta dimensão.

Entretanto, observou-se que na complexidade, assistência ao parto e práticas recomendáveis somente 0,5% dos hospitais apresentaram pontuações mais elevadas, o que demandou a realização de novas análises para definir a valoração destas dimensões. Fez-se necessária a conjugação dos níveis mais elevados para se obter uma distribuição de unidades significativa em cada um deles. Por isso, nestas dimensões a pontuação máxima possível de ser obtida pelos hospitais foi de:

- a) Complexidade – 5 pontos;
- b) Assistência ao parto – 4 pontos;
- c) Práticas recomendáveis – 5 pontos.

Estas particularidades exigiram mais tempo e trabalho para o cumprimento desta etapa do estudo.

A partir das dimensões foi realizada a caracterização da assistência hospitalar materna e neonatal, que apresentou aspectos desta assistência a partir de elementos não utilizados anteriormente.

O índice de completude representou o desfecho final de todos os indicadores apresentados no estudo. Este indicador expressou a integralidade e a qualidade da assistência hospitalar materna e neonatal. Com a sua aplicação obteve-se um retrato da rede hospitalar.

Embora ainda não validado, observou-se que o índice de completude mostrou-se: **sensível**, na medida em que foi capaz de detectar ações com frequências de distintas amplitudes na assistência hospitalar; **acessível**, porque os dados necessários para o seu cálculo são de domínio público, acessados via internet, de forma rápida e com custo mínimo; **disponível**, visto que os dados para o seu cálculo estiveram disponíveis e são de fácil acesso, podendo ser coletados até pelos serviços de rotina, e **simples**, ao apresentar como método de cálculo o somatório simples, uma relação matemática fácil e clara.

Elaborar um indicador que apresentasse simplicidade e facilidade em ser reproduzido exigiu um processo complexo para sua elaboração, como pôde ser

observada na descrição de cada uma das etapas anteriormente realizada. Cumprir esta exigência fez parte do principal requisito que o índice precisa apresentar, ou seja, constituir-se um instrumento para monitoramento e avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS.

5.3 Resultados e Discussão da Aplicação dos Indicadores e Índice de Completude

No ano de 2009, a Rede Hospitalar do SUS esteve constituída por 5.312 unidades que registraram internações hospitalares durante o ano, sendo 2.509 próprias (públicas) e 2.803 conveniadas (filantrópicas e privadas).

Deste universo, 3.400 unidades compuseram a rede hospitalar materna e neonatal do SUS, que esteve representada por hospitais localizados nos 26 estados e no Distrito Federal, com a seguinte distribuição regional: 340 (10%) na região Norte, 1196 (35,2%) no Nordeste, 330 (9,7%) no Centro-oeste, 609 (17,9%) na região Sul e 925 (27,2%) no Sudeste.

A seguir apresenta-se a distribuição desta rede, segundo classificação dos indicadores.

5.3.1 Os Indicadores Simples

O número de leitos obstétricos e neonatais de uma unidade hospitalar reflete sua capacidade instalada. Delimita a capacidade de atendimentos a serem produzidos.

A rede hospitalar materna e neonatal do SUS esteve em sua maioria (90,4%) constituída por unidades com menos de 30 leitos em obstetrícia. Apenas 106 (3,1%) unidades apresentaram mais de 50 leitos obstétricos. Verificou-se ainda que 87,4% (2971) destas unidades não dispõem de leitos neonatais (tabela 3).

Estes números relacionam-se com a disponibilidade em termos quantitativos de atendimentos e serviços prestados a gestantes e recém-nascidos na rede

hospitalar. E interferem diretamente no quantitativo de internações obstétricas e neonatais possíveis de serem realizadas.

Verificou-se que cerca de 70% das unidades realizaram menos de 500 internações em obstetrícia, e em mais de 80% desta rede foram registradas menos que 50 internações em neonatologia no ano estudado (tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de leitos obstétricos e neonatais. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº leitos obstétricos		Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº leitos neonatais	
		Unidades	%			unidades	%
0	0	16	0,5	0	0	2971	87,4
1 a 9	0,2	1.843	54,2	1 a 4	0,2	172	5,1
10 a 29	0,4	1.209	35,6	5 a 9	0,4	136	4,0
30 a 49	0,6	226	6,6	10 a 19	0,6	75	2,2
50 a 69	0,8	57	1,7	20 a 29	0,8	31	0,9
≥70	1	49	1,4	≥30	1	15	0,4
Total		3400	100	Total		3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Tabela 4 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de internações obstétricas e neonatais. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº internações obstétricas/ano		Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº internações neonatais/ano	
		Unidades	%			unidades	%
0	0	19	0,6	0	0	613	18,0
1 a 499	0,2	2376	69,9	1 a 49	0,2	2117	62,3
500 a 999	0,4	415	12,2	50 a 99	0,4	176	5,2
1000 a 2999	0,6	429	12,6	100 a 299	0,6	258	7,6
3000 a 3999	0,8	79	2,3	300 a 499	0,8	129	3,8
≥4000	1	82	2,4	≥500	1	107	3,1
Total		3400	100,00	Total		3400	100,00

Fonte: Elaborada pela autora

Este pode ser um dos fatores que contribui para a dificuldade de acesso das gestantes aos serviços hospitalares, principalmente por ocasião do parto, bem como dos neonatos, quando necessitam da assistência hospitalar.

Na cidade de São Paulo, um significativo número de gestantes percorreu grandes distâncias para obtenção de atendimento, no período de trabalho de parto. Até a internação, 61% das gestantes passaram por dois hospitais e 15% por três unidades ou mais. E o principal motivo pela recusa da internação foi a falta de vagas. Identificou-se que a distribuição geográfica dos leitos no município é perversa, havendo excesso nas regiões mais ricas e escassez nas áreas pobres e mais populosas (GOLDMAM; BARROS, 2003)

Na cidade do Rio de Janeiro foi identificada uma concentração das maternidades nas regiões mais ricas, determinando a peregrinação das gestantes em busca de um local adequado para dar à luz (CAMPOS; CARVALHO, 2000).

Já no estado de Pernambuco, foi verificado que 31% dos óbitos infantis que ocorreram no período neonatal estiveram relacionados à peregrinação das mães à procura de serviços de saúde, durante a doença que provocou a morte da criança (FRIAS et al., 2002).

Ainda se tratando da insuficiência dos leitos neonatais, em São Luiz a ocorrência da mortalidade neonatal também esteve relacionada a insuficiência do número de leitos para atender à demanda por assistência. Foi verificado que os berçários funcionavam superlotados, fato que pode ter contribuído para aumentar a infecção hospitalar e, conseqüentemente, a mortalidade. (RIBEIRO; SILVA, 2000).

Percebeu-se que o quantitativo e distribuição dos leitos obstétricos e neonatais disponíveis na rede hospitalar do SUS podem estar representando um dos fatores importantes no desfecho da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil.

A incubadora é um equipamento médico assistencial utilizado para a manutenção da vida de recém-nascidos prematuros. Sua principal função é manter a temperatura e umidade relativa do ar em níveis adequados, sendo, portanto, determinante na recuperação e sobrevivência destas crianças.

Semelhante ao que foi verificado em relação ao número de leitos neonatais, no SUS 21,4% da rede hospitalar materna e neonatal não dispôs de incubadoras e 64,3% dos hospitais contaram com até cinco unidades do equipamento para o atendimento aos recém-nascidos, no país (tabela 5).

Achados semelhantes foram encontrados em Belo Horizonte, onde mais de 60% dos hospitais maternidades não tinham incubadoras para assistir aos neonatos (COSTA et al., 2004).

Situação desfavorável do ponto de vista da assistência perinatal, já que as incubadoras são equipamentos determinantes para o desenvolvimento rápido e menor incidência de doenças em crianças prematuras (IAONE; MORAES, 2002).

Tabela 5 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de incubadoras disponíveis. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº de Incubadoras	
		Unidades	%
0	0	728	21,4
1 a 5	0,2	2188	64,3
6 a 10	0,4	241	7,1
11 a 15	0,6	96	2,8
16 a 20	0,8	55	1,6
≥20	1	92	2,7
Total		3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

A rede hospitalar materna e neonatal apresentou um grande contingente de unidades com reduzido número de leitos, sem incubadoras e pouca agregação tecnológica, situação que pôde comprometer o atendimento aos recém-nascidos prematuros. Estes achados revelaram que a assistência perinatal em boa parte da rede do Sistema Único de Saúde não foi a desejada.

Os leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) constituem a área crítica de um hospital, destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção

profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.

O número de leitos em UTI adulto reflete a capacidade do hospital em admitir nesta modalidade de assistência pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

O número de leitos em UTI neonatal refere-se à disponibilidade do hospital em prestar assistência intensiva aos pacientes com idade entre 0 e 28 dias.

E o número de leitos em UTI pediátrica indica a capacidade do hospital em assistir nesta modalidade a pacientes com idade entre 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

Verificou-se que 16,6%, 11,0% e 6,3% dos hospitais apresentaram leitos em UTI adulto, neonatal e pediátrica, respectivamente (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o número de leitos em UTI adulto, pediátrica e neonatal. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº leitos em UTI adulto		Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Nº leitos em UTI pediátrica		Nº leitos em UTI neonatal	
		Unidades	%			Unidades	%	unidades	%
0	0	2837	83,4	0	0	3187	93,7	3025	89,0
1 a 5	0,2	60	1,8	1 a 5	0,2	102	3,0	60	1,8
6 a 10	0,4	284	8,3	6 a 10	0,4	78	2,3	197	5,8
11 a 20	0,6	148	4,3	11 a 15	0,6	15	0,4	49	1,4
21 a 30	0,8	35	1,0	16 a 20	0,8	9	0,3	30	0,9
≥31	1	36	1,1	≥21	1	9	0,3	39	1,1
Total		3400	100	Total		3400	100	3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Em 2009, estes estabelecimentos dispuseram de 7.645 leitos em UTI adulto. Neste período, somente para o atendimento das gestantes a necessidade do número de leitos em UTI adulto foi de 2.574 (BRASIL, 2011c). Possivelmente tal oferta não esteve adequada para assistir as gestantes, já que este quantitativo total

apresentado na rede SUS destinava-se ao atendimento de todos os usuários acima de 18 anos.

No mesmo período a rede hospitalar dispôs de 4.287 leitos em UTI neonatal. E a necessidade desta oferta para assistência aos recém-nascidos foi de 5.763 leitos (BRASIL, 2011c). Estes achados demonstraram que os leitos de assistência especializada para o atendimento de recém-natos no SUS foram insuficientes.

A mesma realidade foi identificada na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde a avaliação da estrutura de quatro maternidades revelou que nenhuma delas dispunha de centro de terapia intensiva adulta e neonatal (ROSA; HORTALE, 2000).

Achados semelhantes foram encontrados em Belo Horizonte, onde a dificuldade de acesso a leitos para crianças de alto risco estiveram relacionadas à ocorrência da mortalidade perinatal. Demonstrando que hospitais sem unidade neonatal intermediária ou intensiva apresentaram associação com a ocorrência do óbito perinatal (LANSKY et al., 2006; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002).

A habilitação para prestação dos cuidados intermediários neonatal demonstra que a unidade está capacitada para admitir neonatos potencialmente críticos.

Na rede materna e neonatal do SUS, este serviço esteve disponível em apenas 3,6% dos hospitais (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo habilitação em cuidados intermediários neonatal. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Habilitação em cuidados intermediários neonatal	
		Unidades	%
Não	0	3278	96,4
Sim	1	122	3,6
Total		3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Em 2009, estes hospitais disponibilizaram 1.297 leitos de cuidados intermediários, quando a necessidade para atendimento aos recém-nascidos foi de 8.645 leitos (BRASIL, 2011b). Demonstrando uma escassez deste tipo de atendimento no SUS.

A habilitação para o atendimento terciário a gestante de alto risco constitui o serviço especializado de maior complexidade no sistema para o atendimento às parturientes em risco. A oferta deste serviço pela unidade está condicionada, entre outros fatores, à suficiência de leitos em UTI adulto, neonatal e pediátrica.

No SUS, somente 78 (2,3%) hospitais estiveram habilitados para prestar o atendimento terciário à gestante de alto risco (tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo habilitação para atendimento terciário à gestante de alto risco. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Habilitação para atendimento terciário à gestante de alto risco	
		Unidades	%
Não	0	3322	97,7
Sim	1	78	2,3
Total		3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Estas unidades apresentaram a seguinte distribuição no país: 1,3% no Norte, 6,4% no Centro-oeste, 9,0% no Sul, 25,6% no Nordeste e 57,7% no Sudeste.

Tais achados demonstraram que os serviços de referência para gestantes de risco foram poucos e mal distribuídos. E revelaram um aspecto da assistência hospitalar bastante desfavorável à redução dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Haja vista já tenha sido demonstrado o papel decisivo que os cuidados obstétricos de alta complexidade assumem neste contexto.

As necessidades de saúde do grupo de alto risco demandam por cuidados mais complexos presentes nos níveis secundários e terciários do sistema. Desde 2001, o Ministério da Saúde definiu os critérios, requisitos e características que as instituições precisam atender para receber tal habilitação. São elas: equipes

multidisciplinares, com papel decisivo do obstetra, centro cirúrgico, banco de sangue, unidade de terapia intensiva, infra-estrutura para unidade de atendimento neonatal, atendimento de emergência em obstetrícia e neonatologia 24h, berçário, laboratório e outras (BRASIL, 2001b).

Situação semelhante foi encontrada em Belo Horizonte, onde apenas 36% disponibilizaram unidade de reanimação neonatal completa. E, mesmo assim, qualquer uma das maternidades avaliadas admitia parturientes e recém-nascidos de alto risco. (COSTA et al., 2004).

Da mesma maneira, em Fortaleza, observou-se que a mulher grávida, ao se aproximar do parto, não tinha garantia de seu encaminhamento para uma maternidade de referência, o que repercutiu diretamente no risco para mortalidade neonatal (LEITE et al., 1997).

Já em Pernambuco, identificou-se que o número de mortes fetais em gestantes com diagnóstico de síndromes hipertensivas pôde ser significativamente reduzido com assistência de alta complexidade – disponibilidade de Unidade de Terapia Intensiva Obstétrica e Neonatal, de enfermaria de alto risco equipada com serviço de medicina fetal, exames complementares e suporte clínico cardiológico (ANDRADE et al., 2009).

A realização de partos normal e cesáreo em gestação de alto risco demonstra que a unidade hospitalar tem capacidade e estrutura adequadas para admitir gestantes com condições ou características que as tornam (ou o seu feto) mais propensas a adoecer ou a morrer em decorrência da gestação ou parto.

Na rede materna e neonatal do SUS, mais de 95% das unidades não realizou parto normal e cesáreo de alto risco, durante todo o ano avaliado (tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a realização de partos normais e cesáreos de alto risco. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore	Parto cesáreo de alto risco/ano		Parto normal de alto risco/ano	
		Unidades	%	Unidades	%
Não	0	3245	95,4	3248	95,5
Sim	1	155	4,6	152	4,5
Total		3400	100,00	3400	100,00

Fonte: Elaborada pela autora

Os 307 hospitais que realizaram partos em gestação de risco estiveram localizados em sua maioria no Sudeste (54,4%), Nordeste (23,8%), Centro-oeste (9,4%), Sul (8,5%) e Norte (3,9%). Demonstrando que as unidades de referência para atendimento das gestantes de risco foram poucas e mal distribuídas.

Estes achados revelaram que os hospitais capacitados para o atendimento dos partos de alto risco não estiveram organizados enquanto um sistema de referência no SUS. Mesmo que a normatização para sua implantação tenha ocorrido há mais de uma década no país, como prioridade para a redução do índice de morbi-mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 1998a).

O percentual de partos cesáreos reflete o acesso das gestantes, bem como a indicação médica deste procedimento, quando necessário. Elevados percentuais de cesárea podem indicar o uso abusivo de tecnologia e prática indiscriminada da técnica. Assim como frequências reduzidas podem representar dificuldades no acesso dos partos operatórios pelas parturientes.

Na rede hospitalar materna e neonatal do SUS, identificou-se que 16,5% dos hospitais do país realizaram entre 30,1 a 40% de cesáreas em relação ao total de partos (tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo percentual de cesárea. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore	% Parto Cesáreo/ano	
		unidades	%
0 e 80,1 a 100%	0	607	17,9
0,1 a 10% e 70,1 a 80%	0,2	280	8,2
10,1 a 20% e 60,1 a 70%	0,4	572	16,8
20,1 a 30% e 50,1 a 60%	0,6	991	29,2
40,1 a 50%	0,8	390	11,5
30,1 a 40%	1	560	16,5
Total		3400	100,00

Fonte: Elaborada pela autora

Pode-se considerar que estas unidades constituem-se as referências de maior complexidade no sistema e concentram os casos de maior risco obstétrico para os quais a indicação de cesariana é a mais adequada.

O Ministério da Saúde definiu como um dos requisitos para habilitação dos hospitais em referência terciária para o atendimento da gestante de alto risco, o registro de índices de cesarianas menores ou iguais a 40%. Admitindo que os serviços de referência apresentem naturalmente um maior volume de casos com indicação de partos operatórios (BRASIL, 2001b).

Os estabelecimentos públicos com serviços de alta tecnologia para a atenção perinatal, em sua maioria serviços de referência para gestações de alto risco, recebem a clientela com maior diversidade de morbidade e gravidade dos casos (PEREIRA et al., 2006).

Como foi demonstrado na Região Metropolitana de São Paulo, onde os serviços públicos – representados especialmente por hospitais universitários, referências para as gestantes portadoras de doenças crônicas ou de alto risco – a concentraram uma maior proporção de cesarianas (PUCCINI et al., 2003).

Corroborando com estes achados, em Aracaju, identificou-se que a proporção de partos cesáreos realizados foi em torno de 31,6%. Embora seja considerada elevada, sua ocorrência se deu concomitante ao registro de baixos percentuais de

prematuridade e baixo peso ao nascer. O que pode refletir indicação segura do parto operatório (GURGEL et al., 2009).

Em contrapartida, um estudo realizado em Pernambuco observou que o elevado número de admissões e transferências tardias de gestantes pode ter sido um agravante, implicando no aumento da taxa de mortalidade de crianças que nasceram de parto vaginal pela impossibilidade da realização de parto operatório indicado corretamente (PEREIRA et al., 2006).

Outro resultado que chamou atenção na rede hospitalar do SUS foi que 26,1% deles registraram os maiores e menores percentuais de partos operatórios, sendo que 736 hospitais realizaram entre 0 e 10% e 151 unidades registraram entre 70,1 a 100% de cesarianas, no ano (tabela 8).

Estes hospitais podem ser considerados os piores serviços do SUS do ponto de vista da assistência ao tipo de parto, pelo fato de concentrarem os extremos: a não oferta ou a realização abusiva do parto cesáreo.

Corroborando com estes achados, Sakae, Freitas e D'Orsi (2009) identificaram que em Florianópolis as taxas de cesárea aumentaram de 27,5%, em 2001, para 36,5% em 2005, e nem sempre foram realizadas de acordo com as indicações clínicas que as justificam.

Outros estudos que avaliaram a assistência ao parto relataram que a realização dos procedimentos operatórios sem obedecer a critérios clínicos da gestante e do feto que contra-indiquem o parto espontâneo está relacionada ao aumento nos índices de morbimortalidade materna e neonatal (CAMPOS; CARVALHO, 2000; MOURA; CRIZOSTOMO; NERY, 2007).

Como foi encontrado em São Luiz, onde o incremento na mortalidade neonatal, a partir de 1995, esteve relacionado ao aumento no percentual de parto cesáreo no município e fechamento de uma das maternidades da cidade (RIBEIRO; SILVA, 2000).

Altas taxas de partos operatórios podem refletir um controle adequado de pré-natal e resultar em diagnósticos precoces de situações de risco e consequente intervenção adequada; ou significar a interrupção precoce da gravidez com o objetivo de realizar cesarianas agendadas (PUCCINI et al, 2003).

Concluiu-se, então, que para avaliar o percentual de partos cesáreos é preciso fugir dos extremos, devendo-se considerar a complexidade da assistência fornecida pela instituição, as condições clínicas da gestante e do feto e analisar as taxas institucionais separadamente.

O tempo de permanência decorrente do parto normal e cesáreo reflete a recuperação adequada da gestante e pode indicar a ocorrência de complicações. Este estudo admitiu como tempos de internação adequados: um dia para o parto normal e dois dias para a cesárea.

Na rede SUS apenas 863 (25,4%) unidades apresentaram tempo de internação adequado em mais de 80% dos partos cesáreos realizados. E somente 738 (21,7%) hospitais apresentaram tempo de permanência esperado em mais de 80% dos partos normais registrados (tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo percentual de parto cesáreo com permanência de 48h e parto normal com permanência de 24h. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	% Parto cesáreo com permanência de 48h		Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	% Parto normal com permanência de 24h	
		Unidades	%			Unidades	%
< 50	0	1283	37,7	< 50	0	1286	37,8
50 a < 60%	0,2	348	10,2	50 a < 60%	0,2	392	11,5
60 a < 70%	0,4	432	12,7	60 a < 70%	0,4	469	13,8
70 a < 80%	0,6	474	13,9	70 a < 80%	0,6	515	15,2
80 a < 90%	0,8	456	13,4	80 a < 90%	0,8	442	13,0
90 a 100%	1	407	12,0	90 a 100%	1	296	8,7
Total		3400	100	Total		3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

A não adequação de boa parte da rede hospitalar ao tempo de permanência segundo os tipos de parto é um achado desfavorável do ponto de vista da

assistência prestada. Se por um lado, a alta precoce leva ao prejuízo da recuperação da gestante e do recém-nascido e eleva os riscos de complicações puerperais, por outro, períodos de internação maiores que o necessário influenciam diretamente no pleno funcionamento da unidade, reduzindo sua capacidade de atendimento, além de expor as gestantes a maior risco de infecções hospitalares.

Diferente do que foi utilizado neste estudo, Rosa e Hortale (2000) definiram para o cálculo do tempo médio de permanência, dois dias para o parto normal e três dias para os tipos de partos restantes.

Os leitos para o alojamento conjunto propiciam um relacionamento favorável entre mãe e recém-nascido, desde os primeiros momentos após o parto. Na rede SUS menos da metade das unidades (1382 - 40,6%) dispuseram desta modalidade de assistência, considerado aquém do esperado.

A existência de banco de leite revela que o hospital promove e incentiva o aleitamento materno. No SUS, 218 (6,4%) hospitais apresentaram banco de leite próprio no ano de 2009. Estas unidades estavam localizadas assim: 5% no Norte, 24,5% no Nordeste, 9,2% no Centro-oeste, 17,4% no Sul e 43,6% no Sudeste. Demonstrando que além de poucos, os bancos de leite não se apresentaram bem distribuídos na rede hospitalar materna e neonatal do SUS.

O hospital com certificação em amigo da criança realiza medidas de promoção, proteção e apóia o aleitamento materno. Observou-se que na rede materna e neonatal do SUS 292 (8,6%) unidades apresentaram esta habilitação. Destas, mais de 80% localizavam-se nas regiões Nordeste (40,4%), Sudeste (24,4%) e Sul (17,8%) do país. Demonstrando que a oferta esteve pouco disponível e mal distribuída.

O hospital dia AIDS presta assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, para realização de procedimentos nos pacientes portadores do vírus HIV, por um período máximo de 12 horas. Em 2009, 34 (1,0%) hospitais estiveram habilitados para prestar estes cuidados. A maioria (70%) destas unidades localizavam-se nas regiões Sudeste (38,2%) e Sul (35,3%). Revelando que

a disponibilidade deste serviço esteve concentrada em duas regiões do país, fato que possivelmente ocasionou dificuldade em acessá-lo.

A habilitação para realizar busca ativa de órgãos demonstra que o hospital dispõe de comissão multidisciplinar para identificar possíveis doadores e aplicar o protocolo do Ministério da Saúde diante de respostas positivas. Na rede hospitalar materna e neonatal do SUS, 284 (8,4%) unidades apresentaram esta habilitação e mais de 90% destas estiveram concentradas no Sudeste (48,6%), Sul (26,8) e Nordeste (15,8%) do país.

A realização de laqueaduras é parte dos métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade. No Sistema Único de Saúde, 23,5% (798) da rede materna e neonatal apresentaram esta habilitação. Nestas unidades foram realizadas 35.954 laqueaduras tubárias no ano de 2009, um número que pode ser considerado razoável, frente ao rigor do protocolo utilizado para sua realização.

Os centros de referência em triagem neonatal realizam o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do hipotireoidismo congênito, da fenilcetonúria, das hemoglobinopatias e da fibrose cística, a tempo de interferir no curso de tais doenças e reduzir ou eliminar as sequelas. Na rede hospitalar materna e neonatal do SUS, apenas nove (0,3%) unidades dispuseram destes cuidados, sendo três no Sudeste, duas no Norte, duas no Nordeste, uma no Centro-oeste e uma no Sul do Brasil. Tais achados demonstraram carência na oferta do serviço na rede SUS.

O serviço de nutrição enteral e parenteral é de extrema importância para uma assistência de crianças prematuras. No SUS, este serviço foi encontrado em 397 (11,7%) hospitais. Mais de 50% destes estiveram concentrados no Sudeste do país.

O centro de tratamento da má formação lábio-palatal promove a reabilitação estética e funcional dos pacientes com fissura lábio-palatal. E para isto exige um grau de complexidade, especialidade e trabalho multiprofissional, desde os primeiros dias do nascimento da criança, com as orientações para amamentação até o momento da cirurgia. Em 2009, na rede hospitalar materna e neonatal, apenas 10 (0,3%) hospitais apresentaram esta habilitação. Destes, cinco unidades estiveram no

Sudeste, três no Sul, uma no Centro-oeste, uma no Nordeste e nenhuma no Norte. O que permite afirmar que houve escassez na prestação destes cuidados, já que a má formação lábio palatal apresenta uma frequência razoavelmente alta na população e exige um programa de intervenção operatória em várias fases no SUS (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo habilitações selecionadas. Brasil, 2009.

HABILITAÇÃO	Faixa para Pontuação/Escore				Total	
	Não/0		Sim/1		N	%
	N	%	N	%		
Alojamento conjunto	2018	59,4	1382	40,6	3400	100
Banco de leite	3182	93,6	218	6,4	3400	100
Hospital amigo da criança	3108	91,4	292	8,6	3400	100
Hospital dia AIDS	3366	99,0	34	1,0	3400	100
Busca ativa de órgãos	3116	91,6	284	8,4	3400	100
Laqueadura	2602	76,5	798	23,5	3400	100
Centro de referência para o tratamento do hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria, hemoglobinopatias e fibrose cística	3391	99,7	09	0,3	3400	100
Nutrição enteral e parenteral	3003	88,3	397	11,7	3400	100
Centro de tratamento da má formação lábio palatal	3390	99,7	10	0,3	3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Estes achados revelaram que na rede SUS a disponibilidade destes serviços, programas e/ou procedimentos esteve concentrada em uma minoria de hospitais localizados principalmente nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul. Por isso, somente uma pequena parcela de mães e crianças foi beneficiada por estes cuidados, no país.

A existência da comissão de análise de óbitos demonstra que a unidade realiza avaliação da assistência médica prestada.

A presença da comissão de controle de infecções hospitalares revela se o hospital apresenta normas e rotinas instituídas para minimizar os riscos de ocorrência de infecções hospitalares.

A existência de comissão de notificação e investigação de doenças indica se a unidade cumpre as atividades previstas pelo subsistema nacional de vigilância epidemiológica no âmbito hospitalar.

Entre os hospitais avaliados identificou-se que 85,5% das unidades não apresentaram comissão de análise de óbitos. Mais de 60,0% e 50,0% apresentaram as comissões de controle de infecções hospitalares e de investigação e notificação de doenças, respectivamente (tabela13).

Tabela 13 – Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo comissão de análise de óbitos, comissão de controle de infecções hospitalares e comissão de investigação e notificação de doenças. Brasil, 2009.

Faixa para Pontuação	Escore (pontos)	Comissão de análise de óbitos		Comissão de controle de infecções hospitalares		Comissão de investigação e notificação de doenças	
		Unidades	%	Unidades	%	Unidades	%
Não	0	2907	85,5	1291	38,0	1567	46,1
Sim	1	493	14,5	2109	62,0	1833	53,9
Total		3400	100	3400	100	3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

A maioria dos hospitais com comissão de análise óbitos (81%) e comissão de controle de infecções de hospitalares (56%) apresentou mais de 50 leitos.

Estes achados demonstraram que a existência de comissões de análise de óbitos nas unidades hospitalares do SUS foi escassa e concentrada nas unidades de maior porte e demonstra a fragilidade do monitoramento da qualidade da assistência prestada nesta rede.

Nas maternidades do Rio de Janeiro também não foi registrado o desenvolvimento de estratégias para reorientação da prática médica. Fato que contribuiu para a ocorrência de falhas no processo e para o desfecho de óbitos perinatais evitáveis (ROSA; HORTALE, 2000).

Costa e colaboradores (2004) observaram que as atividades das comissões de controle de infecção hospitalar foram insuficientes para garantir a qualidade no atendimento perinatal, nos hospitais maternidade em Belo Horizonte.

É válido registrar que estes indicadores apenas revelaram a existência ou não das comissões na unidade, assim não foi possível através deles saber quais atividades foram efetivamente desempenhadas por cada uma destas comissões.

5.3.2 As Dimensões (Indicadores Compostos)

A **dimensão porte** agregou os indicadores relacionados à capacidade instalada da rede hospitalar materna e neonatal. Sua análise refletiu o volume de atendimentos possíveis de serem disponibilizados pela assistência hospitalar.

Avaliando a rede hospitalar, segundo esta dimensão, observou-se que 76,8% das unidades localizaram-se no intervalo de pontuação mais baixa, conformando uma **rede de pequeno porte**. Esta constatação foi ratificada quando se identificou que apenas 44 (1,3%) unidades apresentaram alto porte (tabela 14). Os 44 estabelecimentos com a classificação de alto porte estão apresentados no apêndice A.

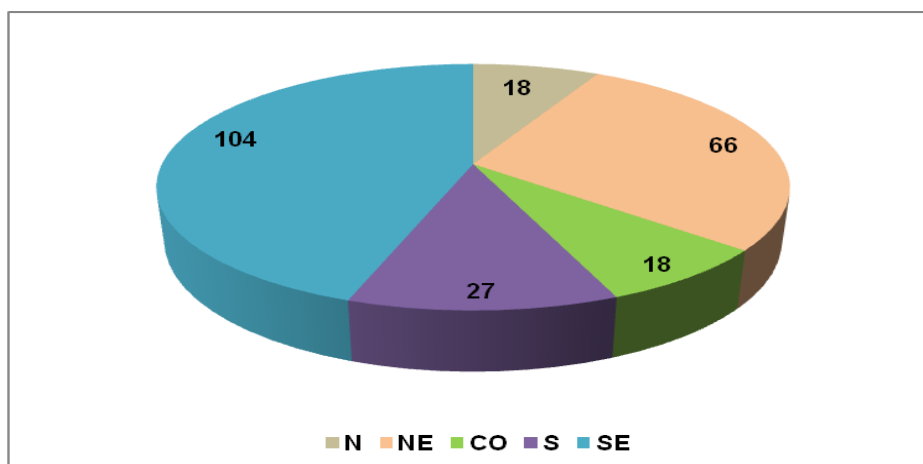
Tabela 14 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a Dimensão *Porte*. Brasil, 2009.

Escore (pontos)	PORTE	
	Unidades	%
1	2612	76,8
2	555	16,3
3	189	5,6
4	44	1,3
Total	3400	100%

Fonte: Elaborada pela autora

O Sudeste e Nordeste concentraram as unidades com maior porte (níveis 3 e 4) do país (gráfico 1).

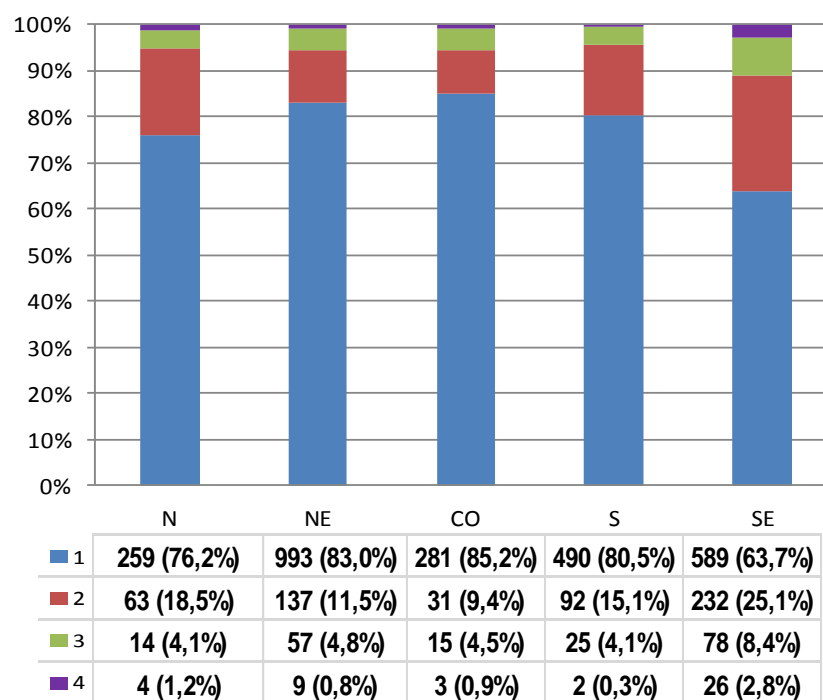
Gráfico 1 – Distribuição dos hospitais de maior porte (níveis 3 e 4), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Analisando a distribuição dos hospitais nas regiões, segundo os níveis do *Porte*, observou-se que no Norte, Nordeste, Centro-oeste e Sul mais de 75% da rede apresentaram baixo porte. A região com a melhor distribuição das unidades nesta dimensão foi o Sudeste, com 11% de suas unidades classificadas em médio e alto porte (gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo o **Porte**. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Tais achados apontam que a dificuldade de acesso das gestantes e neonatos aos serviços hospitalares é uma situação bastante concreta e palpável no país.

A dificuldade de acesso do segmento materno e neonatal aos serviços de saúde foi apontada como possível causa de 8,4% das mortes perinatais dos filhos, cujas mães chegaram à maternidade já em período expulsivo, em Belo Horizonte (LANSKY et al., 2006).

Na **dimensão complexidade** foram agrupados os serviços/programas relacionados à alta densidade tecnológica da assistência, portanto a sua avaliação revelou o quanto a rede hospitalar dispõe de serviços complexos.

Nesta dimensão, 86,4% das unidades localizaram-se nos níveis mais baixos, e 13,6% dos hospitais apresentaram entre média e alta complexidade (tabela 15). Este quantitativo parece ser insuficiente para atender às gestantes e recém-nascidos no SUS. Os 127 estabelecimentos classificados em alta complexidade da assistência materna e neonatal estão apresentados no apêndice B.

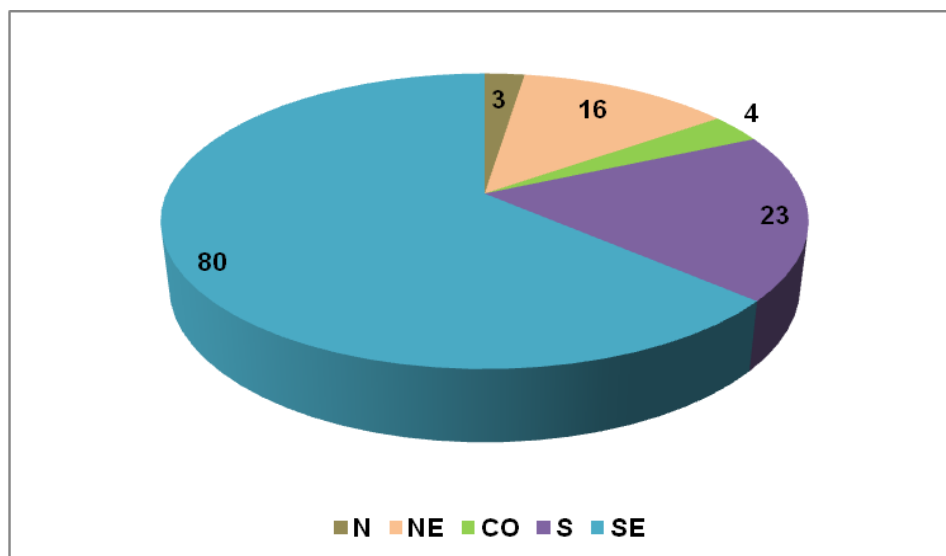
Tabela 15 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a Dimensão *Complexidade*. Brasil, 2009.

Score (pontos)	COMPLEXIDADE	
	Unidades	%
0	710	20,9
1	2228	65,5
2	183	5,4
3	152	4,5
4	75	2,2
5	52	1,5
Total	3400	100%

Fonte: Elaborada pela autora

A maioria dos hospitais com alta complexidade (níveis 4 e 5) localizaram-se no Sudeste e Sul do país (gráfico 3).

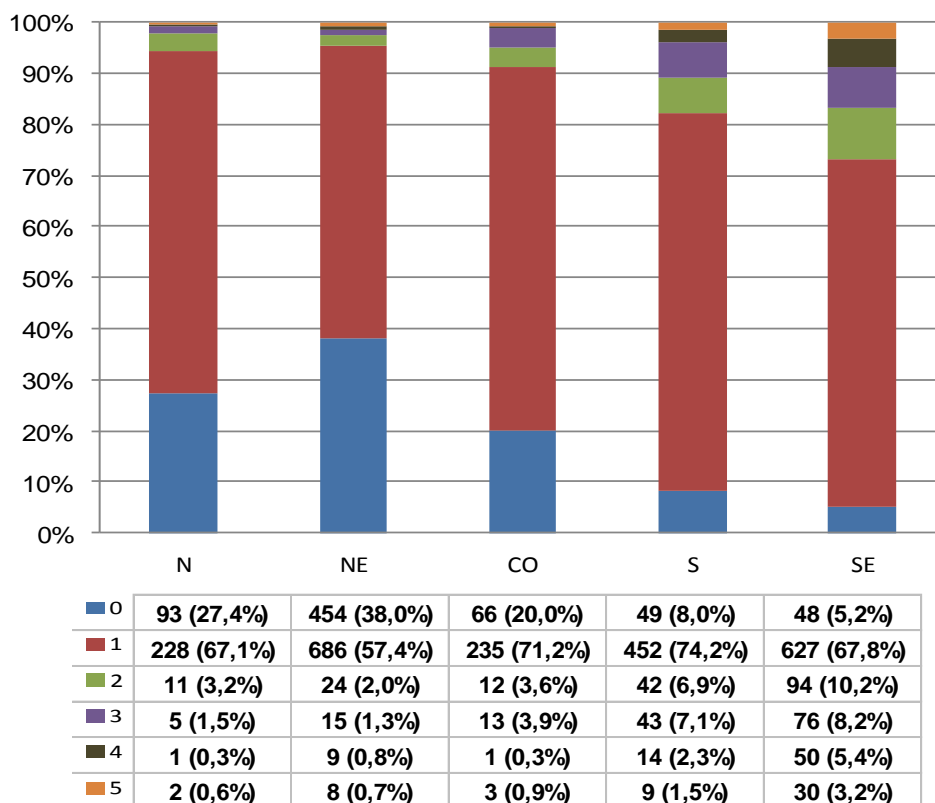
Gráfico 3 – Distribuição dos hospitais de maior complexidade (níveis 4 e 5), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Avaliando a distribuição das unidades em todos os níveis da dimensão, observou-se uma grande concentração delas entre os níveis de baixíssima e baixa complexidade (0 e 1), sendo superior a 90% no Norte, Nordeste e Centro-oeste e maior que 70% no Sul e Sudeste. A região com a maior concentração de unidades entre os níveis mais elevados de complexidade foi o Sudeste, e estes hospitais representaram 8,6% da rede hospitalar desta região (gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo a complexidade. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

A alta complexidade da rede esteve concentrada no Sudeste do país, o que permite supor que os serviços de maior complexidade foram insuficientes, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste.

A desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde no Brasil é bastante demarcada em relação à complexidade. As pessoas percorrem maiores distâncias para obter bens e serviços mais complexos (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Esta situação torna-se ainda pior quando se sabe que em boa parte do SUS a assistência não está organizada de forma hierarquizada e regionalizada, dificultando que os serviços de maior complexidade exerçam suas funções como referência no sistema.

Esta realidade foi observada em Sergipe, onde a migração dos partos do interior do estado para a capital Aracaju se deu não somente pela má distribuição dos hospitais no estado, mas também pela qualidade do atendimento. Foi apontada como possível solução para esta questão, o estabelecimento da regionalização e hierarquização da assistência ao parto e ao recém-nascido, visando a determinar um atendimento adequado às gestantes e aos seus filhos (GURGEL; FRANÇA; MATOS, 2003)

Também em Belo Horizonte e no Rio de Janeiro foi identificada a ausência de um sistema de regionalização e hierarquização dos cuidados obstétricos e neonatais (COSTA et al., 2004; ROSA; HORTALE, 2000).

A **dimensão assistência ao parto** foi conformada pelos indicadores relacionados às características e tipos de partos. Sua análise permitiu uma aproximação das circunstâncias em que os partos são realizados na rede SUS.

Verificou-se que 40,6% dos hospitais apresentaram as mais baixas classificações na dimensão. **A maioria da rede (58,1%) localizou-se nos níveis intermediários da assistência ao parto.** E apenas 1,4% dos hospitais apresentaram a classificação máxima na dimensão (tabela 16). Os 46 estabelecimentos melhores classificados segundo esta dimensão estão apresentados no apêndice C.

Condições não desejadas da assistência obstétrica também já foram encontradas em Fortaleza, onde se identificou que 32,7% dos óbitos neonatais evitáveis ocorridos na cidade estavam relacionados à assistência no berçário e sala de parto (LEITE et al., 1997).

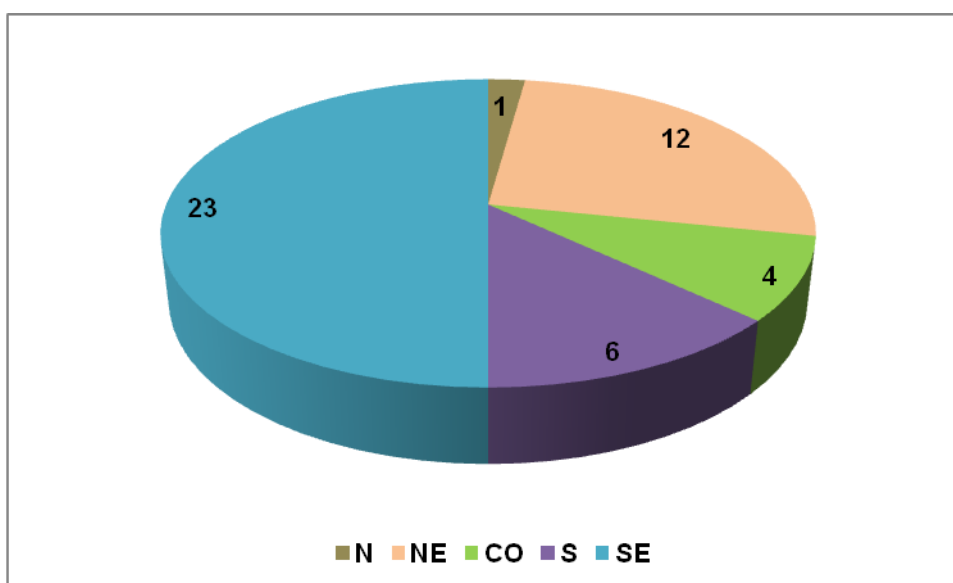
Tabela 16 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a Dimensão *Assistência ao Parto*. Brasil, 2009.

Escore (pontos)	ASSISTÊNCIA AO PARTO	
	Unidades	%
0	120	3,5
1	1259	37,0
2	1517	44,6
3	458	13,5
4	46	1,4
Total	3400	100%

Fonte: Elaborada pela autora

Nas regiões Sudeste e Nordeste encontraram-se a maioria dos hospitais com o melhor desempenho da assistência ao parto (gráfico 5).

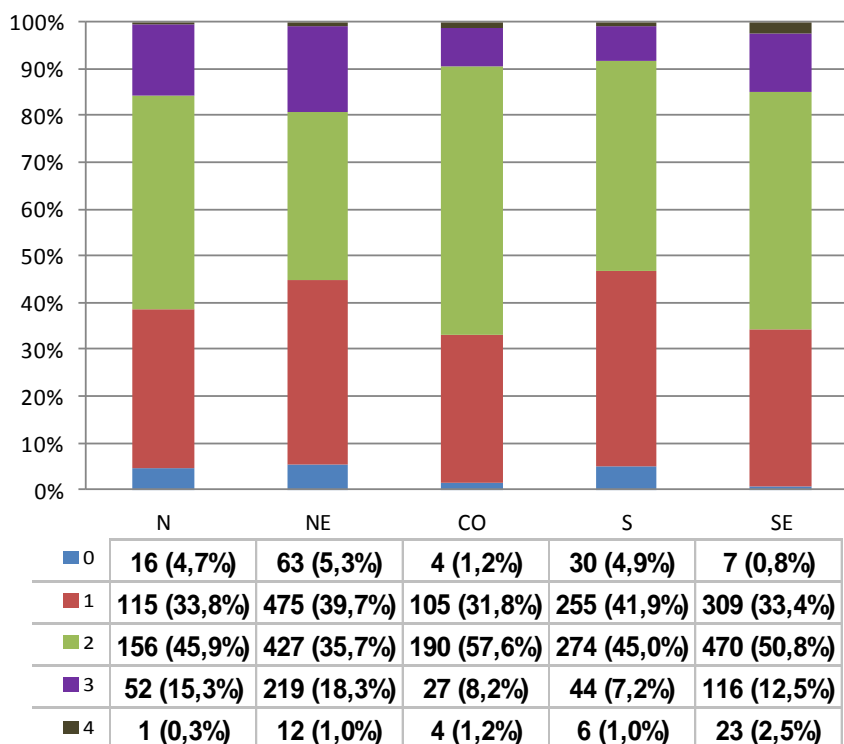
Gráfico 5 – Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão assistência ao parto (nível 4), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Entre as regiões do país observou-se que mais de 50% das unidades localizaram-se nos níveis intermediários. O Sudeste apresentou o maior percentual de hospitais com a melhor classificação na dimensão (gráfico 6).

Gráfico 6 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo a assistência ao parto. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Muitos podem ser os fatores que contribuíram para a assistência ao parto apresentar uma qualidade aquém do esperado no SUS. Se por um lado a dificuldade de acesso das gestantes aos serviços nos estados e municípios do país, já citados acima, determinam a sua peregrinação em busca de uma vaga onde possam dar à luz, por outro, as deficiências estruturais das unidades hospitalares limitam sua capacidade em atender de maneira adequada às gestantes em risco.

O que sugere a necessidade de adequação da rede hospitalar para prestação dos cuidados obstétricos, por se saber que a assistência ao parto tem um papel privilegiado na redução de complicações e óbitos neonatais e maternos (PEREIRA et al., 2006).

Na **dimensão práticas obstétricas e neonatais recomendáveis** foram agrupados os indicadores relacionados ao desenvolvimento de serviços, programas e/ou atividades relacionados à qualidade e humanização dos cuidados prestados. A

sua análise demonstrou em que medida os hospitais estiveram capacitados para prestar este atendimento às mães e aos recém-nascidos, no SUS.

Verificou-se que **a maioria dos hospitais (73,8%) apresentou baixo desempenho das práticas recomendáveis** e em somente 38 unidades do país mães e recém-natos puderam contar com a maior diversidade deste tipo de assistência (tabela 17). Os 107 estabelecimentos localizados nos níveis mais elevados da dimensão estão apresentados no apêndice D.

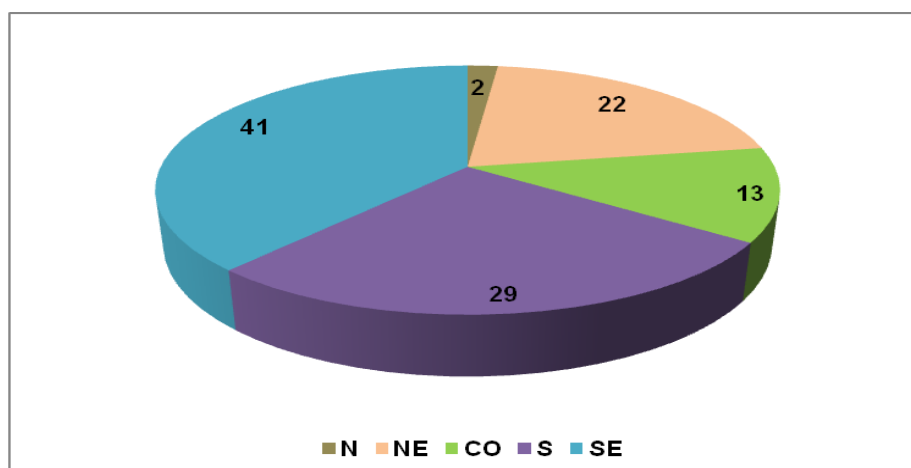
Tabela 17- Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a Dimensão *Práticas Obstétricas e Neonatais Recomendáveis*. Brasil, 2009.

Escore (pontos)	PRÁTICAS OBSTÉTRICAS E NEONATAIS RECOMENDÁVEIS	
	Unidades	%
0	982	28,9
1	1528	44,9
2	588	17,3
3	195	5,7
4	69	2,0
5	38	1,1
Total	3400	100%

Fonte: Elaborada pela autora

No Sudeste e Sul localizaram-se o maior quantitativo de hospitais com melhor desempenho das práticas recomendáveis (gráfico 7).

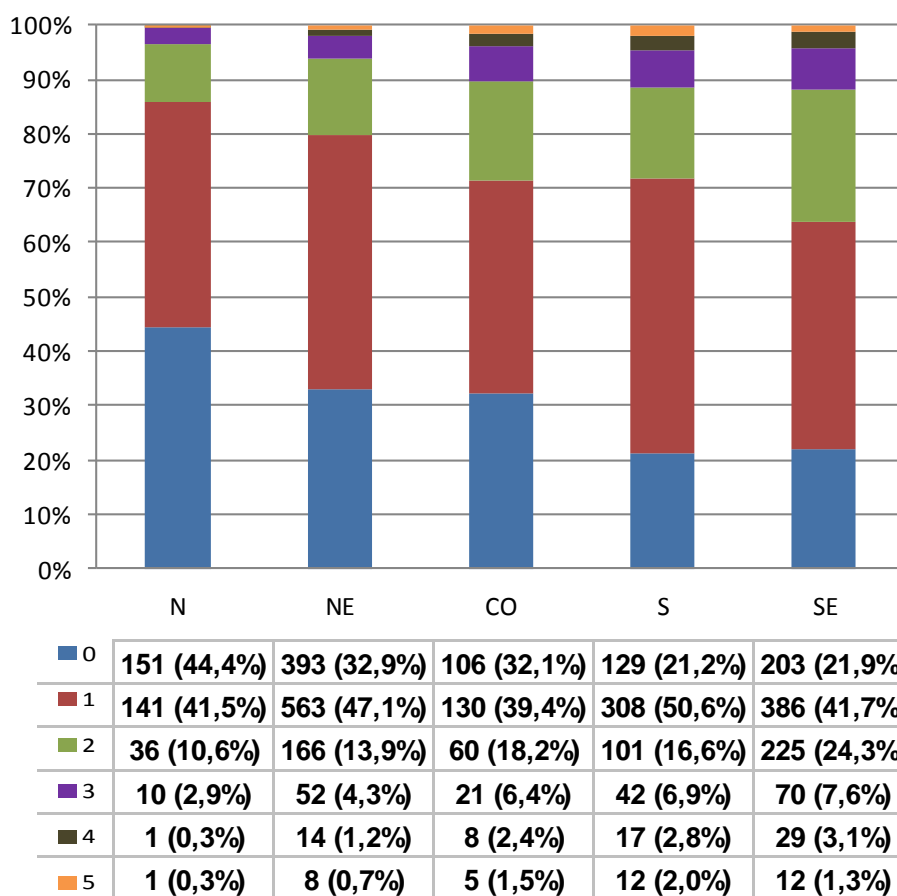
Gráfico 7 – Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão práticas recomendáveis (níveis 4 e 5), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

Avaliando-se a distribuição das unidades entre os níveis da dimensão, verificou-se que no Norte, Nordeste, Centro-oeste e Sudeste mais de 70% dos hospitais apresentaram baixo desenvolvimento das práticas recomendáveis. No Sul e Sudeste cerca de 4,0% das unidades obtiveram alto desempenho na dimensão (gráfico 8).

Gráfico 8 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo **as práticas obstétricas e neonatais recomendáveis**. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

A **dimensão práticas epidemiológicas** agregou os indicadores relacionados às práticas de avaliação da assistência e controle e notificação de doenças. Sua análise permitiu avaliar se os hospitais estão organizados para monitorar a qualidade da assistência e prevenir e controlar a ocorrência de infecções e doenças.

Identificou-se que em 24,6% dos hospitais não existe o desenvolvimento das práticas epidemiológicas. **A maioria da rede (33,3%) apresentou desempenho regular na dimensão**, e apenas 10,8% estiveram plenamente organizadas para

desempenhar tais ações (tabela 18). Os 368 estabelecimentos melhores classificados segundo esta dimensão estão apresentados no apêndice E.

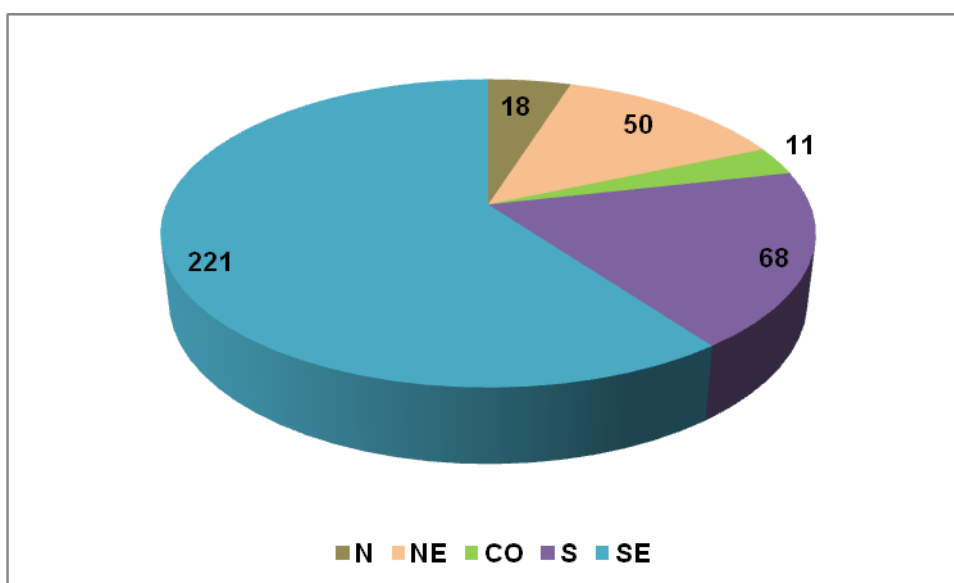
Tabela 18- Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo a Dimensão *Práticas Epidemiológicas*. Brasil, 2009.

Escore (pontos)	PRÁTICAS EPIDEMIOLÓGICAS	
	Unidades	%
0	835	24,6
1	1063	31,3
2	1134	33,3
3	368	10,8
Total	3400	100%

Fonte: Elaborada pela autora

Os hospitais com o melhor desempenho das práticas epidemiológicas localizaram-se em sua maioria no Sudeste e Sul do país (gráfico 9).

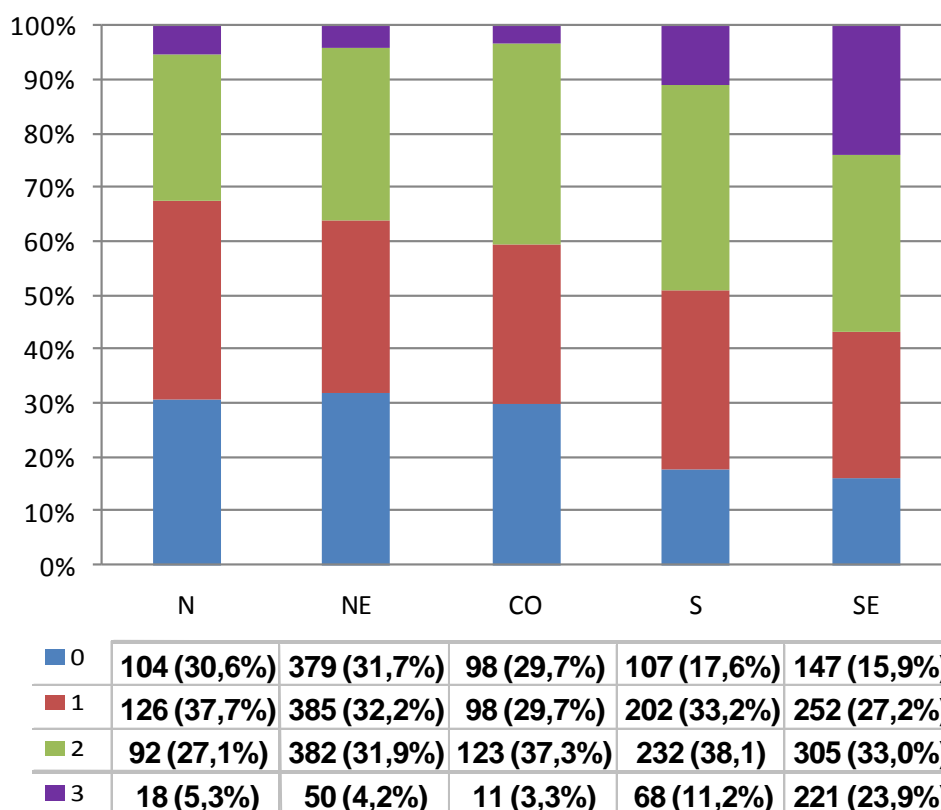
Gráfico 9 – Distribuição dos hospitais com a melhor classificação na dimensão práticas epidemiológicas (nível 3), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

A distribuição das unidades entre os níveis da dimensão demonstrou que no Norte, Nordeste e Centro-oeste mais de 60% dos hospitais localizaram-se nos níveis mais baixos da dimensão. No Sudeste, 23,9% da rede apresentou o melhor desempenho das práticas epidemiológicas (gráfico 10).

Gráfico 10 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo **as práticas epidemiológicas**. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

5.3.3 O Índice de Completude

Os indicadores simples e compostos revelaram que a rede hospitalar materna e neonatal do SUS foi predominantemente de:

- ✓ Pequeno porte;
- ✓ Baixa complexidade;
- ✓ Com regular assistência ao parto;
- ✓ Pouca disponibilidade das práticas recomendáveis;
- ✓ Baixo desenvolvimento das práticas epidemiológicas.

Corroborando com esta realidade, o **índice de completude** constituído pelo agrupamento de todas as dimensões revelou que em 82,5% (2.806) da rede **os serviços prestados foram de baixa completude e, portanto, de qualidade questionável** (tabela 19).

Os 185 estabelecimentos melhores classificados segundo esta dimensão estão apresentados no apêndice F.

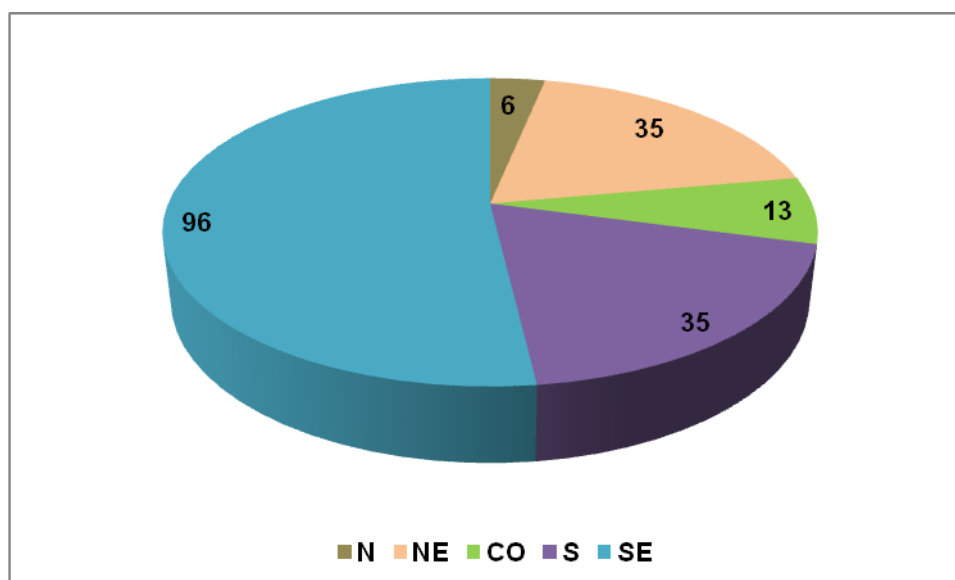
Tabela 19 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, segundo o Índice de Completude. Brasil, 2009.

Níveis	Escore (pontos)	COMPLETUDE		
		N	%	
Baixíssima	I	1 a 4	812	23,9
Baixa	II	5 a 8	1994	58,6
Intermediária	III	9 a 12	409	12,0
Alta	IV	13 a 16	140	4,1
Altíssima	V	≥17	45	1,3
Total			3400	100

Fonte: Elaborada pela autora

Apenas 185 hospitais do país (5,4%) ofertaram uma assistência de alta qualidade a gestantes e recém-natos, no Sistema Único de Saúde. A maioria destas unidades concentradas no Sudeste (96 - 51,9%), seguidas pelo Nordeste (35 - 18,9%) e Sul (35 - 18,9%) (gráfico 11).

Gráfico 11 - Distribuição dos 185 hospitais da rede materna e neonatal do SUS, classificados em **alta e altíssima completude da assistência** (níveis IV e V), segundo as regiões do país. Brasil, 2009.

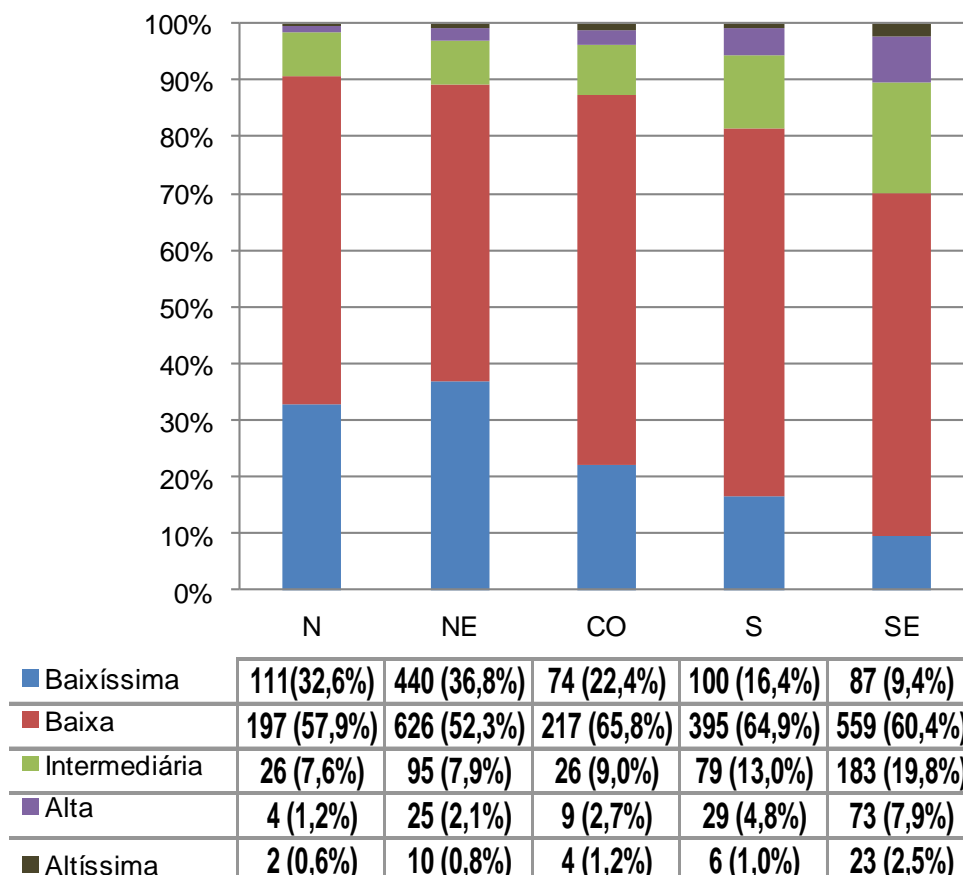


Fonte: Elaborado pela autora

Observando-se a distribuição regional dos hospitais segundo a Completude da rede, verificou-se que no Norte, Nordeste, Centro-oeste e Sul mais de 80% da

rede apresentaram baixa completude. Chamou atenção o nível de baixíssima completude, onde o Sudeste mostrou-se bastante diferente das demais regiões, com um resultado muito superior. Este mesmo comportamento foi observado nos níveis intermediário, alto e altíssimo (gráfico 12).

Gráfico 12 - Distribuição percentual da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, nas regiões do país, segundo o índice de completude. Brasil, 2009.



Fonte: Elaborado pela autora

O Sudeste registrou resultado próximo à situação desejada. Apesar de ter apresentado 9,4% de hospitais com baixíssima completude (o ideal seria zero), teve sua rede conformada por cerca de 60% de unidades com baixa completude, 20% com média e 10% com alta. Conhecendo-se a realidade do país, estes números falaram em favor da qualidade do índice desenvolvido.

A distribuição das unidades nas regiões em relação às dimensões e ao índice de completude revelou que no Sudeste estiveram os serviços de melhor qualidade do país, seguidos em alguns aspectos pelo Sul e em outros pelo Nordeste.

Situação semelhante foi apontada por outros estudos que encontraram as maiores e mais qualificadas ofertas de serviços nas localidades com melhores condições socioeconômicas, como capitais e regiões metropolitanas, no Brasil (CAMPOS; CARVALHO, 2000; GONDAMM; BARROS, 2003; OLIVEIRA; CARVALHO, TRAVASSOS, 2004).

Finalmente a análise do índice de completude das unidades nos estados nas regiões revelou:

No Norte do país, dos 340 hospitais existentes 282 (82,9%) estiveram no Pará, Amazonas e Tocantins e os outros 58 (17,1%) localizaram-se no Acre, Amapá, Rondônia e Roraima. O Pará concentrou o maior percentual de unidades com baixíssima completude. E os serviços de melhor qualidade da região foram encontrados no Pará e no Tocantins.

Na região Nordeste a maioria das unidades com níveis mais baixos na qualidade dos cuidados prestados localizaram-se no Maranhão e Bahia. Destaca-se que o Maranhão apresentou 95,2% de seus hospitais com os níveis mais baixos de completude. Entre as 25 unidades com alta completude, 11 estiveram na Bahia e no Ceará, enquanto o maior contingente de hospitais (50%) com altíssima qualidade da assistência materna e neonatal esteve em Pernambuco.

Diferenças em quantidade e qualidade na distribuição dos serviços também foram encontradas em Pernambuco, onde se identificou um forte contraste socioeconômico na distribuição geográfica da demanda e dos recursos humanos e materiais dos serviços de saúde na assistência ao parto normal. Sendo tanto melhor quanto mais próximo à região metropolitana da capital e tanto pior na zona rural do estado (CAMINHA et al., 2008).

Na região Centro-oeste, a maioria das unidades com o menor nível de completude esteve no estado de Goiás. Os hospitais com alta completude da assistência estiveram em sua maioria no Distrito Federal e Mato Grosso. Destaca-se que entre as 12 unidades localizadas no Distrito Federal 10 (83,3%) apresentaram-

se entre intermediária e altíssima completude, sendo cinco de intermediária e cinco de alta e altíssima.

Na região Sul, o maior percentual de hospitais com as mais baixas classificações estiveram no Paraná. Enquanto o maior contingente de serviços bem qualificados da rede localizou-se Rio Grande do Sul (concentrado praticamente metade da alta e altíssima completude).

Por fim, no Sudeste a maior concentração de unidades com os menores níveis de completude localizaram-se em Minas Gerais.

O que coincide com a situação encontrada em Belo Horizonte, onde 17,9% dos hospitais-maternidade avaliados não disponibilizavam condições de complexidade e segurança potencial mínimas, para o atendimento às parturientes e aos recém-nascidos, mesmo os de risco habitual (COSTA et al., 2004).

No Rio de Janeiro entre as 111 unidades localizadas no estado, 72 (64,9%) apresentaram os níveis mais baixos de completude.

Corroborando com esta realidade, estudos realizados no Rio de Janeiro demonstraram que os hospitais de referência para a gravidez de alto risco apresentaram resultados questionáveis da assistência e que nas unidades com perfil de baixo risco materno os cuidados prestados foram considerados precários. Revelaram também deficiências no processo e estrutura da assistência ao parto e ao neonato, as quais foram relacionadas com a ocorrência de óbitos perinatais evitáveis (ROSA; HORTALE, 2002; SCHRAMM; SZWARCOWALD; ESTEVES, 2002).

Ainda analisando a região Sudeste, observou-se que São Paulo e Minas Gerais apresentaram os maiores percentuais de unidades com a melhor qualidade da assistência da região. Destaca-se que no estado de São Paulo 41% dos hospitais apresentaram entre intermediária a altíssima completude da assistência hospitalar materna e neonatal (tabela 20).

Tabela 20 - Distribuição das unidades hospitalares da rede materna e neonatal do SUS, nas regiões e estados do país, segundo os níveis de Completude. Brasil, 2009.

REGIÃO	UF	COMPLETUDE										TOTAL
		Baixíssima		Baixa		Intermediária		Alta		Altíssima		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
N	AC	8	7,2	3	1,5	2	7,7	0	0,0	0	0,0	13
	AM	31	27,9	33	16,8	6	23,1	0	0,0	0	0,0	70
	AP	1	0,9	4	2,0	2	7,7	0	0,0	0	0,0	7
	PA	47	42,3	122	61,9	11	42,3	1	25,0	1	50,0	182
	RO	1	0,9	24	12,2	3	11,5	1	25,0	0	0,0	29
	RR	7	6,3	1	0,5	0	0,0	1	25,0	0	0,0	9
	TO	16	14,4	10	5,1	2	7,7	1	25,0	1	50,0	30
	Total	111	100,0	197	100,0	26	100,0	4	100,0	2	100,0	340
NE	AL	29	6,6	28	4,5	5	5,3	1	4,0	1	10,0	64
	BA	86	19,5	225	35,9	21	22,1	6	24,0	1	10,0	339
	CE	56	12,7	83	13,3	28	29,5	5	20,0	3	30,0	175
	MA	106	24,1	53	8,5	5	5,3	3	12,0	0	0,0	167
	PB	25	5,7	29	4,6	9	9,5	3	12,0	0	0,0	66
	PE	61	13,9	115	18,4	13	13,7	2	8,0	5	50,0	196
	PI	29	6,6	48	7,7	4	4,2	2	8,0	0	0,0	83
	RN	42	9,5	37	5,9	6	6,3	2	8,0	0	0,0	87
	SE	6	1,4	8	1,3	4	4,2	1	4,0	0	0,0	19
Total	440	100,0	626	100,0	95	100,0	25	100,0	10	100,0	1196	
CO	DF	0	0,0	2	0,9	5	19,2	3	33,3	2	50,0	12
	GO	45	60,8	95	43,8	9	34,6	2	22,2	0	0,0	151
	MS	9	12,2	63	29,0	6	23,1	1	11,1	1	25,0	80
	MT	20	27,0	57	26,3	6	23,1	3	33,3	1	25,0	87
	Total	74	100,0	217	100,0	26	100,0	9	100,0	4	100,0	330
S	PR	58	58,0	181	45,8	23	29,1	8	27,6	2	33,3	272
	RS	28	28,0	126	31,9	43	54,4	12	41,4	3	50,0	212
	SC	14	14,0	88	22,3	13	16,5	9	31,0	1	16,7	125
	Total	100	100,0	395	100,0	79	100,0	29	100,0	6	100,0	609
SE	ES	4	4,6	42	7,5	7	3,8	3	4,1	1	4,3	57
	MG	50	57,5	256	45,8	56	30,6	11	15,1	8	34,8	381
	RJ	12	13,8	60	10,7	22	12,0	13	17,8	4	17,4	111
	SP	21	24,1	201	36,0	98	53,6	46	63,0	10	43,5	376
Total	87	100,0	559	100,0	183	100,0	73	100,0	23	100,0	925	
Total	812		1994		409		140		45		3400	

Fonte: Elaborada pela autora

O índice de completude revelou que a rede pública hospitalar apresentou insuficiência na oferta de alguns cuidados; problemas estruturais (carência de recursos físicos materiais e equipamentos) e indisponibilidade de determinados serviços/programas estratégicos para o segmento materno e neonatal.

Demonstrou também que a distribuição dos serviços em quantidade e qualidade é bastante contrastante entre as regiões e estados do País, sendo sempre melhor nos lugares mais desenvolvidos com melhores condições socioeconômicas.

E estas diferenças também se dão para dentro das regiões e estados, mesmo os mais desenvolvidos. Na cidade do Rio de Janeiro e na Região Metropolitana de São Paulo foram identificadas distribuições espaciais extremamente desiguais em quantidade e qualidade dos estabelecimentos de saúde que prestam assistência obstétrica (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008; PUCCINI et al., 2003).

Estes achados revelaram que, em alguma medida, os cuidados obstétricos e neonatais prestados na rede hospitalar do SUS não se apresentaram de maneira desejada. E revelaram a necessidade de intervenções na rede hospitalar materna e neonatal no sentido de estruturação e organização dos serviços, visando a reduzir as diferenças regionais no acesso e utilização dos bens e cuidados obstétricos e a garantir um atendimento adequado e oportuno às gestantes e recém-nascidos no Brasil.

Considerações Finais



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desafio de elaborar um índice para subsidiar o monitoramento da qualidade da assistência hospitalar na rotina dos serviços do Sistema Único de Saúde revelou-se um processo complexo. Pois, ao mesmo tempo em que os dados utilizados teriam que ser disponíveis, ao alcance de gestores/gerentes, precisava-se assegurar a validade e a qualidade do indicador e aplicar parâmetros que não estavam pré-estabelecidos.

A utilização de sistemas de informações assistenciais como fonte de dados para elaboração do índice demandou a realização de etapas para verificação da qualidade das informações. E permitiu afirmar que o Sistema de Informações Hospitalares e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde são ferramentas válidas, importantes e de qualidade satisfatória para avaliação da qualidade da assistência hospitalar.

Entre os aspectos avaliados, alguns se relacionam com recursos financeiros, tecnológicos e mão de obra profissional, como é o caso das UTI's, dos leitos neonatais, das incubadoras, dos centros de referência em triagem neonatal, dos serviços de nutrição enteral e parenteral, do centro de tratamento da má formação lábio palatal.

Outros estão diretamente ligados à tomada de decisão, organização dos serviços e compromisso com a população, a exemplo das comissões de controle de infecções hospitalares, notificação e investigação de doenças, análise de óbitos; adesão à iniciativa hospital amigo da criança; organização dos sistemas de referência a gestantes de risco e oferta de leitos para alojamento conjunto.

O índice de completude foi então concebido pela conjugação de 27 indicadores distintos entre si. Agregando desde o desenvolvimento de atividades de grande amplitude, como o número de partos realizados, a ações restritas na rede hospitalar, caso do tratamento da má formação lábio-palatal. Sua representação se deu pelo somatório geral de todos estes aspectos que apresentaram frequências extremamente desiguais.

Por estas razões o índice apresentou grande sensibilidade, sendo capaz de classificar as unidades com representação nos estados do país e caracterizá-las segundo todos os aspectos da assistência materna e neonatal definidos para o estudo. Assim considerando provavelmente o índice apresentou pouca especificidade.

O processo de aplicação do índice apresentou importantes aspectos e características da rede hospitalar materna e neonatal do SUS, bem como possibilitou conhecer a distribuição destas unidades nas regiões e estados do país. Demonstrando que os serviços com melhor qualidade localizaram-se nas regiões e estados mais desenvolvidos e que a qualidade da assistência prestada no período compreendido entre o final da gravidez e o momento do nascimento não foi desejável e demanda por intervenções na ordem da estrutura e processo.

Por todos estes aspectos, o índice de completude demonstrou ser de grande valor enquanto ferramenta para o monitoramento da assistência hospitalar materna e neonatal do SUS, contribuindo sobremaneira para melhoria de sua qualidade. E o seu emprego não deve, no entanto, eliminar nem substituir avaliações locais. Ele deve ser utilizado como um processo de triagem, para estabelecer uma primeira aproximação das características e distribuição da assistência hospitalar no país.

Os achados revelados por esta pesquisa apontam para a necessidade da realização de outras avaliações, sejam para validar o indicador ou então para buscar as possíveis causas que estão relacionadas à qualidade insatisfatória da assistência hospitalar materna e neonatal prestada no Sistema Único de Saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde - avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, p.361-365, 1992.

AMARAL, E.; LUZ, A. G.; SOUZA, J. P. D. A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.484-489, 2007.

ANDRADE L. G et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.6, p.285-292, 2009.

BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P. Sistemas de Informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.3, p.447-450, 2009.

BERTOLLI FILHO, C. **História as Saúde Pública no Brasil**. São Paulo, Ática. 1998.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.3, n.12, p.21-28, 2001.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.19-30, 2006.

BITTENCOURT, S. A.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1344-1354, 2008.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BRAGA, J. C. S.; DE PAULA, S. G. **Saúde e Previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 2006.

BRANCO, M. A. F. Sistemas de Informação em Saúde no nível local. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.267-270, 1996.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Geral de Planejamento. **Sistema Único de Saúde (SUS): Princípios e Conquistas**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Portaria GM/MS nº1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para implantação do sistema alojamento conjunto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 01 set. 1993. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/alojamento-conjunto/Portaria_GM_MS_1016.pdf>. Acesso em 20 jan. de 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº1091, de 25 de agosto de 1999. Cria a unidade de cuidados intermediários neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 ago. 1999a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/neonatologia/PORTARIA_1091.pdf>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº130, de 03 de agosto de 1994. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em regime de hospital dia ao paciente portador de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida/AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 ago. 1994b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA_0130.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº2.193, de 14 de setembro de 2006. Define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 15 set. 2006c. Disponível em: <http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2193_14_09_2006.html>. Acesso em 20 jan.2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o regulamento técnico do sistema nacional de transplantes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 out. 2009a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/101249-2600.html>>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº2529, de 23 de novembro 2004. Institui o subsistema nacional de vigilância epidemiológica em âmbito hospitalar. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 nov. 2004b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/hospitais/PORTARIA_2529.pdf>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº272, de 8 de abril de 1998. Instituí a Habilitação para prestação dos serviços enteral, enteral e parenteral, enteral e parenteral com manipulação e fabricação e/ou nutrição enteral. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 ago. 1998b. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d5fa69004745761c8411d43fbc4c6735/POR_TARIA_272_1988.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 19 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº3.477, de 20 de agosto de 1998. Instituí a Habilitação para o atendimento terciário à gestante de alto risco. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 ago. 1998a. Disponível em: < http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P3.477_98obst.doc>. Acesso em 19 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº48, de 11 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre o planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 fev. 1999b. Disponível em: < http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/plan_f/>. Acesso em 19 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº650, de 05 de outubro de 2011. Estabelece parâmetros para os cálculos de conformação da rede cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 out. 2011c. Anexo III. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº822, de 06 de junho de 2001. Instituí o programa nacional de triagem neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 07 jun. 2001c. Disponível em; < http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/neonatologia/PORTARIA_822.pdf>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº376, de 3 de outubro de 2000. Instituí o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 out. 2000b. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em 19 jan. 2011.

BRASIL. Portaria MS/SAS nº62, de 19 de abril de 1994. Estabelece normas para o cadastramento de hospitais para tratamento dos portadores de má formação lábio-palatal para o sistema único de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 abr. 1994a. Disponível em: < ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jan.11/iels02/U_PT-MS-SAS-718-REP_201210.pdf>. Acesso em 20 jan. 2011.

BRASIL. Resolução nº7, de 24 de fevereiro de 2010, Institui os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Disponível em: < <http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102985-7.html>>. Acesso em 19 jan. 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 Anos, com ênfase na mortalidade materna**. Brasília, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4.ed. Brasília, DF, 2007a. (Série E, Normas e Manuais Técnicos, Séries Pacto pela Saúde).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3.ed. Brasília, DF, 2007b. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito Infantil e fetal**. 3.ed. Brasília, DF, 2009b. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Módulo I: orientações técnicas. Brasília, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. **Gestante de alto risco: Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar à gestante de Alto Risco**. Brasília, DF, 2001b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Saúde Ambiental. Guia básico para construção de indicadores**. Brasília, DF, 2011b. (Série B: textos básicos de saúde).

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/sumario.htm>. Acesso em: 27 jun.2011.

BUSS, P. M. Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1991): Uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, p.5-42, mar./abr.1993.

CAMINHA, M. F. C. et al. Assistência ao parto normal no Estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermeira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.3, p.195-204, 2008.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, supl. 1, p.63-69, 2005.

CAMPOS, J. S. **Integralidade da atenção e evitabilidade de óbitos perinatais no município de Fortaleza- Ceará, 2006**. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S. Assistência ao parto no Município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.411-420, 2000.

CARDOSO, P. O.; ALBERTI, L. R.; PETROIANU, A. Morbidade neonatal e materna relacionadas ao tipo de parto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.427-435, 2010.

CARVALHO, C. A. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- Seu desenvolvimento e implantação e uma proposta para sua atualização/manutenção**. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CARVALHO, D. M. Grandes Sistemas Nacionais de Informação em Saúde: Revisão e Discussão da Situação Atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 5, n.4, p.7-46, 1997.

CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.879-892, 2007.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, supl.2, p.59-70, 1996.

CESCONETTO A.; LAPA J. S.; CALVO M. C. M. Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2407-2417, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais às práticas na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

COSTA, J. O. et al. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.701-708, 2004.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.12, n.4, p.189 – 201, 2003.

DE LORENZI, D. R. S. et al. A natimortalidade como indicador de saúde perinatal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.141-146, 2001.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives Pathology and laboratory medicine**, Waukengan, v. 114, p.1115-1118, 1990.

DRUMOND, E. F. et al. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.7-19, jan./jun. 2009.

ELIAS, P. E. Estado e Saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. AIH versus prontuário médico no estudo do risco de óbito hospitalar no infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1065-1076, jul./ago. 2005.

FELICIANO, K. V. O. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, supl. 1, p.83-92, 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.553-563, 2006.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 1, p.7-19, 2004.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.61-70, 1998.

FRIAS, P. G. et al. Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do interior do Nordeste brasileiro. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.78, n.6, p.509-516, 2002.

FUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.965-971, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **PRO-ADESS: Avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: Indicadores para monitoramento**. Relatório final. Rio de Janeiro, 2011.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.165-181, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOLDMAN, R. E.; BARROS, S. M. O. O acesso às maternidades públicas no estado de São Paulo: procedimentos no pronto-atendimento obstétrico e opinião das mulheres sobre esta assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.16, n.4, p.9-17, out./dez. 2003.

GURGEL, R. Q. et al. Características das gestações, partos e recém-nascidos da região metropolitana de Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.2, p.167-177, abr./jun. 2009.

GURGEL, R. Q; FRANÇA, V. L. A; MATOS, D. M. Evolução da migração de partos para Aracaju, Sergipe, Brasil, 1970-1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.217-225, jan./fev. 2003.

HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, supl. 2, p.13-20, 1996.

IAIONE, F.; MORAES, R. Equipamento para avaliação de incubadoras. **Revista Brasileira de Engenharia Biomédica**, Campinas, v.18, n.3, p.151-162, set./dez. 2002.

KAYANO, J.; CALDAS, E. L. **Indicadores para o diálogo**. São Paulo, 2002. (Série Indicadores, n.8). Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper47.pdf>>. Acesso em: 3 jun.2011.

KERR PONTES, L. R. S.; ROUQUAYROL, M. Z. A medida de saúde coletiva. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 3, p. 31-76.

KNNUP, V. M. A. O; MELO, E. C. P.; OLIVEIRA, R. B. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do rio de janeiro no período de 2001 a 2004. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.39-44, 2008.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.19, n.1, p.88-91, 2006.

LAMOUNIER, J. A. Promoção e incentivo ao aleitamento materno: Iniciativa Hospital Amigo da Criança. **Jornal de Pediatria** v.72, n.6, p. 363-368, 1996.

LANSKY, S. et al. Mortes perinatal e neonatal e a avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p.117-130, 2006.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatal e neonatal evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1389-1400, 2002.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.7, n.4, p.449-460, 2004.

LEAL, M. C. et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatalnatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 1, p.20-33, 2004.

LEITE, A. J. M. et al. Mortes perinatal e neonatal no município de Fortaleza, Ceará. O quanto é possível evitar? **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v.73, p.388-394, 1997.

LESSA, F. J. D. **Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares na notificação do óbito, Recife – 1997**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2000.

LESSA, F. J. D. et al. Novas metodologias para a vigilância epidemiológica: o uso do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, supl.1, p.3-27, set. 2000.

LINARD, A. G; CASTRO, M. M; CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.546-553, set. 2011.

LUCCHESI, P. T. R. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.439-448, 2003.

LEVCOVITZ, E; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): Uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil-1993-1991**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1993. (Série de Estudos em Saúde Coletiva, n.57)

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.871-877, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática: ou sobre a prática na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.

MALIK, A. M.; NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-839, 2007.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde**. São Paulo, Fundação Peirópolis, 1998. (Saúde e Cidadania, v.3, p.45-64).

MANZINE, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.1, p.59-67, 2009.

MCKEE, M.; HEALY, J. The significance of hospitals: an introduction. In: _____. **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University, 2002. p.3-14.

MELIONE, L. P. R. Utilização de Informações hospitalares do Sistema Único de Saúde para vigilância epidemiológica e Avaliação em São José dos Campos- São Paulo. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v.11, n.4, p.215-225, out./dez. 2002.

MENDES, A. C. G. et al. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n.2, p.67-86, 2000.

MERCHAN- HAMANN, E.; TAUILL, P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n.4, p.273-284, 2000.

MICHAELIS MODERNO DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. Completude. São Paulo: Melhoramentos, 2007.

MOURA, F. M. J. S. P; CRIZOSTOMO, C. D; NERY, I. S. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.4, p.452-455, jul./ago. 2007.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.386-402, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 4: autoavaliar e monitoramento do hospital I**. Brasília, DF, 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **O processo de gestão para o desenvolvimento nacional da saúde**. Diretrizes para apoiar as estratégias de saúde para todos no ano 2000. Geneve, 1981. (Série Saúde Para Todos n.5).

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, P. M. H. et al. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do Brasil, 2001-2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.4, p. 20-28, 2006.

PUCCINI, R. F. et al. Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.35-45, jan./fev. 2003.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (Brasil). **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília, 2002.

RIBEIRO, V. S.; SILVA, A. A. M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.429-438, 2000.

ROCHA J.S.Y; LUCIF JR,N. Mortalidade hospitalar pelo índice de Charlson. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.6, p.780-786, 2004.

ROSA, M.L.G.; HORTALE, V.A. Óbitos perinatal e neonatal evitáveis e estrutura de atendimento obstétrico na rede pública: estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.773-783, 2000.

ROSA, M. L. G.; HORTALE, V. A. Óbitos perinatais evitáveis e ambiente externo ao sistema de assistência: Estudo de caso de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.623-631, 2002.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In:_____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap. 6, p. 149-170.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.10, n.19, p.25-41, 2006.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Utilização do sistema de informações hospitalares (SIH/SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.10, n.1, p.19-30, 2001.

SCHRAMM, J. M. A.; SZWARCOWALD, C. L. Sistema hospitalar como fonte de informações para estimar a mortalidade neonatal e a natimortalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.3, p.272-279, 2000.

SCHRAMM, J. M. A.; SZWARCOWALD, C. L.; ESTEVES, M. A. P. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.5, p.590-597, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais e Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p.27-41.

SILVA, L. M. V. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.331-339, 1999.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

SOAREZ, P. C; PADOVAN, J. L.; CICONELLI, R. M. Indicadores de saúde no brasil: um processo em construção. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.7, n.27, p.57-64, abr./jun. 2005.

SOUZA, M. H. et al. Sistema de informação em saúde e monitoramento de morbidade maternal grave e mortalidade maternal. **Revista Brasileira de Saúde Materno e infantil**, Recife, v.6, n.2, p.161-168, 2006.

SOUTO, H. G. Diagnostico da Saúde Pública no Brasil. **Auditorias do Tribunal de Contas da União**, Brasília, ano 2, n.10, p.53-209, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: MS, 2002.

TRONCHIN, D. M. R. et al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n.3, p.542-546, 2009.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2007**. Mulheres e crianças: o duplo dividendo da igualdade de gênero. Brasília, 2007.

VARDANEGA, K. et al. Fatores de Risco para Natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p. 617-622, 2002.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-839, 2007.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.43, n.2, p.429-437, 2009.

ZANON, U. Qualidade da assistência médico-hospitalar: conceito e avaliação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.2, n.8, p. 15-22, 2000.

ZANON, U.; CHAVES, P. L. L.; BOLDT, L. V. Evolução dos indicadores de qualidade da assistência médico-hospitalar do Hospital Dona Helena – Joinville-SC. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.8, n.33, p. 131-138, 2006.

Apêndices ||

APÊNDICE A – Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alto Porte, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	PE	NE
0000434 IMIP	PE	NE
0003794 INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	BA	NE
0008036 HOSPITAL MATERNIDADE AMADOR AGUIAR	SP	SE
0009768 AAMI	MS	CO
0010472 HRG	DF	CO
0010480 HRC CEILANDIA	DF	CO
0026794 HOSPITAL SOFIA FELDMAN	MG	SE
0027022 HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE	MG	SE
2009250 MATERNIDADE ESCOLA SANTA MONICA	AL	NE
2019558 MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO	AM	N
2020068 SES AP HOSPITAL DA MULHER	AP	N
2040069 HOSPITAL MATERNIDADE JESUS JOSE E MARIA	SP	SE
2076926 HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	SP	SE
2077485 HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	SP	SE
2077523 UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA SP	SP	SE
2077701 HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS SAO PAULO	SP	SE
2079186 HOSP MUN MAT ESC DR MARIO DE MORAES A SILVA	SP	SE
2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO	SP	SE
2079828 HOSPITAL GERAL PIRAJUSSARA TABOAO DA SERRA	SP	SE
2080338 HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	SP	SE
2149990 HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MG	SE
2192896 HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	MG	SE
2237253 IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	RS	S
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO AS	RS	S
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RJ	SE
2269945 SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	RJ	SE
2270390 SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	RJ	SE
2270609 SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	RJ	SE
2270714 SMSDC MATERN FERNANDO MAGALHAES	RJ	SE
2273373 SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RJ	SE
2277565 HOSPITAL MUNICIPAL DUQUE DE CAXIAS	RJ	SE
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	RJ	SE
2351994 FUSAM HOSPITAL DE CARUARU JESUS NAZARENO	PE	NE
2399644 MATERNIDADE CANDIDA VARGAS	PB	NE
2408570 HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	RN	NE
2430711 HOSPITAL DOM MALAN	PE	NE
2499363 HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	CE	NE
2566168 HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	RR	N
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	SP	SE
2705982 SANTA CASA DE FRANCA	SP	SE
2786680 HOSP MUN CAMPO LIMPO FERNANDO MAURO P DA ROCHA	SP	SE

2792168 HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	SP	SE
3970442 HOSPITAL MATERNIDADE MAE ESPERANCA	RO	N

APÊNDICE B - Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alta Complexidade, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	PE	NE
0000434 IMIP	PE	NE
2077485 HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	SP	SE
2080338 HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	SP	SE
2149990 HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MG	SE
2192896 HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	MG	SE
2237253 IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	RS	S
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	RS	S
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RJ	SE
2270714 SMSDC MATERN FERNANDO MAGALHAES	RJ	SE
2499363 HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	CE	NE
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	SP	SE
2705982 SANTA CASA DE FRANCA	SP	SE
2786680 HOSP MUN CAMPO LIMPO FERNANDO MAURO P DA ROCHA	SP	SE
0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	BA	NE
0009717 SANTA CASA	MS	CO
0010537 HRAS	DF	CO
0015245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA	PR	S
0027014 SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	MG	SE
0027049 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MG	SE
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	SP	SE
2077396 HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	SE
2077477 HOSP STA MARCELINA SAO PAULO	SP	SE
2077574 CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO	SP	SE
2078015 HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	SP	SE
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	SP	SE
2080575 HOSPITAL SAO JOAQUIM BENEFICENCIA PORTUGUESA	SP	SE
2080931 SANTA CASA	SP	SE
2081458 SANTA CASA DE LIMEIRA	SP	SE
2082187 HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2146355 HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	MG	SE
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	RS	S
2237822 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	RS	S
2262568 HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	RS	S
2269988 MS HOSP DOS SERVIDORES DO ESTADO	RJ	SE
2295407 SESDEC HOSPITAL ROCHA FARIA	RJ	SE
2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	PE	NE
2481286 SAMEAC MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	CE	NE
2497654 HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	CE	NE
2659107 HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO	MT	CO
2726653 HOSPITAL UNIVERSITARIO HUUFMA	MA	NE
2748223 HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	SP	SE

2752700 SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	PA	N
2781859 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	S
4001303 HOSPITAL DE BASE PORTO VELHO	RO	N
0013846 HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO	PR	S
2079720 HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	SP	SE
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	SP	SE
2089327 HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA	SP	SE
2092298 SANTA CASA DE ITU	SP	SE
2246988 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	RS	S
2772310 SANTA CASA DE PIRACICABA	SP	SE
0026794 HOSPITAL SOFIA FELDMAN	MG	SE
0027022 HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	MG	SE
2009250 MATERNIDADE ESCOLA SANTA MONICA	AL	NE
2076926 HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	SP	SE
2077523 UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA SP	SP	SE
2079186 HOSP MUN MAT ESC DR MARIO DE MORAES A SILVA	SP	SE
0000396 HOSPITAL DAS CLINICAS	PE	NE
0015369 HOSPITAL DO TRABALHADOR	PR	S
0026972 MATERNIDADE ODETE VALADARES	MG	SE
2006197 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES	AL	NE
2027356 HMU	SP	SE
2066092 HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	SP	SE
2075962 HOSP DA STA CASA DE STO AMARO	SP	SE
2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO	SP	SE
2078155 HOSPITAL STELA MARIS	SP	SE
2080028 HOSPITAL PUBLICO DE DIADEMA	SP	SE
2082829 HOSP MUN ERMELINO MATARAZZO ALIPIO CORREA NETTO	SP	SE
2126494 HOSPITAL P R PROFESSOR OSVALDO R FRANCO	MG	SE
2127989 HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	MG	SE
2153882 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA	MG	SE
2206595 HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO	MG	SE
2248190 HOSPITAL GERAL SANTA CASA DE URUGUAIANA	RS	S
2261987 SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE	RS	S
2309254 MATERNIDADE DA COHABMATERNIDADE MARLY SARNEY	MA	NE
2323397 MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA	PI	NE
2384299 HOSPITAL DE CLINICAS	PR	S
2504332 HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	SC	S
2564211 HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	CE	NE
2594714 HOSPITAL E MATERNIDADE MARIA AUXILIADORA	PR	S
2755130 HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	SP	SE
2792176 HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA	SP	SE
2798662 HGNI	RJ	SE
3021114 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	CE	NE
3956369 MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	BA	NE
3972925 HOSPITAL DO OESTE	BA	NE
0009628 HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE	SP	SE

0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	RJ	SE
2025523 HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE MATERNO INFANTIL	SP	SE
2025752 SANTA CASA DE SANTOS	SP	SE
2077426 HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	SP	SE
2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAU PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP	SP	SE
2078775 SANTA CASA DE ARACATUBA HOSPITAL SAGRADO CORACAO DE JESUS	SP	SE
2080079 HOSPITAL DR OSIRIS FLORINDO COELHO FERRAZ DE VASCONCELOS	SP	SE
2080273 HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE	SP	SE
2081253 HOSPITAL SAO LUIZ DE ARARAS	SP	SE
2081970 HOSP MUN JABAQUARA ARTUR RIBEIRO DE SABOYA	SP	SE
2082527 SANTA CASA DE ARARAQUARA	SP	SE
2082888 SANTA CASA DE RIO CLARO	SP	SE
2083981 HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	SP	SE
2087057 HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA DJALDROVAD	SP	SE
2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO	SP	SE
2091755 HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA SAO PAULO	SP	SE
2092611 SANTA CASA DE BARRETOS	SP	SE
2111624 HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO	MG	SE
2223538 HOSPITAL GERAL	RS	S
2223546 HOSPITAL POMPEIA	RS	S
2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RJ	SE
2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	RJ	SE
2439263 HOSPITAL DA PROVIDENCIA MATERNO INFANTIL	PR	S
2486199 HOSPITAL DORIO SILVA	ES	SE
2547821 HECI HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ES	SE
2550792 HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA	PR	S
2558254 HOSPITAL SANTO ANTONIO	SC	S
2568713 HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	SC	S
2587335 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA HUM	PR	S
2655411 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER	MT	CO
2707918 FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM	RS	S
2749319 HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	SP	SE
2755165 HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE	TO	N
2758091 SESDEC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	RJ	SE
2775999 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	MG	SE
3028399 HOSPITAL ESTADUAL PROF CARLOS DA SILVA LACAZ FCO MORATO	SP	SE
3212130 HOSP MUN VER JOSE STOROPOLLI	SP	SE
4044916 HOSPITAL DAS CLINICAS	ES	SE
2171988 HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	MG	SE
0008036 HOSPITAL MATERNIDADE AMADOR AGUIAR	SP	SE
0010472 HRG	DF	CO
0010480 HRC CEILANDIA	DF	CO
2040069 HOSPITAL MATERNIDADE JESUS JOSE E MARIA	SP	SE
2077701 HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS SAO PAULO	SP	SE
2079828 HOSPITAL GERAL PIRAJUSSARA TABOAO DA SERRA	SP	SE
2269945 SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	RJ	SE

2270609 SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	RJ	SE
2273373 SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RJ	SE
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	RJ	SE
2408570 HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	RN	NE
2566168 HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	RR	N
2792168 HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	SP	SE
0002232 HOSPITAL SANTA IZABEL	SE	NE
0009725 HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL	MS	CO
0010499 HRT HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA	DF	CO
0010510 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	DF	CO
0019283 MATERNIDADE CARMELA DUTRA	SC	S
2065665 HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS	SP	SE
2076896 HOSP MUN SAO LUIZ GONZAGA	SP	SE
2077388 HOSP MAT AMPARO MATERNAL	SP	SE
2077639 HOSP MUN PLANALTO WALDOMIRO DE PAULA	SP	SE
2078104 HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI	SP	SE
2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA	SP	SE
2080052 SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES HOSPITAL N SENHORA APARECIDA	SP	SE
2082594 COMPLEXO HOSPITALAR MARCIA E MARIA BRAIDO	SP	SE
2084163 HOSPITAL ESTADUAL DE DIADEMA HOSPITAL SERRARIA	SP	SE
2191164 MATERNIDADE MUNICIPAL DE CONTAGEM	MG	SE
2205440 HOSPITAL MARCIO CUNHA	MG	SE
2219654 HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MG	SE

APÊNDICE C – Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho da Assistência ao Parto, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
2499363 HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	CE	NE
0027014 SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	MG	SE
2481286 SAMEAC MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	CE	NE
2558254 HOSPITAL SANTO ANTONIO	SC	S
2711613 CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURI DE MEDEIROS CISAM	PE	NE
2306344 HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUA	SC	S
2755165 HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE	TO	N
2525569 HOSPITAL MANOEL NOVAES	BA	NE
2082349 HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI	SP	SE
2362287 INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA	PB	NE
2077574 CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO	SP	SE
2564211 HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	CE	NE
3021114 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	CE	NE
2082888 SANTA CASA DE RIO CLARO	SP	SE
2328399 HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSE	CE	NE
2436477 MATERNIDADE DARCY VARGAS	SC	S
2491710 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	SC	S
2537788 ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS HOSPITAL REGIONAL	SC	S
2085194 HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	SP	SE
2371375 HOSPITAL EVANGELICO DR SRA GOLDSBY KING	MS	CO
2208172 HOSPITAL SANTA ROSALIA	MG	SE
4009444 MAT DR MARQUES BASTO E HOSP INF DR MIROCLES VERAS	PI	NE
2149990 HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MG	SE
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	SP	SE
0013846 HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO	PR	S
2089327 HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA	SP	SE
2092298 SANTA CASA DE ITU	SP	SE
2127989 HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	MG	SE
2775999 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	MG	SE
2311682 HOSPITAL SANTA HELENA	MT	CO
2096463 SANTA CASA DE MOGI GUACU	SP	SE
2099454 HOSPITAL SAO SEBASTIAO	MG	SE
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	MG	SE
2465833 HOSPITAL RIO DOCE	ES	SE
2396866 SANTA CASA	MT	CO
2551764 HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA	PE	NE
2795655 HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO	MT	CO
2410281 CASA DE SAUDE DIX SEPT ROSADO	RN	NE
2087057 HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA DJALDROVAD	SP	SE
2080052 SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES HOSPITAL N SENHORA APARECIDA	SP	SE
2205440 HOSPITAL MARCIO CUNHA	MG	SE

2790556 HOSPITAL DE BASE DE BAURU HOSPITAL DE BASE SETIMA REGIAO	SP	SE
2146525 SANTA CASA DE PARAISO	MG	SE
2112175 HOSPITAL VAZ MONTEIRO	MG	SE
2804034 HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI	BA	NE
2772310 SANTA CASA DE PIRACICABA	SP	SE

APÊNDICE D – Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho das Práticas Recomendáveis, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
2499363 HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	CE	NE
0027014 SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	MG	SE
2481286 SAMEAC MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	CE	NE
2558254 HOSPITAL SANTO ANTONIO	SC	S
2711613 CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURI DE MEDEIROS CISAM	PE	NE
2306344 HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUA	SC	S
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	PE	NE
0000434 IMIP	PE	NE
0010537 HRAS	DF	CO
0015245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA	PR	S
2082187 HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	PE	NE
2781859 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	S
0000396 HOSPITAL DAS CLINICAS	PE	NE
2006197 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES	AL	NE
2126494 HOSPITAL P R PROFESSOR OSVALDO R FRANCO	MG	SE
4044916 HOSPITAL DAS CLINICAS	ES	SE
0010472 HRG	DF	CO
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	RJ	SE
0010510 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	DF	CO
2298317 HOSPITAL PLANTADORES DE CANA	RJ	SE
2755157 HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA SIQUEIRA CAMPOS DE PALMAS	TO	N
2081091 HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAPIRA	SP	SE
2079119 MATER MATERNIDADE DO COMPLEXO AEROPORTO	SP	SE
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	RS	S
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	RS	S
2384299 HOSPITAL DE CLINICAS	PR	S
0009628 HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE	SP	SE
2223538 HOSPITAL GERAL	RS	S
0010480 HRC CEILANDIA	DF	CO
2273373 SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RJ	SE
2265052 HOSPITAL FEMINA SA	RS	S
2339196 HOSPITAL MATERNO INFANTIL	GO	CO
2738368 HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA	PR	S
2232049 HOSPITAL DOM JOAO BECKER	RS	S
2232103 HOSPITAL PADRE JEREMIAS CACHOERINHA	RS	S
2270390 SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	RJ	SE
2126508 MATERNIDADE P MUNICIPAL HAYDE ESPEJO CONROY	MG	SE
2755165 HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE	TO	N
2525569 HOSPITAL MANOEL NOVAES	BA	NE
2082349 HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI	SP	SE
2362287 INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA	PB	NE
2270714 SMSDC MATERN FERNANDO MAGALHAES	RJ	SE

2705982 SANTA CASA DE FRANCA	SP	SE
0027049 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MG	SE
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	SP	SE
0026794 HOSPITAL SOFIA FELDMAN	MG	SE
2009250 MATERNIDADE ESCOLA SANTA MONICA	AL	NE
2309254 MATERNIDADE DA COHABMATERNIDADE MARLY SARNEY	MA	NE
2323397 MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA	PI	NE
2504332 HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	SC	S
2792176 HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA	SP	SE
2025523 HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE MATERNO INFANTIL	SP	SE
2080273 HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE	SP	SE
2269945 SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	RJ	SE
0019283 MATERNIDADE CARMELA DUTRA	SC	S
2270021 UFRJ MATERNIDADE ESCOLA	RJ	SE
2280868 HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	RJ	SE
2409208 MATERNIDADE ESCOLA JANUARIO CICCO	RN	NE
2027186 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	SP	SE
0010464 HRAN	DF	CO
2402564 HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS	BA	NE
2010151 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO MIGUEL DOS CAMPOS	AL	NE
2333716 HOSP MATERN JOSE PINTO DO CARMO	CE	NE
3157245 HOSPITAL UNIVERSITARIO	SC	S
0009768 AAMI	MS	CO
2080672 HOSPITAL SAO FRANCISCO TUPA	SP	SE
2219638 HOSPITAL AROLDO TOURINHO	MG	SE
2266474 HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA	RS	S
2707527 MATERNIDADE FREI DAMIAO	PB	NE
2087324 UNIDADE HOSPITALAR DE PERUIBE	SP	SE
2806215 HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAO ELISIO DE HOLANDA	CE	NE
2257645 HOSPITAL SAO PEDRO	RS	S
2377829 HOSPITAL BOM JESUS	SC	S
2535157 HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAPURANGA	GO	CO
2237253 IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	RS	S
2786680 HOSP MUN CAMPO LIMPO FERNANDO MAURO P DA ROCHA	SP	SE
2237822 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	RS	S
2262568 HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	RS	S
2076926 HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	SP	SE
0015369 HOSPITAL DO TRABALHADOR	PR	S
0026972 MATERNIDADE ODETE VALADARES	MG	SE
2027356 HMU	SP	SE
2083981 HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	SP	SE
2486199 HOSPITAL DORIO SILVA	ES	SE
2587335 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DE MARINGA HUM	PR	S
0008036 HOSPITAL MATERNIDADE AMADOR AGUIAR	SP	SE
2077701 HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS SAO PAULO	SP	SE
2555646 HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	SC	S

0009709 HOSPITAL UNIVERSITARIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN	MS	CO
0025135 HOSPITAL MUNICIPAL SAO JOAO BATISTA	RJ	SE
2232146 FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA DE NOVO HAMBURGO FSNH	RS	S
2707675 HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR	RS	S
0010502 HRS	DF	CO
0010529 HRP	DF	CO
2271826 HOSPITAL MATERNIDADE DE NOVA FRIBURGO	RJ	SE
2453665 MATERNIDADE CARMOSINA COUTINHO	MA	NE
2715864 HNSG MATERNIDADE MATER DEI	PR	S
2232081 HOSPITAL DE ALVORADA	RS	S
2698463 SECAO HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DR SILVERIO FONTES	SP	SE
0010545 HRBZ	DF	CO
2270684 PRO MATRE	RJ	SE
2640244 HOSPITAL VITOR DO AMARAL	PR	S
2799278 HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	BA	NE
2078503 SANTA CASA DE PENAPOLIS	SP	SE
2361477 HOSPITAL SAO CAMILO DE FORMOSA	GO	CO
2409992 HOSPITAL MAT STA LUZIA DE CARNAUBAIS	RN	NE

APÊNDICE E – Relação dos hospitais que obtiveram o melhor desempenho das Práticas Epidemiológicas, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
0027014 SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	MG	SE
2481286 SAMEAC MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	CE	NE
2711613 CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURI DE MEDEIROS CISAM	PE	NE
2306344 HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUA	SC	S
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	PE	NE
0000434 IMIP	PE	NE
0015245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA	PR	S
2082187 HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	PE	NE
2781859 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	S
2126494 HOSPITAL P R PROFESSOR OSVALDO R FRANCO	MG	SE
4044916 HOSPITAL DAS CLINICAS	ES	SE
0010472 HRG	DF	CO
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	RJ	SE
2298317 HOSPITAL PLANTADORES DE CANA	RJ	SE
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	RS	S
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	RS	S
2384299 HOSPITAL DE CLINICAS	PR	S
0009628 HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE	SP	SE
2273373 SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RJ	SE
2738368 HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA	PR	S
2232103 HOSPITAL PADRE JEREMIAS CACHOERINHA	RS	S
2270390 SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	RJ	SE
2755165 HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE	TO	N
2525569 HOSPITAL MANOEL NOVAES	BA	NE
2270714 SMSDC MATERN FERNANDO MAGALHAES	RJ	SE
2705982 SANTA CASA DE FRANCA	SP	SE
0027049 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MG	SE
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	SP	SE
0026794 HOSPITAL SOFIA FELDMAN	MG	SE
2025523 HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE MATERNO INFANTIL	SP	SE
2270021 UFRJ MATERNIDADE ESCOLA	RJ	SE
2409208 MATERNIDADE ESCOLA JANUARIO CICCO	RN	NE
0010464 HRAN	DF	CO
2219638 HOSPITAL AROLDO TOURINHO	MG	SE
2266474 HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA	RS	S
2707527 MATERNIDADE FREI DAMIAO	PB	NE
2237253 IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	RS	S
2786680 HOSP MUN CAMPO LIMPO FERNANDO MAURO P DA ROCHA	SP	SE
2237822 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	RS	S
2076926 HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	SP	SE
0015369 HOSPITAL DO TRABALHADOR	PR	S

0026972	MATERNIDADE ODETE VALADARES	MG	SE
2027356	HMU	SP	SE
2083981	HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	SP	SE
2555646	HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	SC	S
2707675	HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR	RS	S
2270684	PRO MATRE	RJ	SE
2799278	HOSPITAL INACIA PINTO DOS SANTOS	BA	NE
2077574	CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO	SP	SE
3021114	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	CE	NE
2082888	SANTA CASA DE RIO CLARO	SP	SE
2085194	HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	SP	SE
2192896	HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	MG	SE
0009717	SANTA CASA	MS	CO
2077396	HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	SE
2078015	HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	SP	SE
2081458	SANTA CASA DE LIMEIRA	SP	SE
2146355	HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	MG	SE
2269988	MS HOSP DOS SERVIDORES DO ESTADO	RJ	SE
2659107	HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO	MT	CO
2748223	HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	SP	SE
2752700	SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	PA	N
2079720	HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	SP	SE
0027022	HOSPITAL JULIA KUBITSCHK	MG	SE
2206595	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO	MG	SE
2077426	HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	SP	SE
2091313	HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO	SP	SE
2269783	UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RJ	SE
2749319	HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	SP	SE
2566168	HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	RR	N
2065665	HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS	SP	SE
2219654	HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MG	SE
2686953	SANTA CASA DE MISERICORDIA	PR	S
0004731	MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA	BA	NE
2288907	APMIR	RJ	SE
2504537	HOSPITAL DISTRITAL DEP MANOEL GONCALVES DE ABRANTES	PB	NE
2084414	SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2591049	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	PR	S
2741989	HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	PR	S
2784602	HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	SP	SE
2723212	HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA	CE	NE
2232154	HOSPITAL SAPIRANGA	RS	S
2765934	HOSPITAL DE CLINICAS DE SAO SEBASTIAO	SP	SE
2562499	HOSPITAL MUNICIPAL SAO LUCAS	CE	NE
0000671	US 153 POLICLINICA E MATERNIDADE ARNALDO MARQUES	PE	NE
2163829	OURO PRETO SANTA CASA DE OURO PRETO	MG	SE
2172259	HOSPITAL BOM JESUS	MG	SE

2592746 HOSPITAL E MATERNIDADE FLAVIO RIBEIRO COUTINHO	PB	NE
2077485 HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	SP	SE
2079186 HOSP MUN MAT ESC DR MARIO DE MORAES A SILVA	SP	SE
2758091 SESDEC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	RJ	SE
2244306 HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	RS	S
2246929 HOSPITAL DA CIDADE PASSO FUNDO	RS	S
2253046 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAO FRANCISCO DE PAULA	RS	S
4049020 SANTA CASA DE OURINHOS	SP	SE
2075717 HOSP MUN J SARAH MARIO DEGNI	SP	SE
2077450 HOSP MUN PIRITUBA JOSE SOARES HUNGRIA	SP	SE
2284634 HOSPITAL MUNICIPAL SAO FRANCISCO XAVIER	RJ	SE
2753332 HOSPITAL MATERNIDADE ALTO MARACANA	PR	S
2134268 FUNDACAO MINAS NOVAS HOSPITAL DOUTOR BADARO JUNIOR	MG	SE
2267187 HOSPITAL FLAVIO LEAL	RJ	SE
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	SP	SE
2089327 HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA	SP	SE
2775999 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	MG	SE
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	MG	SE
2396866 SANTA CASA	MT	CO
2497654 HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	CE	NE
2077523 UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA SP	SP	SE
0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	RJ	SE
2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	RJ	SE
2171988 HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	MG	SE
2232995 SANTA CASA DO RIO GRANDE	RS	S
2241153 HOSPITAL ARCANJO SAO MIGUEL	RS	S
2010631 HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLIMPIA	AL	NE
2507447 HOSPITAL REGIONAL DE EUNAPOLIS	BA	NE
2124289 HOSPITAL MUNICIPAL JOAO FERNANDES DO CARMO	MG	SE
2080028 HOSPITAL PUBLICO DE DIADEMA	SP	SE
2091755 HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA SAO PAULO	SP	SE
2253054 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS	RS	S
2332671 HOSPITAL D LUIZ I	PA	N
0009539 HOSPITAL MATERNO INFANTIL ANTONINHO DA ROCHA MARMO	SP	SE
2024691 SANTA CASA	SP	SE
2261057 HOSPITAL DE CARIDADE DE IJUI	RS	S
2411393 HOSPITAL REGIONAL SAO PAULO ASSEC	SC	S
2761041 HOSPITAL REGIONAL DO SUL DE MINAS	MG	SE
2081644 HOSPITAL FREI GALVAO	SP	SE
2206528 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRACAS	MG	SE
2024756 HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA AJUDA	SP	SE
2153084 HOSPITAL E MATERNIDADE THEREZINHA DE JESUS	MG	SE
2520613 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA POMPEIA	BA	NE
2678403 HOSPITAL SANTO ANTONIO MARIA ZACCARIA	PA	N
2726726 HOSPITAL REGIONAL ANTONIO DIAS	MG	SE
2758164 HOSPITAL SAO JOSE	SC	S

2023709 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITATIBA	SP	SE
2083876 SANTA CASA DE FRANCISCO MORATO	SP	SE
2111659 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE LAVRAS	MG	SE
2119420 HOSPITAL MUNICIPAL SENHORA SANTANA	MG	SE
2139200 SANTA CASA DE MISERICORDIA DO HOSP SAO FRANCISCO DE ASSIS	MG	SE
2145960 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAGUARI	MG	SE
2148293 HOSPITAL IMACULADA CONCEICAO	MG	SE
2209195 SANTA CASA DE MISERICORDIA NOSSA SENHORA DO PATROCINIO	MG	SE
2516632 HOSP DR MOURA FERREIRA	CE	NE
2615746 HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAUAPEBAS HMP	PA	N
2678756 HOSPITAL GERAL DE BRAGANCA	PA	N
2727064 UNIDADE MISTA DE SAUDE PROFESSOR WALL FERRAZ CIAMCA	PI	NE
2078023 HOSPITAL SAO LUCAS	SP	SE
2087219 HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROSARIO	SP	SE
2142376 HOSPITAL SAO LUIZ DE FORMIGA	MG	SE
2181029 SANTA CASA	MG	SE
2236370 HOSPITAL SAO SEBASTIAO MARTIR	RS	S
2279525 CASA DE SAUDE PARACAMBI	RJ	SE
2282801 HOSPITAL DR CELSO ERTHAL	RJ	SE
2315386 MATERNIDADE MUNICIPAL DE PIRACURUCA	PI	NE
2536900 HOSPITAL MUNICIPAL DR REGIS B MARIGLIANI	PR	S
2543044 HOSPITAL DE CARIDADE SAO BRAZ	SC	S
2561336 HOSPITAL MUNICIPAL MARIA WANDERLENE NEGREIROS DE QUEIROZ	CE	NE
2561344 HOSPITAL MATERNIDADE SAO JOSE	CE	NE
2562871 CASA DE SAUDE SAO RAIMUNDO NONATO	CE	NE
2593912 HOSPITAL E MATERNIDADE CATARATAS	PR	S
2620111 ABRAMASTACIO	MS	CO
2751674 HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRACAS	SP	SE
2761106 HOSPITAL CONEGO MONTE RASO	MG	SE
2775913 SANTA CASA DE MIS SAO GONCALO DO SAPUCAI	MG	SE
2318865 HOSPITAL SANTA LUCIA LTDA	PA	N
3250415 HOSPITAL E MATERNIDADE NOVO HORIZONTE	MS	CO
2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO	SP	SE
2798662 HGNI	RJ	SE
2077671 HOSPITAL GERAL DO GRAJAU PROF LIBER JOHN ALPHONSE DI DIO SP	SP	SE
2081970 HOSP MUN JABAQUARA ARTUR RIBEIRO DE SABOYA	SP	SE
2111624 HOSPITAL REGIONAL JOAO PENIDO	MG	SE
3028399 HOSPITAL ESTADUAL PROF CARLOS DA SILVA LACAZ FCO MORATO	SP	SE
3212130 HOSP MUN VER JOSE STOROPOLLI	SP	SE
2319454 HOSPITAL MEMORIAL GUARARAPES	PE	NE
2077493 HOSPITAL GERAL DE SAO MATEUS SAO PAULO	SP	SE
2078473 HOSPITAL DR LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA	SP	SE
2082225 HOSPITAL KATIA DE SOUZA RODRIGUES TAIPASSP SAO PAULO	SP	SE
2792141 HOSPITAL REGIONAL DE COTIA	SP	SE
0017868 POLICLINICA PATO BRANCO AS	PR	S
2080346 HOSP MUN DO TATUAPE CARMINO CARICCHIO	SP	SE

2273748 HOSPITAL UNIVERSITARIO SUL FLUMINENSE	RJ	SE
2290227 SESDEC HOSPITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES	RJ	SE
2785188 UNIDADE MISTA DE TABOAO DA SERRA	SP	SE
3012212 HU HOSPITAL UNIVERSITARIO	SP	SE
2273438 SSP HOSPITAL CENTRAL DA POLICIA MILITAR HCPM	RJ	SE
2084228 SANTA CASA DE MISERICORDIA DONA CAROLINA MALHEIROS SJBV	SP	SE
2790610 HOSPITAL GERAL PREFEITO MIGUEL MARTIN GUALDA DE PROMISSAO	SP	SE
0020516 US 167 UNIDADE MISTA PROF BARROS LIMA	PE	NE
0000701 US 165 MATERNIDADE BANDEIRA FILHO	PE	NE
0013838 HOSPITAL E MATERNIDADE PAROLIN	PR	S
2083019 UNIDADE INTEGRADA DE SAUDE DE MIRANDOPOLIS	SP	SE
2270676 SCMRJ RJ HOSPITAL GERAL	RJ	SE
2292912 HOSPITAL ESCOLA LUIZ GIOSEFFI JANNUZZI	RJ	SE
3210243 HOSPITAL REGIONAL DR JOFRE DE MATOS COHEN	AM	N
3245500 HOSPITAL DA CHAPADA	BA	NE
3316300 HOSPITAL REGIONAL DO NORTE PIONEIRO	PR	S
4014111 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANA BEZERRA	RN	NE
5223962 INSTITUTO DE CARDIOLOGIA HOSPITAL VIAMAO	RS	S
2080958 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PALMITAL	SP	SE
2115786 HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIRITE	MG	SE
2163071 HOSPITAL SAO JOSE	MG	SE
2202891 CASA CARIDADE SANTA TEREZA	MG	SE
5498465 HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DO ARAGUAIA	PA	N
5597501 HOSPITAL REGIONAL PUBLICO DA TRANSAMAZONICA	PA	N
2391449 HOSPITAL GERAL DE POCONE DR NICOLAU FONTANILAS FRAGELI	MT	CO
2665352 HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO JORGE DO PATROCINIO	PR	S
2080052 SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES HOSPITAL N SENHORA APARECIDA	SP	SE
2146525 SANTA CASA DE PARAISO	MG	SE
2112175 HOSPITAL VAZ MONTEIRO	MG	SE
2080338 HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	SP	SE
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RJ	SE
2066092 HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	SP	SE
2077388 HOSP MAT AMPARO MATERNAL	SP	SE
0003794 INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	BA	NE
0004170 MATERNIDADE TSYLLA BALBINO	BA	NE
2092107 HOSPITAL DE CLINICAS DE FRANCO DA ROCHA FRANCO DA ROCHA	SP	SE
2093324 SANTA CASA DE FERNANDOPOLIS	SP	SE
2622467 HOSPITAL SAO JOAQUIM	PA	N
2802031 HOSPITAL MATER DEI	BA	NE
2146487 HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIRACI	MG	SE
2161575 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE MERCES	MG	SE
2425599 CASA DE SAUDE MATERN STO ANTONIO	CE	NE
2078155 HOSPITAL STELA MARIS	SP	SE
2792168 HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	SP	SE
2161354 SANTA CASA DA MISERICORDIA DE SAO JOAO DEL REI	MG	SE
2098911 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CATAGUASES	MG	SE

2105780 HOSPITAL MANOEL GONCALVES	MG	SE
2140217 HOSPITAL E MATERNIDADE VITAL BRAZIL	MG	SE
2248298 HOSPITAL INFANTIL	RS	S
2259907 HOSPITAL SANTO ANGELO	RS	S
2294923 HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	RJ	SE
2765942 HOSPITAL SANTA LUCINDA SOROCABA	SP	SE
2087103 SOCIEDADE OPERARIA HUMANITARIA LIMEIRA	SP	SE
2118459 CASA DE SAUDE UNIAO	MG	SE
2162377 CASA DE SAUDE SANTA LUCIA LTDA	MG	SE
2173565 HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS MERCES	MG	SE
2558246 HOSPITAL SANTA ISABEL	SC	S
2666731 HOSPITAL SAO FRANCISCO	PR	S
2707632 HOSPITAL MUNICIPAL GETULIO VARGAS EST VELHA	RS	S
2274493 ASSOCIACAO DE CARIDADE HOSPITAL SAO JOAO DE MERITI	RJ	SE
2354551 HOSPITAL SAO LUIZ	PE	NE
2078295 SANTA CASA DE TAQUARITINGA	SP	SE
2081261 HOSPITAL SAO LUIZ BOITUVA	SP	SE
2082381 HOSPITAL MUNICIPAL DE BEBEDOURO JULIA PINTO CALDEIRA	SP	SE
2206064 HOSPITAL NS DA CONCEICAO DE PARA DE MINAS	MG	SE
2213982 ITABIRITO HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	MG	SE
2315793 HOSPITAL ESCOLA DA FAP	PB	NE
2333112 HOSPITAL SAMARITANO	PA	N
2761203 HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DA SAUDE	MG	SE
2764776 CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA	MG	SE
3774554 HOSP E MATERNIDADE MUNICIPAL N SRA MONTE SERRAT	SP	SE
2028204 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MONTE ALTO	SP	SE
2058340 UNIDADE MISTA DE SAUDE DE QUELUZDR JOAO MONTEIRO DA SILVA	SP	SE
2081571 SANTA CASA DE RIOLANDIA	SP	SE
2081598 SANTA CASA DE MISERICORDIA SAO LUCAS	SP	SE
2087642 UNIDADE MISTA DE SAUDE MONS CID FRANCA SANTOS	SP	SE
2132877 HOSPITAL SAO CARLOS DE LAGOA DA PRATA	MG	SE
2144026 SANTA CASA DE SANTO A DO MONTE	MG	SE
2146479 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAPE	MG	SE
2235404 HOSPITAL COMUNITARIO SARANDI	RS	S
2277174 HOSPITAL NELSON SALLES	RJ	SE
2328798 HOSPITAL DAS CLINICAS DE ANANINDEUA	PA	N
2344491 UNIDADE MISTA JOAO SOARES DA FONSECA	PE	NE
2385880 HOSPITAL SAO CAMILO	SC	S
2386569 HOSPITAL MUNICIPAL PROF MAGALHAES NETO	BA	NE
2410834 HOSPITAL NOSSA SENHORA APARECIDA	SC	S
2419246 HOSPITAL MUNICIPAL HENRIQUE LAGE	SC	S
2587777 HOSPITAL MUNICIPAL DE JARDIM ALEGRE	PR	S
2676044 HOSPITAL SANTO AGOSTINHO	PA	N
2733366 HOSPITAL E MATERNIDADE TAPEJARA	PR	S
2733617 HOSPITAL SANTA TEREZINHA	PR	S
2738333 HOSPITAL SAO PAULO	PR	S

2740540 CLINICA SAO FRANCISCO DE ASSIS	PR	S
2761254 HOSPITAL DR CANDIDO JUNQUEIRA	MG	SE
2791684 SANTA CASA DE CAFELANDIA	SP	SE
2801906 HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	BA	NE
4041690 SANTA CASA DE MISER DE LIMA DUARTE	MG	SE
2304767 HOSPITAL GERAL DE JEREMOABO	BA	NE
2761009 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	MG	SE
3972925 HOSPITAL DO OESTE	BA	NE
2079828 HOSPITAL GERAL PIRAJUSSARA TABOAO DA SERRA	SP	SE
2270609 SMSDC HOSPITAL MUN LOURENCO JORGE	RJ	SE
2078562 HOSPITAL GERAL DE ITAQUAQUECETUBA	SP	SE
2222043 HOSPITAL MUNICIPAL	MG	SE
2270269 SMSDC HOSPITAL MUN MIGUEL COUTO	RJ	SE
5718368 HOSPITAL MUNICIPAL DR MOYSES DEUTSCH M BOI MIRIM	SP	SE
6095666 HOSPITAL MUNICIPAL DE BARUERI DR FRANCISCO MORAN	SP	SE
0013633 HOSPITAL ANGELINA CARON	PR	S
2058790 HOSPITAL MUNICIPAL DR WALDEMAR TEBALDI	SP	SE
2081377 SANTA CASA DE VOTUPORANGA	SP	SE
2082128 HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO	SP	SE
2295415 UNIRIO HOSPITAL UNIVER GAFFREE E GUINLE	RJ	SE
2748029 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO JOSE DOS CAMPOS	SP	SE
2091585 HOSPITAL ESTADUAL DE SAPOEMBA SAO PAULO	SP	SE
2084473 HOSP MUN DR IGNACIO PROENCA DE GOUVEA	SP	SE
2302500 HOSPITAL SALVATORIANO DIVINO SALVADOR	SC	S
2081555 SANTA CASA DE ITARARE	SP	SE
2269384 HOSPITAL DO ANDARAI	RJ	SE
2283239 HOSPITAL SANTO ANTONIO DA ESTIVA	RJ	SE
2287382 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CAMPOS	RJ	SE
2683210 HOSPITAL ANNA FIORILLO MENARIM	PR	S
2825589 METROPOLITANA DE SARANDI	PR	S
2010380 UNIDADE MISTA DR AUGUSTO DIAS CARDOSO	AL	NE
2080966 SANTA CASA DE ESTRELA DOESTE	SP	SE
2082071 SANTA CASA DE CARDOSO	SP	SE
2098326 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JOSE	MG	SE
2135124 HOSPITAL MUNICIPAL SAO VICENTE DE PAULA CAPELINHA	MG	SE
2267802 HOSPITAL GERAL DE ARRAIAL DO CABO	RJ	SE
2270056 SMSDC HOSPITAL MUN PAULINO WERNECK	RJ	SE
2285932 HOSPITAL DE MIRACEMA	RJ	SE
2524996 APMIU	BA	NE
2543079 HOSPITAL MUNICIPAL SAO LUCAS	SC	S
2587823 HOSPITAL MUNICIPAL DR ANTONIO PIETROBON	PR	S
2666626 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO JUDAS TADEU	PR	S
2704633 HOSPITAL SAO SEBASTIAO	RJ	SE
2760703 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO DE UBA	MG	SE
4020510 HOSPITAL MUNICIPAL DE PORTO CALVO	AL	NE
2008300 UNIDADE DR CARLOS GOMES DE BARROS	AL	NE

2288230 HOSP MUNICIPAL MATERNIDADE DR MANOEL MARTINS DE BARROS	RJ	SE
2733315 HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MONICA	PR	S
2119528 HOSPITAL DR MOISES MAGALHAES FREIRE	MG	SE
3819590 HOSPITAL SAO PAULO	RS	S
2589605 HOSPITAL SAO SILVESTRE	GO	CO
4042085 CASA DE CARIDADE DE MURIAE HOSPITAL SAO PAULO	MG	SE
2796449 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE GUAXUPE	MG	SE
2081083 SANTA CASA DE ASSIS	SP	SE
2098474 IMAIP HOSPITAL E MATERNIDADE ISABEL CRISTINA	MG	SE
2525933 HOSPITAL DR HEITOR GUEDES DE MELLO	BA	NE
2080141 HOSPITAL JULIA RUETE ARIRANHA	SP	SE
2080524 HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL REGENTE FEIJO	SP	SE
2088487 SANTA CASA DE NOVO HORIZONTE	SP	SE
2122677 HOSPITAL SAO SALVADOR	MG	SE
2127687 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAJUBA	MG	SE
2135108 HOSPITAL SAO VICENTE TURMALINA	MG	SE
2164620 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ARAXA	MG	SE
2232189 HOSPITAL SAO JOSE IVOTI	RS	S
2246902 HOSPITAL DE CARIDADE NAO ME TOQUE	RS	S
2246910 HOSPITAL ALTO JACUI NAO ME TOQUE	RS	S
2248239 HOSPITAL AUXILIADORA	RS	S
2267713 HOSPITAL DE CANTAGALO	RJ	SE
2279509 HOSPITAL EVANGELICO DE PARACAMBI	RJ	SE
2289709 HOSPITAL DE CLINICAS BELFORD ROXO	RJ	SE
2665190 HOSPITAL MUNICIPAL DE SAO BENEDITO	CE	NE
2676435 HOSPITAL E MATERNIDADE FREI DANIEL SAMARATE	PA	N
2705222 SANTA CASA DE MOCOCA MOCOCA	SP	SE
2760843 HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	MG	SE
2796341 HOSPITAL E MATERNIDADE SAO FRANCISCO DE ASSIS	MG	SE
2019523 UNIDADE MISTA DE CODAJAS	AM	N
2442531 HOSPITAL SAO PAULO IPAMERI	GO	CO
2080575 HOSPITAL SAO JOAQUIM BENEFICENCIA PORTUGUESA	SP	SE
2076896 HOSP MUN SAO LUIZ GONZAGA	SP	SE
5420938 HOSP MUN CIDADE TIRADENTES CARMEN PRUDENTE	SP	SE
5412447 HOSPITAL PUBLICO MUNICIPAL DE MACAE HPM	RJ	SE
2097877 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VALINHOS	SP	SE
2082691 SANTA CASA DE ANDRADINA	SP	SE
5366828 SANTA CASA DE ATIBAIA	SP	SE
2082942 SANTA CASA DE MACATUBA	SP	SE
2297590 HOSPITAL LUIZ PALMIER	RJ	SE
2535270 HOSPITAL MUNICIPAL DE STA TEREZINHA DE GOIAS	GO	CO
2559188 HOSPITAL SAO JOAO BATISTA	PR	S
2644711 HOSPITAL SANTANA	BA	NE
2796368 HOSPITAL SAO JOSE	MG	SE
3378691 HOSPITAL DA COMUNIDADE AHCROS CONSTANTINA	RS	S
3470350 HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAOCARA	RJ	SE

2241196 HOSPITAL CARLOS AUMOND UNIDADE MISTA	RS	S
2237849 INSTITUTO DE CARDIOLOGIA	RS	S
5599504 HOSPITAL REGIONAL DO SUDESTE DO PARA DR GERALDO VELOSO	PA	N
4021460 HOSPITAL MUNICIPAL DE ANDARAI	BA	NE

APÊNDICE F – Relação dos hospitais que obtiveram a classificação de alta e altíssima Completude, Brasil, 2009.

HOSPITAIS	UF	REGIÃO
0027014 SANTA CASA DE BELO HORIZONTE	MG	SE
2481286 SAMEAC MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND	CE	NE
2711613 CENTRO INTEGRADO DE SAUDE AMAURI DE MEDEIROS CISAM	PE	NE
0000418 HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES	PE	NE
0000434 IMIP	PE	NE
0015245 HOSPITAL UNIVERSITARIO EVANGELICO DE CURITIBA	PR	S
2082187 HOSPITAL DAS CLINICAS FAEPA RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2427427 HOSPITAL BARAO DE LUCENA	PE	NE
2781859 HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	PR	S
2126494 HOSPITAL P R PROFESSOR OSVALDO R FRANCO	MG	SE
0010472 HRG	DF	CO
2280248 SMSDC MATERN CARMELA DUTRA	RJ	SE
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	RS	S
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	RS	S
2270714 SMSDC MATERN FERNANDO MAGALHAES	RJ	SE
2705982 SANTA CASA DE FRANCA	SP	SE
0027049 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UFMG	MG	SE
2081695 CONJUNTO HOSPITALAR SOROCABA	SP	SE
0026794 HOSPITAL SOFIA FELDMAN	MG	SE
2786680 HOSP MUN CAMPO LIMPO FERNANDO MAURO P DA ROCHA	SP	SE
2077574 CONJUNTO HOSPITALAR DO MANDAQUI SAO PAULO	SP	SE
2192896 HOSPITAL MUNICIPAL ODILON BHERENS	MG	SE
2077396 HOSPITAL DE BASE DE SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	SE
2078015 HC DA FMUSP HOSPITAL DAS CLINICAS SAO PAULO	SP	SE
2081458 SANTA CASA DE LIMEIRA	SP	SE
2146355 HOSPITAL DE CLINICAS DE UBERLANDIA	MG	SE
2269988 MS HOSP DOS SERVIDORES DO ESTADO	RJ	SE
2659107 HOSPITAL GERAL UNIVERSITARIO	MT	CO
2748223 HOSPITAL DAS CLINICAS DE BOTUCATU	SP	SE
2752700 SANTA CASA DE MISERICORDIA DO PARA	PA	N
2688689 SANTA CASA DE SAO PAULO HOSPITAL CENTRAL SAO PAULO	SP	SE
2499363 HGCC HOSPITAL GERAL DR CESAR CALS	CE	NE
0010537 HRAS	DF	CO
0000396 HOSPITAL DAS CLINICAS	PE	NE
2306344 HOSPITAL E MATERNIDADE JARAGUA	SC	S
4044916 HOSPITAL DAS CLINICAS	ES	SE
2298317 HOSPITAL PLANTADORES DE CANA	RJ	SE
2755165 HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE	TO	N
2525569 HOSPITAL MANOEL NOVAES	BA	NE
2237253 IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	RS	S
3021114 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL	CE	NE
0009717 SANTA CASA	MS	CO
0027022 HOSPITAL JULIA KUBITSCHEK	MG	SE

2006197 HOSPITAL UNIVERSITARIO PROF ALBERTO ANTUNES	AL	NE
2149990 HOSPITAL SANTA CASA DE MONTES CLAROS	MG	SE
2384299 HOSPITAL DE CLINICAS	PR	S
0009628 HOSPITAL MUNICIPAL DR JOSE DE CARVALHO FLORENCE	SP	SE
2273373 SMSDC MATERN OSWALDO NAZARETH	RJ	SE
2738368 HOSPITAL UNIVERSITARIO DO OESTE DO PARANA	PR	S
2270390 SMSDC MATER HERCULANO PINHEIRO	RJ	SE
2025523 HOSPITAL DAS CLINICAS UNIDADE MATERNO INFANTIL	SP	SE
2270021 UFRJ MATERNIDADE ESCOLA	RJ	SE
2409208 MATERNIDADE ESCOLA JANUARIO CICCO	RN	NE
0010464 HRAN	DF	CO
2237822 HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS	RS	S
2076926 HOSPITAL UNIVERSITARIO DA USP SAO PAULO	SP	SE
0015369 HOSPITAL DO TRABALHADOR	PR	S
0026972 MATERNIDADE ODETE VALADARES	MG	SE
2027356 HMU	SP	SE
2083981 HOSPITAL ESTADUAL SUMARE	SP	SE
2555646 HOSPITAL REGIONAL DE SAO JOSE DRHOMERO MIRANDA GOMES	SC	S
2707675 HOSPITAL UNIVERSITARIO DR MIGUEL RIET CORREA JR	RS	S
2082888 SANTA CASA DE RIO CLARO	SP	SE
2085194 HOSPITAL SAO FRANCISCO DE ASSIS	SP	SE
2079720 HOSPITAL GUILHERME ALVARO SANTOS	SP	SE
2206595 HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIANGULO MINEIRO	MG	SE
2077426 HOSPITAL ESTADUAL DE VILA ALPINA ORG SOCIAL SECONCI SAO PAUL	SP	SE
2091313 HOSPITAL REGIONAL SUL SAO PAULO	SP	SE
2269783 UERJ HOSPITAL UNIV PEDRO ERNESTO	RJ	SE
2749319 HOSPITAL ESCOLA DA UNIVERSIDADE DE TAUBATE	SP	SE
2566168 HOSPITAL MATERNO INFANTIL N SRA DE NAZARETH	RR	N
2065665 HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS	SP	SE
2219654 HOSPITAL UNIVERSITARIO CLEMENTE DE FARIA	MG	SE
2686953 SANTA CASA DE MISERICORDIA	PR	S
0004731 MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA	BA	NE
2288907 APMIR	RJ	SE
2591049 HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	PR	S
2077485 HOSPITAL SAO PAULO HOSPITAL DE ENSINO DA UNIFESP SAO PAULO	SP	SE
2079186 HOSP MUN MAT ESC DR MARIO DE MORAES A SILVA	SP	SE
2089327 HOSPITAL PADRE ALBINO CATANDUVA	SP	SE
2775999 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PASSOS	MG	SE
2138875 SANTA CASA MISERICORDIA BARBACENA	MG	SE
2396866 SANTA CASA	MT	CO
2497654 HGF HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA	CE	NE
2077523 UNIDADE DE GESTAO ASSISTENCIAL II HOSPITAL IPIRANGA SP	SP	SE
0012505 HOSPITAL UNIVERSITARIO ANTONIO PEDRO	RJ	SE
2275562 HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	RJ	SE
2171988 HOSPITAL UNIVERSITARIO ALZIRA VELANO	MG	SE
2080028 HOSPITAL PUBLICO DE DIADEMA	SP	SE

2091755 HOSPITAL GERAL DE VILA PENTEADO DR JOSE PANGELLA SAO PAULO	SP	SE
2332671 HOSPITAL D LUIZ I	PA	N
2077620 HOSPITAL GERAL SANTA MARCELINA DE ITAIM PAULISTA SAO PAULO	SP	SE
2798662 HGNI	RJ	SE
2080052 SANTA CASA DE MOGI DAS CRUZES HOSPITAL N SENHORA APARECIDA	SP	SE
2146525 SANTA CASA DE PARAISO	MG	SE
2080338 HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS	SP	SE
2269880 MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO	RJ	SE
2066092 HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA	SP	SE
2077388 HOSP MAT AMPARO MATERNAL	SP	SE
0003794 INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA	BA	NE
0010510 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA	DF	CO
2223538 HOSPITAL GERAL	RS	S
2265052 HOSPITAL FEMINA AS	RS	S
2362287 INSTITUTO DE SAUDE ELPIDIO DE ALMEIDA	PB	NE
2309254 MATERNIDADE DA COHABMATERNIDADE MARLY SARNEY	MA	NE
2323397 MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA	PI	NE
2504332 HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS	SC	S
2792176 HOSPITAL GERAL DE ITAPECERICA DA SERRA	SP	SE
2080273 HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS DE SANTO ANDRE	SP	SE
0019283 MATERNIDADE CARMELA DUTRA	SC	S
2027186 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ITAPEVA	SP	SE
2402564 HOSPITAL MUNICIPAL ESAU MATOS	BA	NE
0008036 HOSPITAL MATERNIDADE AMADOR AGUIAR	SP	SE
2077701 HOSPITAL E MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS SAO PAULO	SP	SE
2564211 HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO	CE	NE
2328399 HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS MARIA JOSE	CE	NE
2436477 MATERNIDADE DARCY VARGAS	SC	S
2491710 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	SC	S
2537788 ASSOCIACAO HOSPITALAR LENOIR VARGAS HOSPITAL REGIONAL	SC	S
4009444 MAT DR MARQUES BASTO E HOSP INF DR MIROCLES VERAS	PI	NE
2726653 HOSPITAL UNIVERSITARIO HUUFMA	MA	NE
2153882 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA	MG	SE
2408570 HOSPITAL DR JOSE PEDRO BEZERRA	RN	NE
2799758 HOSPITAL GERAL CLERISTON ANDRADE	BA	NE
2351994 FUSAM HOSPITAL DE CARUARU JESUS NAZARENO	PE	NE
2430711 HOSPITAL DOM MALAN	PE	NE
2452383 HRMI HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL DE IMPERATRIZ	MA	NE
2261987 SANTA CASA DE CARIDADE DE BAGE	RS	S
4001303 HOSPITAL DE BASE PORTO VELHO	RO	N
0013846 HOSPITAL NOSSA SENHORA DO ROCIO	PR	S
2127989 HOSPITAL DAS CLIN SAMUEL LIBANIO POUSO ALEGRE	MG	SE
2311682 HOSPITAL SANTA HELENA	MT	CO
2099454 HOSPITAL SAO SEBASTIAO	MG	SE
2465833 HOSPITAL RIO DOCE	ES	SE
2755130 HOSPITAL DOMINGOS LEONARDO CERAVOLO PRESIDENTE PRUDENTE	SP	SE

2092611 SANTA CASA DE BARRETOS	SP	SE
2547821 HECI HOSPITAL EVANGELICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	ES	SE
2655411 HOSPITAL UNIVERSITARIO JULIO MULLER	MT	CO
2079240 HOSPITAL GERAL JESUS TEIXEIRA DA COSTA GUAIANASES SAO PAULO	SP	SE
2087057 HOSPITAL DOS FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA DJALDROVAD	SP	SE
2790556 HOSPITAL DE BASE DE BAURU HOSPITAL DE BASE SETIMA REGIAO	SP	SE
0003859 HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS	BA	NE
2772310 SANTA CASA DE PIRACICABA	SP	SE
2077477 HOSP STA MARCELINA SAO PAULO	SP	SE
0010480 HRC CEILANDIA	DF	CO
2280868 HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA	RJ	SE
2262568 HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	RS	S
2362821 CLIPSI HOSPITAL GERAL	PB	NE
2248190 HOSPITAL GERAL SANTA CASA DE URUGUAIANA	RS	S
2080931 SANTA CASA	SP	SE
2295407 SESDEC HOSPITAL ROCHA FARIA	RJ	SE
2558254 HOSPITAL SANTO ANTONIO	SC	S
2755157 HOSPITAL E MATERNIDADE DONA REGINA SIQUEIRA CAMPOS DE PALMAS	TO	N
2009250 MATERNIDADE ESCOLA SANTA MONICA	AL	NE
2269945 SMSDC MATERN ALEXANDER FLEMING	RJ	SE
2022621 MATERNIDADE DE CAMPINAS	SP	SE
2079798 HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNICAMP DE CAMPINAS	SP	SE
2232103 HOSPITAL PADRE JEREMIAS CACHOERINHA	RS	S
2219638 HOSPITAL AROLDI TOURINHO	MG	SE
2266474 HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICENCIA	RS	S
2707527 MATERNIDADE FREI DAMIAO	PB	NE
2084414 SANTA CASA DE RIBEIRAO PRETO	SP	SE
2741989 HOSPITAL DE CARIDADE SAO VICENTE DE PAULO	PR	S
2784602 HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO	SP	SE
2723212 HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA MESSEJANA	CE	NE
2758091 SESDEC HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II	RJ	SE
2232995 SANTA CASA DO RIO GRANDE	RS	S
2253054 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PELOTAS	RS	S
2078155 HOSPITAL STELA MARIS	SP	SE
2792168 HOSPITAL GERAL DE CARAPICUIBA	SP	SE
2232049 HOSPITAL DOM JOAO BECKER	RS	S
3157245 HOSPITAL UNIVERSITARIO	SC	S
2486199 HOSPITAL DORIO SILVA	ES	SE
2568713 HOSPITAL REGIONAL ALTO VALE	SC	S
0002232 HOSPITAL SANTA IZABEL	SE	NE
2361787 SANTA CASA DE MISERICORDIA DE ANAPOLIS	GO	CO
2611686 HOSPITAL CURA DARS	CE	NE
2096463 SANTA CASA DE MOGI GUACU	SP	SE
2550792 HOSPITAL EVANGELICO DE LONDRINA	PR	S
2339196 HOSPITAL MATERNO INFANTIL	GO	CO
0009768 AAMI	MS	CO

2081253 HOSPITAL SAO LUIZ DE ARARAS	SP	SE
2092298 SANTA CASA DE ITU	SP	SE
3956369 MATERNIDADE PROFESSOR JOSE MARIA DE MAGALHAES NETO	BA	NE
2082349 HOSPITAL DE CLINICAS DR RADAMES NARDINI	SP	SE