



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Sirlene Alves de Jesus da Silva

**Oferta de serviço assistencial hospitalar em município de pequeno porte:
estudo de caso do município de Mendes**

Rio de Janeiro

2023

Sirlene Alves de Jesus da Silva

**Oferta de serviço assistencial hospitalar em município de pequeno porte: estudo de caso
do município de Mendes**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Artur Monte Cardoso

Coorientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S586 Silva, Sirlene Alves de Jesus da

Oferta de serviço assistencial hospitalar em município de pequeno porte:
estudo de caso do município de Mendes – RJ / Ana Lúcia da Silva Costa
Pessanha. – 2023.
79 f.

Orientador: Prof. Dr. Artur Monte Cardoso
Coorientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade do
Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Atenção à Saúde. 2. Regionalização da Saúde. 3. Hospitais Municipais.
4. Política de Saúde. 5. Mendes (RJ). 6. Estudo de Caso. I. Cardoso, Artur
Monte. II. Dal Poz, Mario Roberto. III. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Sirlene Alves de Jesus da Silva

**Oferta de serviço assistencial hospitalar em município de pequeno porte: estudo de caso
do município de Mendes - RJ**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 13 de julho de 2023.

Coorientador: Prof. Dr. Mario Roberto Dal Poz
Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof. Dr. Artur Monte Cardoso (Orientador)
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

Prof.^a Dra Rosana Kuschnir.
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Alessandra de Sá Earp Siqueira
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes em minha vida:

O meu Senhor, porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Meus pais, por me ensinarem desde a infância a importância de estudar.

Minha irmã Dedi e cunhado Rondi, pelo incentivo direto e indireto, disponibilidade e amizade.

Meu grande amor, Luiz Mário, por estar ao meu lado nos melhores e piores momentos de minha vida.

Aos meus filhos, Pedro Henrique e Maria Luiza, sem vocês o mundo perde a cor, obrigada por colorirem os meus dias!

AMO MUITO VOCÊS

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero expressar minha gratidão a Deus, por me proporcionar sabedoria, força e orientação ao longo desta jornada acadêmica. Sua presença em minha vida tem sido a base de minha fé e a fonte de inspiração que me impulsionou a enfrentar os desafios e alcançar esta conquista.

À minha amada família, sou imensamente grata por todo o apoio incondicional, amor e encorajamento que vocês me deram. Vocês foram minha rocha durante os momentos difíceis, meu refúgio de paz e minha maior fonte de motivação. Cada palavra de estímulo e cada gesto de carinho foram fundamentais para que eu pudesse seguir em frente e concluir este trabalho.

Aos meus queridos amigos, quero expressar minha sincera gratidão. Vocês foram meu suporte emocional e fontes inesgotáveis de alegria e diversão, mesmo nos momentos de maior pressão. Suas palavras de incentivo, discussões enriquecedoras e o apoio constante foram essenciais para me manter motivada e acreditar no meu potencial.

Ao meu estimado orientador, sou profundamente grata por sua orientação sábia, paciência e dedicação ao longo de todo o processo de pesquisa. Sua expertise na área, sua disponibilidade para esclarecer minhas dúvidas e seu compromisso em me ajudar a alcançar o melhor resultado foram fundamentais para o sucesso deste trabalho. Suas contribuições críticas e orientações valiosas moldaram minha visão como pesquisadora e aprimoraram significativamente a qualidade desta dissertação.

Ao meu estimado Professor Eduardo Levcovitz (Dadá), minha fonte de inspiração e admiração, muito obrigada por compartilhar tanto conhecimento e me incentivar a buscar mais ainda.

Também gostaria de agradecer à minha universidade e à parceria com a Secretaria de Saúde Estadual, pela oportunidade de realizar este mestrado. Sou grata pelos recursos, infraestrutura e ambiente acadêmico propício à pesquisa e ao desenvolvimento intelectual. Agradeço aos demais professores e membros da banca examinadora, por dedicarem seu tempo e conhecimento à avaliação da minha dissertação. Suas contribuições e sugestões foram de grande importância para aprimorar este trabalho.

Ao Prefeito do município de Mendes, Jorge Henrique, que no decorrer da caminhada se tornou um grande amigo, pela confiança no trabalho junto à Secretaria de Saúde, por me permitir estudar e participar do desenvolvimento de um projeto lindo de inovação na saúde municipal.

Por fim, quero expressar minha gratidão a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta conquista. Por meio de palavras de encorajamento, apoio emocional, discussões construtivas ou assistência prática, cada pessoa desempenhou um papel fundamental nessa jornada. Seu apoio constante e crença em meu potencial foram fundamentais para superar os desafios e alcançar meus objetivos.

Esta conquista não teria sido possível sem o suporte e a ajuda de cada um de vocês. Sou profundamente grata por ter tido a oportunidade de aprender e crescer com o auxílio de Deus, minha família, amigos, orientador e universidade. Vocês são os pilares que sustentaram meu percurso acadêmico e tornaram esta experiência memorável e enriquecedora.

Com profundo respeito e gratidão!

Renda-se como eu me rendi.
Mergulhe no que você não conhece, como eu mergulhei.
Pergunte, sem querer, a resposta, como estou perguntando.
Não se preocupe em ‘entender’.
Viver ultrapassa todo o entendimento.

Clarice Lispector

RESUMO

SILVA, Sirlene Alves de Jesus da. **Oferta de serviço assistencial hospitalar em município de pequeno porte**: estudo de caso do município de Mendes – RJ. 2023. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

O objetivo central desta dissertação é analisar a oferta dos serviços assistenciais hospitalares em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019, considerando a política nacional de hospitais de pequeno porte e a diretriz de regionalização de assistência à saúde. Algumas questões tornam-se emergentes: i) a descentralização das responsabilidades assistenciais para os estados e sobretudo os municípios como diretriz do SUS; ii) a incoerência entre a descentralização de responsabilidades e a insuficiente descentralização de recursos; iii) as dificuldades para a regionalização da oferta de serviços (em particular aqueles especializados, como os hospitalares); iv) a complexidade de garantir oferta hospitalar em contextos de baixa escala – hospitais de pequeno porte; v) o financiamento compartilhado de serviços com recursos próprios municipais e recursos transferidos do estado e do governo federal. O percurso metodológico é de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, utilizando a técnica de estudo de caso, com coleta de dados através de processos administrativos, documentos publicados em Diário Oficial, sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIH, SIA, SISMAC, SIOPS, FNS), além da observação direta na unidade hospitalar. Na revisão de literatura, há a apresentação das principais publicações relacionadas à temática, numa perspectiva de estado da arte, bem como as legislações relacionadas à assistência hospitalar. Também serão apresentados, na análise e discussão, dados comparativos da assistência hospitalar na região Centro-Sul, correlacionados à caracterização da unidade hospitalar de Mendes-RJ. De forma conclusiva, considera-se que a Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte não garantiu a organização e sustentabilidade dos mesmos e que o Estado do Rio de Janeiro não possui política bem definida para tais unidades hospitalares, ficando tal política sob a responsabilidade dos municípios. Surgiram, no decorrer da pesquisa, muitos questionamentos que podem subsidiar novos estudos e acompanhamentos de casos como o mencionado. Dentre eles: é possível, mesmo com o modelo político atual, um município de pequeno porte ressignificar sua rede hospitalar, inserindo-a na RAS regional? Tal ação teria “força” através da regionalização? A utilização dessas estruturas para cobrir os vazios assistenciais da região proporciona financiamento suficiente para sua sustentabilidade, com os atuais modelos de financiamento existentes? Alguns dilemas foram tratados e outros surgiram no percurso do estudo, o que nos leva a concluir que precisamos com urgência discutir o que temos implantado em nossos municípios e que tipo de Sistema Público de Saúde estamos construindo com nossas ações.

Palavras-chave: Hospitais de Pequeno Porte; Municipalização; Financiamento hospitalar.

ABSTRACT

SILVA, Sirlene Alves de Jesus da. **Provision of hospital care services in small municipalities**: a case study of the municipality of Mendes - RJ. 2023. 79 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The main objective of this dissertation is to look into the provision of hospital care services in a small municipality in the state of Rio de Janeiro in 2019, considering the national strategy for small hospitals and the health care regionalization guideline. Some issues become apparent: i) the decentralization of care responsibilities to states, particularly municipalities, as a SUS guideline; ii) the inconsistency between decentralization of responsibilities and insufficient decentralization of resources; iii) difficulties in regionalizing the provision of services (particularly specialized ones, such as hospitals); iv) the complexity of guaranteeing hospital supply in low-scale contexts - small hospitals; v) shared service finance using municipal resources as well as resources transferred from the state and federal governments. The methodological approach is exploratory research with a qualitative approach, employing the case study technique, with data collected through administrative processes, documents published in the “Diário Oficial”, Ministry of Health information systems (SIH, SIA, SISMAC, SIOPS, FNS), and direct observation in the hospital unit. The literature study includes a presentation of the significant papers linked to the topic from a cutting-edge perspective, as well as hospital care legislation. In addition to the characterization of the hospital unit in Mendes/RJ, comparative data on hospital treatment in the Center-South region will be presented in the analysis and discussion. Furthermore, it appears that the National Policy for Small Hospitals did not ensure their organization and sustainability, and that the State of Rio de Janeiro lacks a well-defined policy for such hospital units. Municipalities are responsible for this policy. Many questions developed while study that might stimulate further research and follow-up on cases like the one highlighted. Among them: is it possible, even under the current political model, for a small town to reconfigure its hospital network by including it into the regional RAS? Would regionalization give such an action "force"? With the current finance mechanisms in place, does the utilization of these structures to fill the region's care shortages provide sufficient financing for its sustainability? Some issues have been settled, while others happened during the study, leading us to the conclusion that we urgently need to take stock of what we have implemented in our municipalities and what type of Public Health System we are building with our current actions.

Keywords: Small Hospitals; Municipalization; Hospital financing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Região Centro-Sul fluminense.....	37
Figura 2-	Faixa etária da região Centro-Sul fluminense.....	38
Tabela 1-	Relatório Resumido de Execução Orçamentária (2019).....	39
Tabela 2-	Cobertura de imunizações - Região Centro-Sul.....	40
Tabela 3	Indicador 20 - Proporção de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas - % de municípios que cumpriram a meta por ano segundo Município.....	41
Tabela 4-	Indicador 17 - Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - dados anuais até 2020.....	42
Tabela 5-	Cobertura populacional da Atenção Básica.....	42
Tabela 6	Rede cegonha - Unidades de referência para Pré-Natal e Parto e Nascimento - Região Centro-Sul do ERJ.....	44
Tabela 7-	Capacidade instalada leitos obstétricos e complementares – Região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro.....	45
Tabela 8-	Serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial da região Centro-Sul.....	45
Tabela 9-	Pactuação do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da região Centro-Sul.....	46
Tabela 10	Atualização do Plano de ação Regional da Rede de Urgência e Emergência.....	47
Tabela 11-	Quantitativo de equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multidisciplinares de apoio (EMAP) pleiteadas ao Ministério da Saúde.....	48
Tabela 12-	Estabelecimentos de saúde, por tipo, nos municípios da Região Centro-Sul.....	49
Tabela 13-	Indicadores de Morbidade Hospitalar - Taxas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - Região de Saúde Centro-Sul - estado do Rio de Janeiro (2017-2019).....	56
Tabela 14-	Valor médio pago pelo SUS por Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro (Nov/2019).....	57

Tabela 15-	Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro - Região Centro-Sul (nov./2019).....	57
Tabela 16-	Indicadores hospitalares selecionados - Hospital Santa Maria, Mendes-RJ (2019).....	63
Tabela 17-	Indicadores hospitalares selecionados - Região Sudeste.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Referências bibliográficas.....	23
Quadro 2-	Atualização do Plano de Ação Regional de Cuidados à Pessoa com Deficiência Centro-Sul - 2018/2021 com a tabela escalonada de acordo com a prioridade dos pleitos.....	48
Quadro 3 -	Municípios executores da Alta Complexidade em Cardiologia do Adulto.....	50
Quadro 4-	Municípios executores de Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica.....	50
Quadro 5-	Referência de Alta Complexidade em Oncologia – PPI.....	51
Quadro 6-	Referência de Alta Complexidade em Oncologia – PPI.....	51
Quadro 7-	Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto – PPI.....	52
Quadro 8-	Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica – PPI.....	53
Quadro 9-	Referências de oftalmologia.....	53
Quadro 10-	Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia – PPI.....	54
Quadro 11-	Caracterização dos hospitais na região Centro-Sul (2019).....	55
Quadro 12-	Descrição dos indicadores hospitalares selecionados.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FAEC	Fundo de Ações Estratégias e Compensação
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
MPP	Município de Pequeno Porte
NDVS	Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais Integrantes do SUS
PPI	Programação Pactuada Integrada
PSF	Programa de Saúde da Família
PSS	Plano de Segurança e Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISMAC	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	16
1	OBJETIVOS.....	18
1.1	Objetivo geral.....	18
1.2	Objetivos específicos.....	18
2	METODOLOGIA DE PESQUISA.....	19
2.1	Justificativa para escolha da metodologia.....	19
2.2	Procedimentos metodológicos.....	20
2.3	Coleta de dados.....	21
2.4	Análise e discussão dos dados.....	22
2.5	Limitações do método.....	22
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3.1	Organização do SUS como um acordo federativo: descentralização da provisão, concentração de recursos e regionalização.....	25
3.2	Dificuldades, dilemas e proposições para serviços de saúde em municípios de pequeno porte (MPP).....	30
3.3	Assistência hospitalar em municípios pequenos: mecanismos de financiamento de hospitais, como se combinam recursos próprios e recursos transferidos por diversos meios.....	32
4	RESULTADOS.....	36
4.1	Assistência hospitalar em municípios da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro.....	36
4.2	Caracterização de uma unidade hospitalar em um município pequeno no interior do Rio de Janeiro.....	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	ANEXO A – Decreto nº 060, de 8 de junho de 2006. Declara de utilidade pública e de interesse social para efeito de desapropriação a área do Hospital Santa Maria.....	73
	ANEXO B – Decreto nº1.760, de 15 de dezembro de 2014, autoriza a realizar a descentralização dos serviços hospitalares no município.....	75

ANEXO C – CNPJ do Hospital Santa Maria, constando nome da empresa e data início atividades: 23/01/1968.....	77
ANEXO D - Fotos da fachada do Hospital Municipal Santa Maria.....	79

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como tema os dilemas da oferta de serviços assistenciais hospitalares em municípios pequenos no estado do Rio de Janeiro (RJ). O estado do RJ possui 92 municípios, distribuídos em nove regiões de saúde com 65 hospitais de pequeno porte, doravante HPP, que atendem somente o SUS (ICT, Proadess).

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional para os HPP, por meio da Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004, estabelecendo que os estados e os municípios deveriam realizar a adesão à política. Somente 12 dos 27 estados brasileiros aderiram à política (Carpanez; Malik, 2021).

A Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ) não tem política estadual bem definida para os HPP, sendo o PAHI a principal forma de financiamento e até expansão. Esta dissertação tem como foco a Região de Saúde Centro-sul do estado do Rio de Janeiro e seus 11 municípios. Atualmente, a região possui 4 HPP.

Esse tema é tratado a partir da convergência de algumas problemáticas selecionadas: i) a descentralização das responsabilidades assistenciais para os estados e sobretudo os municípios como diretriz do SUS; ii) a incoerência entre a descentralização de responsabilidades e a insuficiente descentralização de recursos; iii) as dificuldades para a regionalização da oferta de serviços (em particular aqueles especializados, como os hospitalares); iv) a complexidade de garantir oferta hospitalar em contextos de baixa escala – hospitais de pequeno porte; v) o financiamento compartilhado de serviços com recursos próprios municipais e recursos transferidos do estado e do governo federal.

O tema foi escolhido considerando nossa atuação na superintendência assistencial do município de Mendes, enfrentando o desafio de desenvolver capacidade de factibilidade financeira e assistencial para a unidade hospitalar e a proposta da atual gestão política na construção de uma maternidade no município. Consideramos a experiência adquirida no serviço público durante 20 anos e a capacidade desenvolvida como gestora por quatro anos em um município referência em assistência hospitalar na região Centro-Sul, a formação em gestão executiva em saúde pela Fundação Getúlio Vargas, além da experiência obtida através da atuação nas captações de órgãos e tecidos para transplante pelo ente federal, onde visitamos várias unidades hospitalares, o que nos permitiu vivenciar alguns dos seus processos de trabalho. Iniciamos, então, um estudo da unidade e o levantamento de políticas

públicas que pudessem nos direcionar a uma melhor assistência à saúde da população local, garantindo segurança, qualidade e sustentabilidade.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo geral

Este trabalho tem como objetivo analisar a oferta dos serviços assistenciais hospitalares em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019, considerando a política nacional de hospitais de pequeno porte e a diretriz de regionalização de assistência à saúde. O município escolhido é Mendes, localizado na região Centro-Sul do Rio de Janeiro, com uma população estimada, em 2019, de 18.614 habitantes.

1.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a oferta de serviço hospitalar de um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro e seu papel regional no ano de 2019.
2. Analisar a oferta de serviço hospitalar deste município considerando as normas estabelecidas na política nacional de hospitais de pequeno porte.

Para o cumprimento dos objetivos, a dissertação foi dividida nas seguintes seções, para melhor compreensão:

- a) Organização do SUS como um acordo federativo: descentralização da provisão, concentração de recursos e regionalização.
- b) Assistência hospitalar em municípios pequenos: mecanismos de financiamento de hospitais e como se combinam recursos próprios e recursos transferidos por diversos meios; mecanismos de regionalização específicos.
- c) Após análise do caso, ainda apresentamos a perspectiva da assistência hospitalar em municípios da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro e, especificamente, a caracterização de uma unidade hospitalar em um município pequeno no interior do Rio de Janeiro.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1 Justificativa para escolha da metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, utilizando a técnica de estudo de caso. É uma pesquisa exploratória porque, como bem descrevem Theodorson e Theodorson, é "um estudo preliminar cujo objetivo principal é familiarizar-se com um fenômeno que se pretende investigar, para que o estudo principal a seguir possa ser desenhado com maior compreensão e precisão. O estudo exploratório (que pode usar qualquer um de uma variedade de técnicas, geralmente com uma amostra pequena) permite ao investigador definir seu problema de pesquisa e formular suas hipóteses com mais precisão. Também lhe permite escolher as técnicas mais adequadas para sua pesquisa e decidir sobre as questões que mais necessitam de ênfase e investigação detalhada, e pode alertá-lo sobre potenciais dificuldades, sensibilidades e áreas de resistência." (*apud* Piovesan; Temporini, 1995, p. 319, tradução livre).

A técnica escolhida é a de estudo de caso, que consiste em examinar acontecimentos contemporâneos, sem pretender manipular comportamentos relevantes. A técnica do estudo de caso conta com muitas variáveis utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas. Neste caso, utilizamos a observação direta. Novamente, embora os estudos de casos e as pesquisas históricas possam se sobrepor, o poder diferenciador do estudo é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações - além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional (Yin, 2001, p. 27).

Dentro das pesquisas exploratórias, esta possui a abordagem qualitativa porque apresenta as questões do tipo “como” e “por que”, de estudo de caso único por se tratar de uma única unidade - o município de Mendes e o seu hospital, e holístico por ter inserção com diversas políticas de saúde.

Quanto ao método de análise, é o de adequação do padrão, porque consiste em comparar um padrão fundamentalmente empírico com outro de base prognóstica ou com várias outras previsões alternativas (Yin, 2015).

A dissertação busca analisar a oferta dos serviços assistenciais hospitalares em um município de pequeno porte do estado do Rio de Janeiro no ano de 2019, considerando a política nacional de hospitais de pequeno porte e a diretriz de regionalização de assistência à saúde. E, de forma secundária, caracteriza a oferta de serviço hospitalar deste município, considerando as normas estabelecidas na política nacional de hospitais de pequeno porte.

2.2 Procedimentos metodológicos

Para os procedimentos metodológicos, pensamos no seguinte percurso:

- a) Identificação do Plano de Assistência Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro e a descrição de participação dos Hospitais de Pequeno Porte;
- b) Levantamento da estrutura física no Plano de Assistência Hospitalar da região Centro-Sul e a descrição de participação dos Hospitais de Pequeno Porte;
- c) Levantamento de dados dos seguintes aspectos:
 - Total de estabelecimentos de pequeno porte na Região Centro-Sul, segundo número de leitos cadastrados no CNES;
 - Total de estabelecimentos de pequeno porte na Região Centro-Sul, segundo habilitação à Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte;
- d) Estudo de caso da assistência hospitalar no município de Mendes:
 - Análise de documentos e arquivos da unidade hospitalar do município de Mendes;
- e) Caracterização da unidade hospitalar de Mendes:
 - capacidade física instalada (CNES);
 - indicadores básicos hospitalares anos 2019;
 - Média de permanência;
 - Taxa de ocupação;
 - Índice de giro de leito;
 - Índice de intervalo de substituição;
 - Porcentagem de internações por condições sensíveis a AB;
 - Taxa de mortalidade.

f) Análise dos indicadores de desempenho. Serão utilizados os indicadores apresentados na tese de Carpanez (2019) e os resultados deste trabalho serão comparados com os indicadores do Hospital Santa Maria (Mendes/RJ).

2.3 Coleta de dados

Segundo Yin (2010), estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que envolve desde a lógica do planejamento até as técnicas de coleta de dados e abordagens específicas para análise deles. A etapa de coleta de dados requer habilidades específicas do pesquisador, treinamento e preparação, desenvolvimento de um roteiro e a condução de um “estudo-piloto”.

O processo de coleta de dados desta pesquisa utilizou algumas das seis fontes citadas por Yin (2010), a saber: documentos, registro em arquivos, observação direta e artefatos físicos. A coleta foi realizada no período de janeiro a março de 2023.

Para a identificação do Plano de Assistência Hospitalar do Estado do Rio de Janeiro e a descrição de participação dos HPP, foi realizada consulta no *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Quanto à estrutura física, o levantamento foi feito no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A coleta de dados do caso descrito foi realizada através de processos administrativos, documentos publicados em Diário Oficial, sistemas de informação do Ministério da Saúde (SIH, SIA, SISMAC, SIOPS, FNS), além da observação direta na unidade hospitalar. Os indicadores hospitalares foram calculados utilizando as fórmulas padronizadas pelo Ministério da Saúde em 2002 através da 2ª edição do Manual Técnico de Padronização na Nomenclatura e Censo Hospitalar.

Por fim, foi feito um comparativo dos índices descritos na tese de Carpanez (2019) e os números encontrados no cálculo dos indicadores hospitalares do Hospital Municipal Santa Maria.

2.4 Análise e discussão dos dados

Segundo Yin (2010), a análise de dados é o exame, categorização, classificação ou recombinação das evidências de acordo com objetivo inicial. Para Yin (2010), existem três aspectos fundamentais para a análise de dados no desenvolvimento do estudo de caso. São eles: 1) utilizar múltiplas fontes de dados convergentes para o estudo dos mesmos fatos ou fenômenos; 2) construir uma base de dados que documente o estudo; 3) garantir uma linha de raciocínio que evidencie as ligações entre as questões de investigação, o conjunto de dados recolhidos e as conclusões. Foi realizada a análise comparada dos Indicadores Assistenciais, buscando qualificar a atenção hospitalar do município estudado relativamente aos demais municípios da região e deles com a Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte.

2.5 Limitações do método

A pesquisa exploratória permitiu desenhar o cenário econômico e estrutural da unidade hospitalar do município de Mendes, problematizando, através das convergências de várias políticas e do funcionamento do SUS, a sustentabilidade financeira e sanitária da unidade. Permitirá qualificar estudos mais abrangentes e quantitativos que envolvam municípios de pequeno porte e hospitais de pequeno porte neste contexto, não sendo possível generalizar. É um caso para ser considerado junto a outros estudos de caso.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Para responder às questões relacionadas aos dilemas da oferta de serviços assistenciais hospitalares em municípios pequenos no estado do Rio de Janeiro, foi proposta a combinação entre a consulta de documentos oficiais (como legislação) pertinentes ao objeto e o levantamento de dados dos HPP da região de saúde escolhida.

A metodologia da revisão bibliográfica e documental foi narrativa, que, segundo Rother (2007), é a “aquisição e atualização de conhecimento sobre um determinado tema em curto período de tempo [...] para descrever o estado da arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico ou contextual”. Constitui-se basicamente “da análise da literatura, da interpretação e análise crítica pessoal do pesquisador”. A partir da necessidade de se levantar conceitos e dados teóricos, a fim de embasar o conhecimento prático abordado e corroborar os dados analisados, garantindo segurança nas análises comparativas, realizamos pesquisas nas bases SciELO e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os seguintes descritores: municipalização, emancipação de municípios, regionalização, hospitais de pequeno porte, planejamento e financiamento hospitalar.

Os resultados da revisão bibliográfica foram 24 publicações e demais legislações relacionadas ao tema.

Quadro 1. Referências bibliográficas

Fonte	Artigo	Autores
BVS	Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS)	Ugá e López, 2004
Scielo	Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS	Ugá e López, 2006
Scielo	Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil	Carvalho, 2007
Scielo	Modelo da gestão financeira em hospitais privados de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro: uma análise focada na	Veiga de Almeida, 2009
SES/ Fiocruz	Atlas de serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro 2008	Coord. Rosana Kuschnir, 2009
Scielo	Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais	Silva e Gomes, 2013
GBM	Um ajuste justo - Propostas para aumentar eficiência e equidade do gasto público no Brasil	Banco Mundial, 2017
Scielo	Grau de integração da Atenção Primária à saúde de município de pequeno porte na Rede de atenção a saúde	Vieira e Gazzinelli 2017
Scielo	Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos	Moreira, Ribeiro

	secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites	e Ouverney, 2017
Scielo	Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento	Neves, Ferreira e Tonelli, 2018
BVS	Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde	Souza <i>et al</i> , 2019
BVS	Avaliação de política pública para hospitais de pequeno porte: um referencial para a efetividade	Costa e Sales, 2019
BVS	Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde	Mazon, Torres e Colussi, 2019
BVS	O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte	Carpanez e Malik, 2019
FGV	O sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte	Carpanez, 2019
Scielo	Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS	Souza, 2019
BVS	Hospitais de Cidades Pequenas: inserção e pactuação no Sistema Único de Saúde (SUS)	Souza <i>et al</i> , 2020
Scielo	Problemas e estratégias de gestão do SUS: vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte	Pinafo <i>et al</i> , 2020
Scielo	O poder simbólico e a gestão dos hospitais em municípios de pequeno porte	Souza, Nunes e Carvalho, 2020
Scielo	Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos catarinense	Mazon <i>et al</i> , 2021
SES	Diagnóstico de Saúde Região Centro-Sul	CIR Centro-Sul, 2020
SES	Relatório Anual de Gestão 2021 - RAG 2021 SES RJ	SES-RJ, 2021
Rio de Janeiro	Plano de Atenção Hospitalar da Bahia: metodologia de construção	Oliveira <i>et al</i> , 2021
CNS e FBH	Cenários dos hospitais no Brasil 2021-2022	FBH e CNS, 2022

Fonte: elaboração própria.

Na revisão, foi possível fazer uma síntese baseada nos quatro eixos norteadores, sendo realizada a descrição do contexto histórico do SUS a partir das interfaces da descentralização, concentração de recursos e regionalização; dificuldades, dilemas e proposições para serviços de saúde em municípios de pequeno porte; da Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e das perspectivas de financiamento deles.

Os artigos foram lidos e utilizados para a discussão nas próximas seções.

3.1 Organização do SUS como um acordo federativo: descentralização da provisão, concentração de recursos e regionalização

No Brasil, de acordo com dados do estudo de estimativas da população em 2021, publicado no Diário Oficial da União pelo IBGE, existem 5.570 municípios, dos quais 3.756 possuem menos de 20 mil habitantes (IBGE, 2021). O estudo de Brandt (2010) analisa, diante da criação de municípios após a Constituição de 1988, o impacto sobre a repartição do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e a Emenda Constitucional nº 15, de 1996. Segundo a autora, houve uma explosão de emancipação de municípios de 4.200 para 5.564 em 18 anos, relacionada principalmente à flexibilização das regras para emancipação. Segundo Elder Filho (2014), após um extenso período de ditadura militar, iniciou-se o processo de redemocratização, que permitiu aos estados estabelecerem regras para a criação dos municípios.

Nesse contexto de criação de novos municípios, deu-se a descentralização das responsabilidades na saúde iniciado com as Normativas Operacionais Básicas (NOBs) do Sistema Único de Saúde (SUS). Houve a municipalização das obrigações estabelecidas no artigo 196 da Constituição Federal através da NOB n. 01 (Brasil, 1993), que designou aos municípios a competência da execução dos recursos repassados. Ou seja, a partir de então, os Fundos Municipais de Saúde passaram a receber recursos financeiros das esferas federal e estadual para garantir a execução das políticas de saúde em seu território, exigindo assim maior capacidade técnica e operacional dos municípios - alguns dos quais estavam em recente processo de emancipação e não possuíam estrutura administrativa adequada.

Ao estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, a Constituição ampliou a necessidade de oferta de assistência à saúde, sem, no entanto, mencionar garantias de financiamento às políticas públicas que deveriam ser implantadas. Com a intenção de regulamentar a assistência aos serviços, surgiram outras normativas para garantir a implantação e implementação dos serviços assistenciais. Destacamos duas importantes leis: a nº. 8.080 (Brasil, 1990), que regula em todo território nacional as ações e os serviços de saúde, e a nº. 8142/1990 (Brasil, 1990), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

A Lei nº. 8.080 de 1990, na seção II, descreve as competências das três esferas administrativas. Ao tratar das responsabilidades da direção nacional, a lei somente se refere à

execução de ações de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras e à participação na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde. A atuação nas demais políticas de saúde está descrita em caráter de formulação, implementação, avaliação, fiscalização, controle e apoio às demais esferas.

Quanto aos estados, segundo a lei, compete executar supletivamente ações e serviços de saúde, ações e serviços de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador, além de participar na execução de ações de saneamento básico. Em caráter suplementar, há também as funções para executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde e colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. Quanto à descentralização dos serviços e das ações de saúde para os municípios, ficou definida como competência do Estado sua execução, por meio de acompanhamento, controle e avaliação das redes hierarquizadas do SUS. As demais ações em políticas de saúde consistem em participar, coordenar, formular, estabelecer normas, colaborar, acompanhar e apoiar tecnicamente os municípios.

Aos municípios, a lei define as seguintes atribuições: planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, gerir e executar os serviços públicos de saúde. Quanto às demais políticas de saúde, o termo “executar” é utilizado na definição de sua competência. Ainda descreve como responsabilidade acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS, com o apoio suplementar do Estado.

Levcovitz *et al.* (2001), no texto “Análise das relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas (NOBs)”, relatam que as referidas leis não conseguiram definir o financiamento do SUS, nem quanto aos montantes e às fontes de receita a serem destinadas ao setor, nem quanto aos critérios, mecanismos e fluxos financeiros intergovernamentais. Contudo, uma série de normativas infralegais passaram a ser editadas para detalhar e operacionalizar a constituição de um sistema. Segundo Levcovitz *et al.* (2001), as NOBs foram utilizadas como ferramentas de regulação no processo de descentralização, orientando a divisão de responsabilidades, a relação entre os gestores e os critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

Os autores fazem uma descrição analítica das NOBs, começando pela de 1991 (NOB SUS 01/91) e ainda mencionando outros autores que descreveram as principais mudanças propostas, como Médici, em 1994. Apesar da previsão de descentralização e maior autonomia aos municípios, a normativa foi criticada por ainda manter um controle centralizado, uma vez que os repasses estavam condicionados à produção de serviços.

O texto de Levcovitz *et al.* (2001) traz alguns pontos de destaque: i) a adoção do pagamento por produção, ferindo a autonomia da gestão municipal ou estadual, fazendo a saúde perder o aspecto de política social para assumir o caráter de administração de procedimentos, trazendo, assim, perda para o fator coletividade através de investimento fragmentado em média e alta complexidade; ii) a falta de universalização, ao garantir tetos financeiros a municípios e estados com maiores estruturas instaladas.

Em relação à Norma Operacional Básica nº 01 de 1993 (NOB SUS 01/93), os autores analisam que esta é marcada pelo avanço da municipalização propiciada pela NOB SUS 01/91, com expressivo envolvimento dos secretários municipais de Saúde no direcionamento da política de saúde. As estratégias de descentralização a serem implantadas deveriam respeitar as diversidades locais brasileiras, evitar rupturas abruptas no processo de implementação das estratégias e reconhecer a importância das relações de parcerias entre os gestores. Esta última diverge da estrutura política brasileira de competição.

O processo de formulação da NOB SUS 01/96 foi gerado por meio de uma negociação de 12 meses nos fóruns do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite). Os principais objetivos narrados no texto de Levcovitz *et al.* (2001) foram: a) promover e consolidar a municipalização com redefinições de responsabilidades; b) explicitar o novo pacto federativo pela saúde, responsabilizando de forma sanitária cada gestor local, cada gestão municipal da atenção básica; c) aumentar as transferências fundo a fundo; d) fortalecer as CIBs e CITs como espaços intergestores permanentes de negociação e pactuações; e) promover o cadastramento dos cidadãos, estabelecendo vínculo entre o cidadão e o SUS.

No processo de implementação de tais objetivos, foram previstas medidas como a elaboração do planejamento e da Programação Pactuada Integrada (PPI), que está em execução até os dias atuais. A criação de um incentivo financeiro para ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são financiamentos que marcaram a implementação da normativa, bem como a criação de mecanismos de financiamento específico para o custeio das ações de vigilância sanitária e ações de vigilância epidemiológica.

Uma das diretrizes apontadas para a constituição do SUS é o aumento das responsabilidades dos municípios no sistema; é na NOB SUS 01/93 que acontece um dos marcos da municipalização no sistema. Com o aumento das responsabilidades municipais, recai sobre eles a necessidade da oferta de serviços assistenciais adequados às demandas sanitárias da população.

Um tema fundamental no processo de descentralização de responsabilidades para os municípios é o da cooperação e do planejamento regional da oferta assistencial. Segundo Gomes e Silva (2013), o objetivo fundamental da regionalização é garantir aos seus usuários serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Por meio da cooperação entre os municípios, espera-se que todas as estruturas de saúde possam ser organizadas de forma a oferecer assistência aos pacientes da região, otimizando os gastos e fortalecendo as redes de linha de cuidado. Por meio do planejamento regional, seria possível utilizar ferramentas adequadas para fazer o levantamento das necessidades sanitárias regionais e alocar os serviços existentes como resposta às demandas. Os autores descrevem, como uma das dificuldades, as disputas pelo “poder” inerente ao agente político local; tal necessidade isola o município, ocasionando a criação de serviços que não fazem sentido assistencial a rede.

Levcovitz *et al.* (2001) afirmam que a descentralização não apenas é insuficiente para a concretização dos demais princípios do SUS, mas também que seus avanços efetivos estão intimamente relacionados a outros aspectos relevantes para a consolidação do sistema, como o adequado aporte de recursos financeiros, o fortalecimento da capacidade gestora nos três níveis de governo e a permeabilidade das instituições do setor saúde aos valores democráticos.

A regionalização é um princípio organizativo do SUS induzido através de vários instrumentos regulatórios federais, começando pela NOAS/2001, o Pacto pela Saúde em 2006, o Decreto nº 7.508/2011 e a Resolução CIT nº 37/2018. Após esses marcos legais não houve avaliação, mesmo que empírica, que pudesse dimensionar os avanços das medidas (ROCHA *et al.*, 2022).

Segundo Rocha *et al* (2022), “o objetivo da regionalização, em linhas gerais, é permitir uma maior coordenação de esforços entre entes da federação (grupos de municípios e governo estadual) e ganhos de eficiência na alocação de recursos e na provisão da saúde”. Nessa perspectiva, a NOAS de 2001 tem o objetivo de integrar o sistema, criando dois instrumentos de gestão e planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que define o desenho das regiões e das redes de referências, e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), com a descrição dos investimentos necessários para o provimento dos serviços de saúde. Contudo, apesar dos avanços que tais instrumentos representam, as dificuldades relativas à articulação entre os entes federativos e à implantação de instrumentos de cooperação e ao estabelecimento de regiões de saúde capazes de superar o isolamento político e institucional da vasta maioria dos municípios persistiram (Rocha *et al.*, 2022).

Com o objetivo de superar a fragmentação da atenção e gestão nos serviços de saúde, em dezembro de 2010 foi publicada a Portaria Ministerial nº 4.279 (Brasil, 2010), que introduziu as redes de atenção à saúde (RAS) no âmbito nacional e estabeleceu as diretrizes para sua estruturação nas regiões de saúde. As redes estabelecidas são: Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/11); Rede de Urgência e Emergência – RUE (Portaria GM/MS nº 1.600/11); Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria GM/MS nº 3.088/11), para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências – Viver Sem Limites (Portaria GM/MS nº 793/12); e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 438/14).

Em 2006, foi instituído o Pacto pela Saúde, com o objetivo de impulsionar a regionalização, mantendo os instrumentos de gestão e planejamento do NOAS 2001 e acrescentando mais três: cinco grandes blocos de financiamento; o Termo de Compromisso de Gestão, assinado pelos estados e municípios para fins de repasse financeiro federal, conforme objetivos e metas definidos; e os indicadores de monitoramento do Termo de Compromisso e Gestão (Rocha *et al.*, 2022).

O Decreto nº 7508, de junho de 2011, propôs uma inovação ao instituir o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um acordo firmado entre os gestores das três esferas do governo definindo responsabilidades, indicadores e metas para o provimento de serviços de saúde, e com valor jurídico reconhecido, passível de penalidades caso não fosse cumprido. A partir desse Decreto, as regiões de saúde passaram a ser definidas como “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Saúde, 2011).

Com a necessidade de revisão do processo de regionalização, foi pactuada, em março de 2018, a Resolução CIT nº 37, instituindo as macrorregiões de saúde, definidas como espaços ampliados e resolutivos com capacidade de organizar a RAS em todo o país.

Diante de um cenário de desfinanciamento do SUS e regionalização, o desafio de ofertar serviços hospitalares em unidades de pequeno porte se torna ainda mais penoso, com uma tabela congelada há 20 anos e diversos modelos de remuneração aos serviços que por vezes geram mais competitividade entre os municípios e os blocos assistenciais. Assim, empenhar-se em manter os serviços básicos acessíveis à população é o principal objetivo.

3.2 Dificuldades, dilemas e proposições para serviços de saúde em municípios de pequeno porte (MPP)

A literatura sobre atenção à saúde em municípios de pequeno porte (MPP) abarca diferentes serviços, problemas, regiões do país e metodologias. Sem ter a intenção de apresentar uma revisão exaustiva da literatura, esta seção apresenta uma seleção de trabalhos que permitem conhecer essa variedade de estudos e levantar questões sobre dificuldades, dilemas e proposições para serviços de saúde em municípios de pequeno porte que possam ser discutidos a partir dos resultados da presente pesquisa.

Muitos trabalhos têm os MPP como objeto simplesmente como recorte de pesquisa. Outros, contudo, vão além ao realizar suas análises a partir do contexto específico da atenção à saúde em MPP, oferecendo aprendizados particulares para uma compreensão mais geral do problema. Vamos descrever algumas pesquisas que trazem resultados relacionados às diversas redes e integrações de saúde em MPP.

Trabalhos sobre a atenção primária em municípios de pequeno porte apontam para a insuficiência dos serviços no atendimento das necessidades, o não-funcionamento de unidades em todos os dias da semana, com diferenças regionais entre as queixas - como a prevalência da dificuldade de acesso pelo tempo para chegar às unidades nas regiões Centro-Oeste e Norte. (Carvalho *et al.*, 2018, p. 462-469)

Estudo aponta a baixa integração da atenção primária às redes de atenção à saúde em MPP, indicando fraqueza de instrumentos de integração e barreiras ao acesso à atenção especializada. Ressalta, ainda, que a grande dificuldade para a garantia de acesso aos serviços especializados pelos municípios de pequeno porte não reside somente na pouca integração da APS na RAS. As dificuldades também estão relacionadas à insuficiente oferta de serviços especializados nas regiões de saúde, situação que denota os vazios assistenciais e evidencia quão distante de uma regionalização eficiente está o SUS (Vieira *et al.*, 2017, p. 448-461).

Média-Alta Complexidade, Redes de Atenção à Saúde (RAS) e Atenção Hospitalar

Segundo Silva *et al.* (2017), no artigo “Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso”, relata que algumas características do sistema de saúde brasileiro contribuem para a dificuldade de garantia de

acesso na atenção de MC no SUS, sobretudo características relativas à organização do sistema, ao financiamento em saúde, à disponibilidade de profissionais médicos e à relação com o setor privado. Na região estudada, a sobrecarga financeira assumida pelos municípios relacionada ao gasto total em saúde, a carência de profissionais especialistas e a consequente insuficiente/inexistente oferta de consultas em várias especialidades, bem como a dependência do setor privado, contribuem para a magnitude do problema.

Outro fator citado que contribui para o problema em questão é o crescente distanciamento das instâncias federal e estadual de suas atribuições, tanto no que diz respeito ao financiamento quanto à gestão do sistema, sobretudo em relação à regionalização.

Vigilância em saúde

Quanto à vigilância em saúde, pesquisa qualitativa revela desvalorização da atividade da vigilância em saúde e a falta de planejamento na atividade em MPP, associadas a dificuldades desses municípios para assumir essas responsabilidades descentralizadas, devido à carência de profissionais e falta de recursos financeiros (Recktenwaldt *et al.*, 2017, p. 367-381).

Gestão e financiamento

Pinafo *et al.* (2020), em “Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte”, apontam a capacidade insuficiente para realização da gestão no SUS em ofertar uma atenção integral em MPP, sugerindo necessidade de políticas que tirem os MPP de ações isoladas.

Estudos evidenciam que o tamanho dos municípios é um importante determinante de sua eficiência na área de saúde. Pesquisa desenvolvida com municípios paulistas demonstrou que pequenas municipalidades apresentam maior gasto *per capita* em saúde e oferecem piores condições de assistência e acesso a esses serviços. Tal evidência estaria relacionada, em grande medida, à economia de escala. A explicação para a economia de escala estaria no fato de municípios maiores possivelmente possuírem grandes centros de atendimento de saúde, o que permite diluir os custos fixos de infraestrutura em mais atendimentos, e na possibilidade de concentrar mais equipamentos, além de possíveis ganhos de sinergia decorrentes da interação entre muitos profissionais de saúde (Mazon, 2021, p. 1521-1532).

3.3 Assistência hospitalar em municípios pequenos: mecanismos de financiamento de hospitais, como se combinam recursos próprios e recursos transferidos por diversos meios

Carpanez e Malik (2019) fazem um trajeto histórico da assistência hospitalar brasileira no estudo sobre o efeito da municipalização no sistema hospitalar, especificamente os hospitais de pequeno porte (HPP). No texto, mencionam que, até a Idade Média, os hospitais eram organizações ligadas a ordens religiosas, com funções de assistência social e de assistência à saúde. Com o surgimento dos Estados Nacionais após o século XVII, as assistências se separaram e os hospitais ficaram somente com a função da saúde.

Foi na década de 1970 que ocorreu a maior expansão hospitalar no Brasil; tal aumento se deu à custa de hospitais privados, em geral de caráter filantrópico, como as Santas Casas de Misericórdia. Com o agravamento das iniquidades do sistema, os novos hospitais públicos, inaugurados a partir de 1990, em sua maioria municipais, apresentavam em média 50 leitos e mantinham o padrão de baixa complexidade tecnológica dos hospitais privados da década de 1970. Algumas mudanças ocorreram nesse período; com a descentralização das responsabilidades e as Normativas Operacionais do SUS já mencionadas, os hospitais públicos deixaram de ser geridos pela instância federal em sua maioria e passaram à gestão municipal, além de se tornarem os menores do país, em termos de número de leitos e densidade tecnológica.

Em 2004, a fim de organizar a assistência hospitalar prestada pelos hospitais de pequeno porte, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, através da Portaria nº1.044, de 1º de junho, com uma proposta de organização e financiamento que estimula a inserção desses hospitais na RAS (Rede de Assistência à Saúde). Tal portaria estabeleceu critérios qualitativos e quantitativos para adesão à política proposta, apresentando um quantitativo de leitos para a referida classificação diferente dos mencionados na Portaria Ministerial nº2.224, de dezembro de 2002, revogada em 2003, mas ainda muito utilizada como parâmetro classificatório, em que afirma que esses hospitais devem possuir até 50 leitos.

Dentre os indicadores qualitativos, a portaria menciona um referencial para cálculo de leitos nas regiões dessas unidades de saúde, como a necessidade de internações de baixa e média complexidade estimada em 5% da população abrangente, com taxa de ocupação de 80% e tempo médio de permanência de 5 dias. Define, ainda, a respeito do custeio dessas unidades

de forma global, porém não traz nenhum referencial de valor. Define também que o valor de custeio será normatizado pela Secretaria de Atenção à Saúde. No artigo 14, veda o credenciamento de novos hospitais desse porte pelo SUS em todo o território nacional, bem como o investimento para construção, levando em consideração os parâmetros mencionados anteriormente para necessidade de leitos.

Em 28 de junho de 2004, foi publicada a Portaria nº 287, instituindo o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, regulamentando assim a Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004. Quanto ao faturamento hospitalar, estabelece o valor de R\$ 1.473,00 por leito/mês para o cálculo do orçamento global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. A portaria ainda estabelece que os ambulatórios serão remunerados mediante a produção realizada, a programação estabelecida e a tabela SUS.

Posteriormente, foram publicadas mais três portarias estruturantes da Política Nacional dos HPP: nº. 94/2005, que dispõe sobre a implantação e operacionalização; nº. 852/2005, que altera critérios de inclusão dos HPPs; e nº. 1955/2006, que aumenta o indicador de necessidade de internação ano de 5% para 6%.

Quanto às perspectivas de financiamento desses hospitais, seria por meio da produção faturada, de acordo com a Portaria Consolidada nº 06/ 2017, que trata de financiamento, descrevendo que o bloco de atenção à média e alta complexidade (MAC) é constituído por dois componentes: componente Limite Financeiro da MAC e componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). Este último está relacionado aos procedimentos que não possuam parâmetros que permitam a definição de limite de financiamento por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de MAC que possui teto estabelecido. O modelo de remuneração aplicado para este financiamento é o *fee for service*, com teto para faturamento da produção, considerando a distribuição de recurso MAC realizada pelo Estado. Ainda sobre financiamento, no estado do Rio de Janeiro foi criado, em 2009, através da Resolução SESDEC nº 843/2009, o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), voltado para municípios com até 115 mil habitantes. O programa tinha por objetivo o incentivo financeiro e o apoio técnico através das orientações e visitas técnicas.

A assistência hospitalar é uma das áreas responsáveis pelo aumento dos gastos em saúde, tendo seu protagonismo fortalecido no século XX. Estudos apontam que hospitais com menos de 200 leitos tiveram sua eficiência reduzida, e alguns países adequaram sua assistência

hospitalar com o objetivo de se concentrar nos grandes centros urbanos (Carpanez; Malik, 2017), o que no Brasil foi planejado através da regionalização.

Em relatório mundial de saúde de 2015, Dra. Margaret Chan, então diretora geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), aconselha os países:

Num tempo de dinheiro escasso, o meu conselho aos países é este: antes de cortarmos nas despesas em saúde, procuremos primeiro as oportunidades para aumentar a eficiência. Todos os sistemas de saúde, em toda a parte, podem fazer melhor uso dos seus recursos, seja por melhores práticas de aprovisionamento, um uso mais generalizado de produtos genéricos, melhores incentivos aos prestadores, ou mecanismos financeiros e administrativos mais fluidos. (Chan, 2015).

Nesse mesmo relatório de saúde, estimou-se que 20%-40% dos gastos em saúde são atualmente desperdiçados por ineficiência, e que investir de modo mais inteligente ajuda os países a chegarem perto da cobertura universal, sem causar aumento de gastos. Então, o ponto de discussão do financiamento da saúde não se dá somente na questão do aumento dos recursos investidos, mas também na forma como esse recurso é executado.

A OMS, em 2010, descreveu as 10 principais causas de ineficiência em serviços de saúde, dentre elas: internações hospitalares desnecessárias, tempo de permanência acima do desejado, baixa utilização das infraestruturas hospitalares e dimensão hospitalar inapropriada (Carpanez; Malik, 2017). Considerando tal análise e a responsabilidade designada aos municípios de executarem os recursos, torna-se necessário um olhar atencioso na execução de recursos em municípios de pequeno porte, principalmente na assistência hospitalar local.

Em 2017, existiam 6.787 hospitais no Brasil, sendo 62,3% com menos de 50 leitos (Carpanez; Malik, 2017). Unidades de pequeno porte representam 62% dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde brasileiro e 78% realizam internações SUS, no período de 2004 a 2006 (Ugá; López, 2006). Segundo dados do Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz, o estado do Rio de Janeiro possuía, em 2021, 329 estabelecimentos de pequeno porte, dos quais 142 com vínculo com o SUS.

Segundo Carpanez e Malik (2017), diversos estudos evidenciam que a melhoria na eficiência do parque hospitalar deve ser um objetivo dos governos; em todos os sistemas de saúde, os hospitais se apresentam como estruturas fundamentais, executando a maior parte das ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento imediato) e terciária (prevenção de incapacidades e reabilitação).

Então, entender e estudar os sistemas hospitalares pode fornecer subsídios para melhorar a eficiência, a eficácia e a efetividade nas ações de saúde, bem como aprimorar o planejamento nas ações dos sistemas de saúde. Nota-se que a assistência hospitalar em hospitais de pequeno porte é um desafio para seus gestores; nessa perspectiva, vamos nos deter na região centro sul do estado do Rio de Janeiro, especificamente no município de Mendes, a fim de caracterizar a assistência hospitalar local e seus desafios mediante a Política Nacional estabelecida e o Programa Estadual citado.

4 RESULTADOS

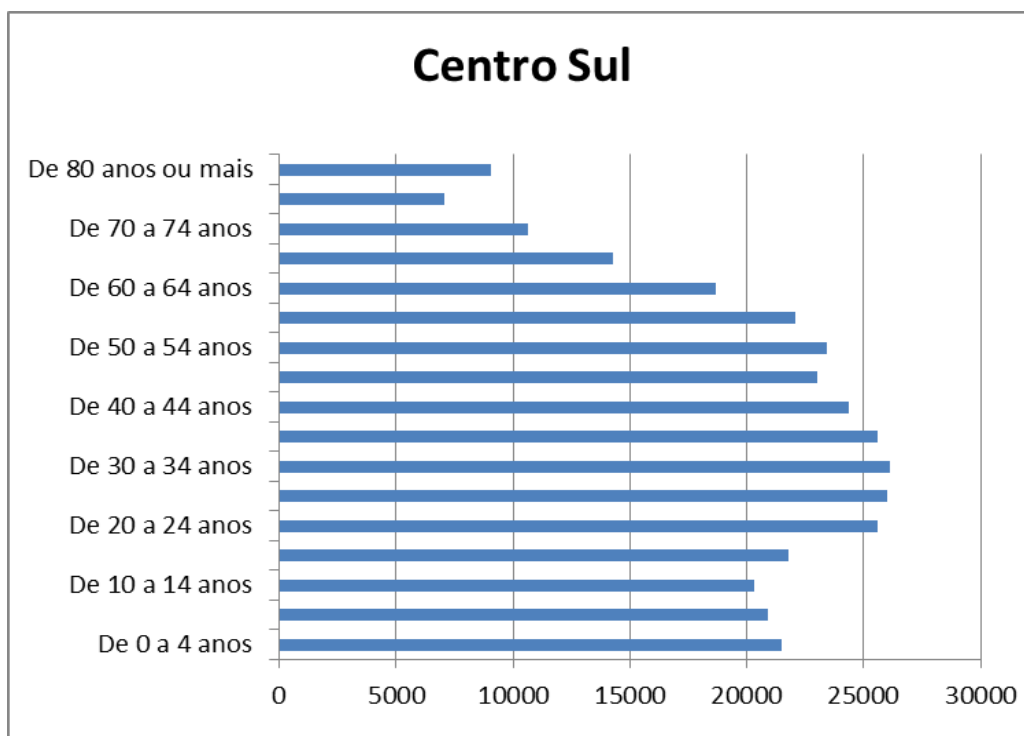
Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos, que se desdobraram em três eixos: assistência hospitalar em municípios da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro; caracterização de uma unidade hospitalar em um município pequeno no interior do Rio de Janeiro; e conclusão. Cabe ressaltar que a Região não tem plano assistencial hospitalar; a descrição física das unidades consta no plano da rede de urgência e emergência, sendo o último pactuado em 2018; em 2020 não foi pactuado, considerando modificações provisórias devido à Pandemia de Covid-19. Houve agendamento de reunião com os municípios para início do plano assistencial hospitalar regional; no entanto, pela troca de gestores na região, a reunião foi adiada, aguardando estabilidade na gestão dos municípios para continuidade das discussões.

4.1 Assistência hospitalar em municípios da região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro

O estado do Rio de Janeiro é uma das menores Unidades da Federação, mas é a terceira mais populosa do país, dividida em 92 municípios, oito regiões administrativas e nove regiões de saúde. As regiões de saúde são: Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste, Serrana, Baía de Ilha Grande, Litorânea, Médio Paraíba e Centro-Sul. Vamos nos deter na Região Centro-Sul.

A região Centro-Sul Fluminense corresponde à área do Vale do Paraíba que faz divisa com o estado de Minas Gerais. Possui uma área geográfica de 3.222.162 km² e população estimada de 340.526 habitantes em 2019. É formada por 11 municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. Cinco destes são considerados de pequeno porte, ou seja, com menos de 20 mil habitantes.

Figura 2. Distribuição da população da Região Centro Sul por faixa etária



Fonte: Elaboração própria, com dados 2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVSA/DAENT/CGIAE.

Segundo o Diagnóstico Regional de Saúde da região, Mendes e Miguel Pereira são conhecidas como as cidades dos aposentados, por apresentarem os mais elevados índices de envelhecimento do Centro-Sul. Apresentam também as menores relações de substituição de gerações, quase atingindo o nível onde não há substituição; isto significa que a população irá começar a diminuir. Constatase que é uma prioridade da região aprimorar estratégias relacionadas às políticas de prevenção e promoção das doenças nos idosos, em decorrência do envelhecimento da população.

Ainda de acordo com o Diagnóstico Regional de Saúde da região de 2020 (Rio de Janeiro, 2020), cerca de 87% da população residente não possuem plano ou seguro de saúde. Em relação à despesa com saúde com recursos próprios no ano de 2019, todos os municípios alcançaram o mínimo constitucional (de 15% do total).

Tabela 1. Percentual de aplicações em ações e serviços de saúde (2019) nos municípios da região de saúde Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2019

Município	Percentual de aplicações em ações e serviços de saúde (2019)
Areal	26,76
Com. Levy Gasparian	25,5
Eng. Paulo de Frontin	34,99
Mendes	18,75
Miguel Pereira	22,64
Paracambi	24,38
Paraíba do Sul	23,7
Paty do Alferes	25,2
Sapucaia	19,55
Três Rios	16,93
Vassouras	20,73

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Segundo a Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as Redes de Atenção à Saúde são caracterizadas por relações horizontais entre os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde, que é a coordenadora do cuidado em todos os pontos. A portaria ainda menciona que a organização das redes depende de uma definição com limites geográficos, população abrangida e o estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região. Sendo assim, descrevemos a seguir a rede de saúde da região Centro-Sul, dividida em Vigilância em Saúde, Atenção Básica, Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Atenção Especializada.

Vigilância em Saúde

A Portaria Ministerial nº3.252, de 22 de dezembro de 2009, estabelece que o trabalho da vigilância é feito sob a ótica da integralidade do cuidado, o que inclui tanto a abordagem individual como a coletiva dos problemas de saúde. De acordo com o Diagnóstico Regional,

os principais desafios da região são a definição de responsabilidades e a consolidação de redes de atenção à saúde, a compatibilização de territórios e a eleição de prioridades.

Destacamos a cobertura das vacinas selecionadas no ano de 2019 na região:

Tabela 2. Cobertura de imunizações - Região Centro-Sul

Imunizações - Cobertura - Brasil							
Coberturas Vacinais por Imuno segundo Município							
Região:3 Região Sudeste; Unidade da Federação:Rio de Janeiro; Região Centro-Sul;							
Município	BCG	Hepatite B	Penta	Pneumocócica	Poliomielite	Tríplice Viral D1	Tríplice Viral D2
Total	84,32	47,49	47,49	79,03	67,51	90,90	70,61
330022 AREAL	86,74	64,09	64,09	93,92	92,27	115,47	96,13
330095 COMENDADOR LEVY GASPARIA	90,52	60,34	60,34	113,79	99,14	69,83	101,72
330180 ENGENHEIRO PAULO DE FRONTI	130,58	104,13	104,13	151,24	144,63	183,47	154,55
330280 MENDES	81,68	36,63	36,63	66,34	48,51	91,09	63,86
330290 MIGUEL PEREIRA	107,48	48,29	48,29	100,00	85,36	103,74	89,10
330360 PARACAMBI	74,20	42,00	42,00	79,28	67,80	80,04	69,11
330370 PARAIBA DO SUL	89,25	55,02	55,02	83,87	79,93	99,28	90,50
330385 PATY DO ALFERES	74,51	30,15	30,15	72,79	53,19	78,92	60,54
330600 TRÊS RIOS	88,78	43,22	43,22	62,98	49,41	78,06	54,61
330620 VASSOURAS	59,10	50,51	50,51	77,51	69,53	98,98	50,10
Gerado em 13/06/2023 as 18:25:57							

Fonte: Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI/CGPNI/DEIDT/SVS/MS).

Percebe-se a importante irregularidade na cobertura das vacinas nos municípios da região, com destaque para a baixa cobertura da hepatite B, penta e poliomielite, comparada à meta nacional de 95%. Somente o município de Engenheiro Paulo de Frontin ficou acima da meta nacional de cobertura em todos os imunobiológicos.

Núcleo Descentralizado de Vigilância em Saúde - NDVS

Os Núcleos Descentralizados de Vigilância em Saúde (NDVS) foram instituídos nas nove regiões de saúde do estado pela Resolução SES nº2736, de setembro de 2005, cujo objetivo principal é de estruturar a Vigilância em Saúde, descentralizando-se as ações para todos os municípios, a fim de minimizar as desigualdades regionais. A Resolução nº 8, de novembro de 2016, da Comissão Intergestores Tripartite, agrupou os indicadores nos temas Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde e Mortalidade. É no Grupo de Vigilância à Saúde que

encontramos o indicador de percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Vigilância Sanitária consideradas necessárias a todos os municípios no ano. Segue abaixo tabela do ano de 2019.

Tabela 3. Indicador 20 - Proporção de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas - % de municípios que cumpriram a meta por ano segundo Município da Região de Saúde Centro Sul, 2019

Região de Saúde: Centro-Sul – 33003 / Ano:2019		
Município	2019	Total
Total	45,5	45,5
Areal	0,0	0,0
Comendador Levy Gasparian	0,0	0,0
Engenheiro Paulo de Frontin	100,0	100,0
Mendes	100,0	100,0
Miguel Pereira	100,0	100,0
Paracambi	0,0	0,0
Paraíba do Sul	100,0	100,0
Paty do Alferes	0,0	0,0
Sapucaia	0,0	0,0
Três Rios	100,0	100,0
Vassouras	0,0	0,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Em 2019, somente cinco municípios da região realizaram o mínimo de seis grupos de ações de Vigilância Sanitária, o que gerou um índice abaixo no indicador regional.

Atenção Básica

A capacidade instalada na Atenção Básica é mensurada, em âmbito nacional, pela cobertura populacional estimada. A região Centro-Sul apresentou, em 2019, uma cobertura populacional de 96,5% pelas equipes de Atenção Básica, e com exceção do município de Paracambi, todos os demais possuem cobertura estimada de 100%. A maior cobertura estadual comparada às demais regiões.

Tabela 4. Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica - dados anuais até 2020

Região de Saúde: Centro-Sul – 33003 / Ano: 2019		
Município	2019	Total
Total	96,5	96,5
Areal	100,0	100,0
Comendador Levy Gasparian	100,0	100,0
Engenheiro Paulo de Frontin	100,0	100,0
Mendes	100,0	100,0
Miguel Pereira	100,0	100,0
Paracambi	77,3	77,3
Paraíba do Sul	100,0	100,0
Paty do Alferes	100,0	100,0
Sapucaia	100,0	100,0
Três Rios	100,0	100,0
Vassouras	100,0	100,0

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Tabela 5. Cobertura populacional da Atenção Básica

**Cobertura populacional da Atenção Básica por Ano segundo
Região de Saúde
Ano: 2019**

Região de Saúde	2019	Total
Total	60,9	60,9
Baía da Ilha Grande	87,1	87,1
Baixada Litorânea	63,8	63,8
Centro-Sul	96,5	96,5
Médio Paraíba	89,2	89,2
Metropolitana I	52,3	52,3
Metropolitana II	77,3	77,3
Noroeste	78,9	78,9
Norte	59,8	59,8
Serrana	63,4	63,4

Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS.

Quanto à capacidade instalada de Saúde Bucal na Atenção Básica, a estimativa é um pouco menor que a da Atenção Básica, chegando a 92,9% da estimativa regional. Paracambi é o município com menor indicador (68,6%), seguido de Miguel Pereira (74,7%) e Mendes (92,9%).

Embora os municípios da região apresentem uma elevada cobertura de Atenção Básica e Saúde Bucal, a composição de equipes completas e manutenção delas ainda é um importante desafio. O Programa Mais Médicos atenua provisoriamente a dificuldade de provisão e fixação encontrada pelos municípios. A Região Centro-Sul, até agosto de 2018, segundo o relatório do Ministério da Saúde (e-Gestor), possuía 116 equipes da família e 35 profissionais do Programa.

Redes Temáticas de Atenção à Saúde

Segundo Portaria Ministerial nº 4.279/2010, às Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram criadas com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado, através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que são integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão.

As Redes Temáticas de Atenção à Saúde Prioritárias do Ministério da Saúde são: a) Rede Cegonha; b) Rede de Atenção Psicossocial; c) Rede de Atenção às Urgências e Emergências; d) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e e) Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas (está sem pactuação em CIB).

Rede Cegonha

O Plano de Ação Regional da Rede Cegonha da região foi pactuado em Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), através da Deliberação CIB-RJ nº 2.713, de 30 de dezembro, sendo aprovado apenas posteriormente, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.634/2015. É um dos instrumentos de planejamento da atenção materno-infantil no que se refere à gravidez, ao parto e ao nascimento, incluindo os fluxos assistenciais das maternidades de risco habitual e alto risco e à criança até os dois anos.

Tabela 6. Rede cegonha - Unidades de referência para Pré-Natal e Parto e Nascimento - Região Centro-Sul do ERJ

Municípios	Pré-Natal		Parto & Nascimento	
	Risco Habitual	Alto Risco	Risco Habitual	Alto Risco
Areal	AB e Policlínica Municipal	Policlínica Municipal	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Hospital Universitário de Vassouras*
Com. Levy Gasparian	AB e Policlínica Altino Alves Moreira	Policlínica Altino Alves Moreira	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Hospital Universitário de Vassouras*
Eng. Paulo de Frontin	AB	Policlínica de Engenheiro Paulo de Frontin	Hospital Universitário de Vassouras*	Hospital Universitário de Vassouras*
Mendes	AB e CASMCA Maria Eliza Malheiros	CASMCA Maria Eliza Malheiros	Hospital Universitário de Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras*
Miguel Pereira	AB	Posto de Saúde Senador Roberto Campos	Hospital Universitário de Vassouras*	Hospital Universitário de Vassouras*
Paracambi	AB	Regulação SER (Hospital da Mulher São João de Meriti)	Hospital Universitário de Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras*
Paraíba do Sul	AB e Casa da Mulher Vereadora Maria Minervina Dutra	Casa da Mulher Vereadora Maria Minervina Dutra	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Hospital Universitário de Vassouras*
Paty de Alferes	AB	CF Dr Cesar Francisco Ferreira Gomes	Hospital Municipal de Miguel Pereira	Hospital Universitário de Vassouras*
Sapucaia	AB	Centro de Atenção à Saúde da Mulher	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Hospital Universitário de Vassouras*
Três Rios	AB e Saúde da Mulher	Saúde da Mulher	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	Hospital Universitário de Vassouras*
Vassouras	AB	Hospital Universitário de Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras*	Hospital Universitário de Vassouras*

Fonte: Comissão Intergestores Regional Centro Sul (Plano de Ação Regional da Rede Cegonha pactuado em 2017)

Apesar de o Hospital Universitário de Vassouras aparecer como referência em parto e nascimento de alto risco, ele não recebia pela habilitação do serviço, mantendo até 2022, ano em que a portaria de habilitação foi publicada, o pleito pela habilitação do serviço. Quanto à capacidade instalada dos leitos obstétricos, os dados estão na tabela a seguir.

Tabela 7. Capacidade instalada leitos obstétricos e complementares – Região Centro-Sul do estado do Rio de Janeiro

Município	Estabelecimentos por Município	Leitos obstétricos		UTI neonatal		UCINCo		UCINCa		UTI adulto em hospitais que realizam parto	
		Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS	Existentes	SUS
Miguel Pereira	Hospital Municipal de Miguel Pereira	19	19	0	0	0	0	0	0	0	0
Paraíba do Sul	Hospital Nossa Senhora da Piedade	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Três Rios	Hospital de Clínicas N. Sra da Conceição	16	16	0	0	0	0	0	0	10	9
Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras	16	16	10	10	8	8	4	4	25	20
Total		63	62	10	10	8	8	4	4	35	29

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul, 2020.

Rede de Atenção Psicossocial

A região enfrentou dificuldades na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dispositivos fundamentais para o processo de alta/desinstitucionalização dos internos em regime de longa permanência nas instituições psiquiátricas. Na região Centro-Sul existiam, ainda em 2019, dois hospitais psiquiátricos - um em Vassouras, com 138 leitos e o outro em Três Rios, com 160 leitos -, o que pode ter sido uma das causas de dificuldades para implantação de SRT e de leitos de saúde mental em hospital geral.

Tabela 8. Serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial da região Centro-Sul

Municípios	Pop Residente 2015	CAPS I	CAPS II	CAPSI	CAPSad	CAPSad III	SRT	Leitos SHR
Areal	11.970							
Com. Levy Gasparian	8.250	01						
Eng. Paulo de Frontin	13.626	01					03	
Mendes	18.099	01					01	02
Miguel Pereira	24.842	01						04
Paraíba do Sul	42.356	01			01			
Paty do Alferes	26.818	01						
Paracambi	49.521		01	01	01		19	12
Sapucaia/Chiador-MG	17.606	01						
Três Rios	79.264		01			01		
Vassouras	35.432	01						
Total	327.784	08	02	01	02	01	23	18

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul 2020.

Rede de Atenção à Urgência e Emergência

Instituída em setembro de 2015 através da Portaria Ministerial de habilitação nº1.609, estabeleceu custeio federal para as portas de entrada hospitalares e qualificação dos leitos de terapia intensiva já existentes.

Tabela 9. Pactuação do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência da região Centro-Sul

Componente Hospitalar							
Município	Estabelecimento	Porta de Entrada Tipo I		Porta de Entrada Tipo II		Qualificação – Leitos de UTI	
		Físico	Financeiro (Anual)	Físico	Financeiro (Anual)	Físico	Financeiro (Anual)
Três Rios	Hospital de Clínicas Nossa Senhora Conceição	1	2.400.000,00			7	738.783,36
Vassouras	Hospital Universitário Sul Fluminense			1	3.600.000,00	6	633.242,88
Vassouras	Hospital Eufrásia Teixeira Leite					3	316.621,44
Total de Recursos		1	2.400.000,00	1	3.600.000,00	16	1.688.648

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

SAMU

O componente Samu está em funcionamento desde 2012, através da Portaria Ministerial nº 1.753, publicada em 17 de agosto. A Central Regional Médica de Urgência - SAMU 192 fica localizada no município de Três Rios. O município de Mendes e Paty do Alferes, no primeiro momento de pactuação do plano regional, não receberam bases descentralizadas, sendo pactuado consórcio entre Mendes e Engenheiro Paulo de Frontin, Paty do Alferes e Miguel Pereira.

Tabela 10. Atualização do Plano de ação Regional da Rede de Urgência e Emergência

Região Centro Sul - Custeio do Ministério da Saúde				
Município	Frota	Valor Mensal (R\$)	Valor Anual (R\$)	Portarias
Areal	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 1.088 de 23/05/2014
Com. Levy Gasparian	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 3.188 de 27/11/2017
Eng. Paulo de Frontin	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 3.672 de 14/11/2018
Mendes	CONSORCIADO A ENG PAULO de FRONTIN			
Miguel Pereira	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 2.528 de 8/11/2012
Paracambi	1 USB	Pertence ao CISBAF (Baixada Fluminense)		Habilitada – Portaria nº 3.084, de 07/10/2010 Renovação de frota – Portaria nº 4.298 de 27/12/2018
Paraíba do Sul	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 1.753 de 17/08/2012 (NÃO RECEBEU de 01/2015 a 07/2015)
Paty do Alferes	CONSORCIADO A MIGUEL PEREIRA			Elegível a receber 01 USB – Portaria nº 4.299 de 27/12/2018
Sapucaia	1 USB	13.125,00	157.500,00	Habilitada - Portaria nº 1.753 de 17/08/2012
CRMU Três Rios	CRMU	52.605,00	631.260,00	Requalificadas - Portaria nº 3.730, de 22/11/2018.
Três Rios	1USA / 1USB	70.140,00	841.680,00	
Vassouras	1 USA / 1 USB	51.625,00	619.500,00	Habilitada - Portaria nº 3.145 de 28/12/2012 Renovação de frota – Portaria nº 4.298 de 27/12/2018
Total	1 CRMU / 2 USA / 8 USB	253.120,00	3.037.440,00	

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h

Em relação à Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24h, em 2018, através da Portaria ministerial nº3.390, foi habilitada e qualificada uma UPA regional localizada no município de Três Rios.

Atenção Domiciliar

Somente o município de Três Rios foi habilitado, através da Portaria ministerial nº 826, de 23 de julho de 2013. Os demais municípios mantitnham, até 2019, seus pleitos junto ao Ministério da Saúde.

Tabela 11. Quantitativo de equipes multidisciplinares de atenção domiciliar (EMAD) e equipes multidisciplinares de apoio (EMAP) pleiteadas ao Ministério da Saúde

Município	EMAP	Custelo Mensal (R\$)	Custelo Anual (R\$)	EMAD	Custelo mensal (R\$)	Custelo anual (R\$)
Areal/Corn. Levy Gasparian	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Miguel Pereira	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Paracambi	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Paralba do Sul	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Paty do Alferes	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Três Rios	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
Vassouras	1	6.000,00	72.000,00	1	50.000,00	600.000,00
			504.000,00			4.200.000,00
Total Previsto R\$ 4.704.000,00						

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul 2020.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD

O Plano de Ação Regional da rede foi pactuado em 2014 através da Deliberação CIB/RJ nº 2.796. Através da Portaria GM/MS nº 1.027, de 8 de outubro de 2014, a região foi contemplada com a habilitação de um CER Tipo II nas modalidades física e intelectual no município de Três Rios. Em 2018, pactuou atualização dos pleitos conforme quadro 2, a seguir.

Quadro 2. Atualização do Plano de Ação Regional de Cuidados à Pessoa com Deficiência Centro-Sul - 2018/2021 com a tabela escalonada de acordo com a prioridade dos pleitos

Município	Serviços	Proposta de CER/ Oficina	Modalidade Reabilitação	Tipo de Investimento
Vassouras	A habilitar e construir	Tipo II	Física e Intelectual	Construção, equipamentos e custeio
Três Rios	A habilitar e construir	Tipo IV	Física, Intelectual, Auditiva e Visual	Construção, equipamentos e custeio
	A habilitar e construir	Oficina Ortopédica	-----	Construção, equipamentos e custeio
Miguel Pereira	A habilitar e construir	Tipo II	Física e Intelectual	Construção, equipamentos e custeio
Paralba do Sul	A habilitar e construir	Tipo II	Física e Intelectual	Construção, equipamentos e custeio

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul 2020.

Atenção especializada

A assistência de média e alta complexidade deve cumprir a função de garantir a integralidade do cuidado sempre que as condições de saúde exigirem. Desta forma, a regionalização deve

cumprir fundamental papel para o planejamento em saúde, observando a economia de escala na programação de recursos e na organização dos serviços para conformação de redes hierarquizadas.

Atenção ambulatorial

Quanto à estrutura física da atenção ambulatorial, segue tabela abaixo.

Tabela 12. Estabelecimentos de saúde, por tipo, nos municípios da Região Centro-Sul

CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil					
Quantidade por Município e Tipo de Estabelecimento					
Região: 3 Região Sudeste					
Unidade da Federação: Rio de Janeiro					
Município: Região Centro Sul					
Período: Dez/2019					
Município	POUCLINICA	CONSULTORIO ISOLADO	CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	Total
330022 AREAL	1	3	3	5	12
330095 COIMENDADOR LEVY GASPARIAN	1	0	2	0	3
330180 ENGENHEIRO PAULO DEFRONTIN	2	0	2	1	5
330280 MENDES	2	15	10	2	29
330290 MIGUEL PEREIRA	8	33	4	13	58
330360 PARACAMBI	0	18	11	8	37
330370 PARAIBA DO SUL	1	28	13	7	49
330385 PATY DO ALFERES	1	10	1	8	20
330540 SAPUCAIA	2	2	4	6	14
330600 TRES RIOS	6	169	59	26	260
330620 VASSOURAS	1	43	12	6	62
Total	25	321	121	82	549
Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES					

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CMES

Alta complexidade

Cardiologia

O município de Vassouras é uma referência de alta complexidade para a região, atendendo inclusive municípios de outras regiões, como é o caso de São Gonçalo, com uma população estimada de 1 milhão e 100 mil habitantes. O aumento abrupto de sua população referência necessita de discussões em relação à integralidade do cuidado e à capacidade técnica instalada dos leitos de suporte e retaguarda necessários à alta complexidade, que estão programados

para o atendimento da região Centro-Sul. Ao mesmo tempo, há de se considerar a grande capacidade técnica existente no serviço de alta complexidade, que acaba gerando ociosidade se formos considerar somente a população regional.

Quadro 3. Municípios executores da Alta Complexidade em Cardiologia do Adulto

Município Encaminhador	Cirurgia Cardiovascular	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
Areal	Vassouras, Petrópolis	Barra Mansa	Vassouras, Petrópolis	Barra Mansa	
Com. Levy Gasparian	Vassouras	Barra Mansa, Vassouras	Vassouras, Petrópolis	Barra Mansa	
Eng. Paulo de Frontin	Vassouras, Rio de Janeiro, Barra Mansa, Campos		Vassouras	Barra Mansa	
Mendes	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	
Miguel Pereira	Vassouras, Rio de Janeiro	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	
Paracambi	Vassouras, Rio de Janeiro		Vassouras	Barra Mansa	
Paraíba do Sul	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	
Paty do Alferes	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	
Sapucaia	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa, Petrópolis	
Três Rios	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	Rio de Janeiro
Vassouras	Vassouras	Barra Mansa	Vassouras	Barra Mansa	

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Apesar da execução de cirurgia vascular aparecer no município de Barra Mansa, nesse período a referência pactuada para realização do procedimento é Vassouras, que somente executou um procedimento. Barra Mansa é referência para região somente de Cirurgia Endovascular.

Quadro 4. Municípios executores de Alta Complexidade em Cardiologia Pediátrica

Município Encaminhador	Cirurgia Cardiovascular	Cirurgia Vascular	Cardiologia Intervencionista	Cirurgia Endovascular	Eletrofisiologia
Areal					
Com. Levy Gasparian					
Eng. Paulo de Frontin					
Mendes					
Miguel Pereira		Rio de Janeiro	Rio de Janeiro		
Paracambi	Rio de Janeiro				
Paraíba do Sul	Rio de Janeiro				
Paty do Alferes					
Sapucaia					
Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Barra Mansa		Barra Mansa	
Vassouras	Rio de Janeiro				

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul 2020.

A cidade do Rio de Janeiro é a única referência de cardiologia pediátrica da região; no entanto, na execução aparecem alguns procedimentos realizados no município de Barra Mansa.

Oncologia

A referência regional para alta complexidade em oncologia também é o município de Vassouras, o que gera uma característica de “polo” em alta complexidade para a região. Por não possuir habilitação em radioterapia, há uma migração no fluxo de execução de alguns procedimentos, evidenciando uma dispersão no fluxo assistencial.

Quadro 5. Referência de Alta Complexidade em Oncologia - PPI

Município Encaminhador	Quimioterapia			Radioterapia		
	Hematologia	Oncologia Clínica	Oncologia Pediátrica	Braquiterapia	Outros Proced. Radioterápicos	Radioterapia Geral
Areal	Rio de Janeiro	Vassouras, Petrópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis
Com. L. Gasparian	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis
Eng. P. de Frontin	Rio de Janeiro	Vassouras, Petrópolis	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis
Mendes	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis
Miguel Pereira	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Petrópolis
Paracambi	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda
Paraíba do Sul	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda
Paty do Alferes	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda
Sapucaia	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda
Três Rios	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda
Vassouras	Rio de Janeiro	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	V. Redonda

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul 2020.

Quadro 6. Referência de Alta Complexidade em Oncologia - PPI

Município Encaminhador	Cirurgia Oncológica - Geral		Cabeça e Pescoço
	Adulto	Pediatrico	Adulto e Pediatrico
Toda a região Centro Sul	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Ortopedia e traumatologia

A região conta com uma unidade especializada de gestão estadual, Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, localizado no município de Paraíba do Sul. Seus leitos não são contabilizados na grade de leitos regionais. No entanto, é a principal referência na alta complexidade de ortopedia e traumatologia da região.

Quadro 7. Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica do Adulto - PPI

Município Encaminhador	Coluna Vertebral e Cabeça Torácica	Cintura Escapular	Membros Superiores	Cintura Pélvica	Membros Inferiores	Traumatologia Ortopédicas Gerais
Areal	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Com. Levy Gasparian	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Eng. Paulo de Frontin	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Paraíba do Sul
Mendes	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Paraíba do Sul
Miguel Pereira	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Paracambi	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Paraíba do Sul
Paraíba do Sul	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Paty do Alferes	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Sapucaia	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Três Rios	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro
Vassouras	Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Vassouras	Volta Redonda	Rio de Janeiro

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Quadro 8. Municípios de referência para Alta Complexidade em Cirurgia Ortopédica e Traumatológica Pediátrica - PPI

Município Encaminhador	Coluna Vertebral e Cabeça Torácica	Cintura Escapular	Membros Superiores	Cintura Pélvica	Membros Inferiores	Traumatologia Ortopédicas Gerais
Areal	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Com. Levy Gasparian	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Eng. Paulo de Frontin	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mendes	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Miguel Pereira	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paracambi	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paraíba do Sul	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paty do Alferes	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Sapucaia	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Três Rios	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Oftalmologia

A região não possui referência regional para a especialidade, encaminhando seus municípios para outras regiões.

Quadro 9. Referências de oftalmologia

Município Encaminhador	Município Executor	Serviço	Referência
Sapucaia	Niterói	Hospital Univers. Antônio Pedro Hospital de Olhos Santa Beatriz	AC
		CLINOP Instituto de Olhos	MC
Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Três Rios, Vassouras	Petrópolis	Clínica de Olhos Dr. Tannure	AC e MC
Toda a região Centro Sul	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos	Reabilitação Visual

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Neurocirurgia

Quadro 10. Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia - PPI

Município Encaminhador	Município Executor							Investigação e Cirurgia de Epilepsia
	Coluna e Nervos Periféricos	Trauma e Anomalias do Desenvolvimento	Tumores do Sistema Nervoso	Tratamento da Dor Funcional	Vascular	Tratamento Neuroendovascular	Função Estereotáxica	
Areal	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Com. Levy Gasparian	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Eng. Paulo de Frontin	Rio de Janeiro, Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Mendes	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Miguel Pereira	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paracambi	Rio de Janeiro, Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paraliba do Sul	Vassouras	Três Rios	Três Rios	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Paty do Alferes	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Sapucaia	Vassouras	Três Rios	Três Rios, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Três Rios	Vassouras	Três Rios	Três Rios	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Vassouras	Vassouras	Três Rios	Rio de Janeiro, Vassouras	Rio de Janeiro	Três Rios	Itaperuna, Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro

Fonte: Diagnóstico de Saúde da Região Centro Sul 2020.

Nota-se que, apesar de o município de Três Rios possuir habilitação para a especialidade, não executa todos os procedimentos, o que pode estar relacionado à capacidade técnica instalada. Isso leva à migração dos munícipes da região para Região Metropolitana I e até mesmo para a Região Noroeste, que fica aproximadamente a 260 km de distância.

Quando a referência é pediátrica, toda a região é encaminhada para a Capital.

Atenção hospitalar - Capacidade instalada

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Centro-Sul é composta por 10 hospitais. Destes, quatro podem ser considerados de pequeno porte (menos de 50 leitos), conforme classificação da Portaria Ministerial nº 2.224 de 2002, revogada em 2003, mas ainda em uso. Um deles fica localizado em município com mais de 20 mil habitantes (Paracambi) e os demais nos municípios de pequeno porte. Nenhum deles apresenta no CNES habilitação pela Portaria nº1.044/2004, que Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. O quadro a seguir apresenta essa caracterização:

Quadro 11. Caracterização dos hospitais na região Centro-Sul (2019)

Município	Assistência Hospitalar	Leitos	Classificação	Gestão
Areal	Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	21	Pequeno porte	Municipal
Comendador Levy Gasparian	Pronto Atendimento Fernanda Monteiro Marques	0	PS	Municipal
Engenheiro Paulo de Frontin	Hospital Nelson Salles	32	Pequeno porte	Municipal
Mendes	Hospital Municipal Santa Maria	18	Pequeno porte	Municipal
Miguel Pereira	Hospital Municipal Luiz Gonzaga	102	Médio porte	Municipal - Terceirizada entidade sem fins lucrativos
Paracambi	Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça	54	Médio porte	Municipal
Paraíba do Sul	Hospital Nossa Senhora da Piedade	60	Médio porte	Entidade sem fins lucrativos conveniada SUS
	SES RJ Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu	80	Médio porte	Estadual - Terceirizada
Paty do Alferes	Referência Hosp. Miguel Pereira	0	-	-
Sapucaia	Hospital Municipal de Sapucaia (Pronto Socorro)	4	PS	Municipal
Três Rios	Hospital de Clínicas Nossa Senhora da Conceição	98	Médio porte	Entidade sem fins lucrativos conveniada SUS
Vassouras	Hospital Eufrasia Teixeira Leite	127	Médio porte	Entidade sem fins lucrativos conveniada SUS
	HUV Hospital Universitário de Vassouras	274	Grande porte	Entidade sem fins lucrativos conveniada SUS
Total		870		

Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/panorama> e
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/hospitalar>

É importante o levantamento dos indicadores da rede hospitalar, pois eles refletem não somente o desempenho da unidade, mas também a qualidade da assistência à saúde no território. Um indicador de relevância indireta para a atenção básica é a taxa de internação por

condições sensíveis à AB, conforme descrito na tabela abaixo. Através desse indicador, é possível mensurar a qualidade de acesso à atenção básica no município.

Tabela 13. Indicadores de Morbidade Hospitalar - Taxas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Básica - Região de Saúde Centro-Sul - estado do Rio de Janeiro (2017-2019)

Região de Saúde: Centro-Sul - 33003; Ano:2017-2019			
Região de Saúde/Município	2017	2018	2019
Total	24,3	25,0	22,4
Centro-Sul	24,3	25,0	22,4
..Areal	16,4	14,9	15,8
..Comendador Levy Gasparian	10,6	14,5	17,8
..Engenheiro Paulo de Frontin	37,4	29,6	28,4
..Mendes	27,9	26,3	26,9
..Miguel Pereira	28,0	28,8	24,4
..Paracambi	30,8	30,0	28,9
..Paraíba do Sul	24,2	24,6	23,7
..Paty do Alferes	28,1	32,1	24,8
..Sapucaia	18,4	18,9	17,2
..Três Rios	15,5	18,2	16,8
..Vassouras	23,6	25,4	20,4

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

O município com menor índice em 2019 é o município de Areal, seguido por Três Rios e Comendador Levy Gasparian. Por se tratar de um indicador de análise indireta da AB, cabe um maior aprofundamento quanto às causas desses números considerando que a cobertura da AB regional é a maior do estado.

Outro importante dado hospitalar é o valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A seguir, apresentamos o valor médio da AIH por complexidade no estado do Rio de Janeiro e, em seguida, a tabela com o valor médio de AIH nos estabelecimentos de saúde da região Centro-Sul.

Tabela 14. Valor médio pago pelo SUS por Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro (Nov/2019)

Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro	
Valor médio por AIH por Ano de processamento	
Ano/mês do processamento: Nov/2019	
Complexidade	2019
Alta complexidade	4.867,83
Média complexidade	1.025,58

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

A diferença do valor médio da AIH é refletida na complexidade da assistência, considerando que a alta complexidade conta com maior tecnologia o que reflete no valor dos procedimentos faturados pela tabela SUS.

Tabela 15. Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro - Região Centro-Sul (nov./2019)

Internações hospitalares aprovadas de estabelecimentos do estado do Rio de Janeiro		
Valor médio por AIH por Complexidade segundo Estabelecimento		
Ano/mês do processamento: Nov/2019; Região de Saúde do estabelecimento: Centro-Sul - 33003;		
Estabelecimento	Alta complexidade	Média complexidade
Areal - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DAS DORES	0,00	365,61
Engenheiro Paulo de Frontin - HOSPITAL NELSON SALLES	0,00	460,04
Mendes - HOSPITAL MUNICIPAL SANTA MARIA	0,00	382,63
Miguel Pereira - HOSPITAL MUNICIPAL LUIZ GONZAGA	0,00	447,58
Paracambi - HOSPITAL MUNICIPAL DR ADALBERTO DA GRACA	0,00	399,22
Paraíba do Sul - HOSPITAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE	0,00	420,07
Paraíba do Sul - SES RJ HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA DONA LINDU	3.454,89	1.231,84
Três Rios - CLINICA DE REPOUSO TRES RIOS	0,00	1.627,11
Três Rios - HOSPITAL DE CLINICAS NOSSA SENHORA DA CONCEICAO	4.727,66	1.039,14
Vassouras - CASA DE SAUDE CANANEIA	0,00	1.719,06
Vassouras - HOSPITAL EUFRASIA TEIXEIRA LEITE	0,00	3.668,34
Vassouras - HUV HOSPITAL UNIVERSITARIO DE VASSOURAS	6.090,53	1.453,51

Fonte: Internações Hospitalares: Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS

É possível observar que, além da diferença de valor relacionado à complexidade, ao analisarmos as unidades de menor porte, apesar de serem de média complexidade, o valor médio de sua AIH é menor do que o valor médio estadual. Este dado pode estar relacionado à capacidade técnica da unidade e à qualidade no processamento do faturamento, entre outros. Esta análise, no entanto, depende de estudos qualitativos futuros dessas unidades que possam apontar um melhor diagnóstico, não sendo possível esgotar aqui as diversas variáveis relacionadas.

A Região Centro-Sul possui certa organização desenvolvida através da regionalização. Com municípios de médio e pequeno porte, possui uma característica etária de envelhecimento, o que obrigará os gestores de saúde a implementarem ações que possam oferecer prevenção, promoção e recuperação à saúde de forma que garanta um envelhecimento mais saudável. O desafio da qualidade em saúde não está somente nas estruturas implantadas, mas também na sua eficiência. O efeito da municipalização também é sentido na região até os dias atuais: os municípios com menor estrutura física e financeira precisaram assumir suas responsabilidades, o que inclui a assistência à saúde. O município de Vassouras se tornou o grande polo de estrutura de serviços de saúde, possuindo o maior número de leitos e serviços de maior complexidade. Tal estrutura não é própria do município, sendo utilizada através de contratualização com filantropia. A mesma filantropia possui ainda um centro formador de saúde que abastece a região com profissionais e ensino.

Apesar da característica estrutural no município de Vassouras, duas unidades hospitalares existentes em 2019 hoje se encontram inativadas: a Casa de Saúde Cananeia, que foi desativada através da política de desinstitucionalização, e o Hospital Eufrasia Teixeira Leite, que já em 2019 estava em situação de ajuste de condutas junto ao município e Ministério Público, mantendo somente o hospital filantrópico pertencente à universidade de Vassouras. Apesar da regulação e do esforço dos demais municípios, a baixa capacidade tecnológica e assistencial acaba levando muitos pacientes a migrarem para o município e acessarem os serviços hospitalares através da emergência de porta aberta.

O município de Três Rios, apesar de ser o maior em população, não se desenvolveu de forma tão expressiva na oferta de serviços a região. Observam-se alguns vazios assistenciais para o desenvolvimento de serviços que possam estruturar melhor a região, fechando as linhas de cuidado. No entanto, assim como em outros territórios, o que é implantado por vezes são projetos que não se comunicam com a necessidade regional, fortalecendo o cenário de disputa estabelecido pelo modelo político atual. Além disso, o modelo de financiamento proposto hoje, através da tabela SUS, não tornou a proposta prevista pela Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte atrativa financeiramente, pois não garantiu o aumento de escala ou de complexidade. E o valor proposto de forma global não garante a factibilidade do custeio.

Há a necessidade de um estudo regional que possa subsidiar ações com caráter de governança regional, de forma a vocacionar os serviços de saúde existentes, ressignificando sua atuação na RAS. Se por um lado temos um prestador de serviços regional fortalecido financeiramente

pelas habilitações junto ao Ministério da Saúde, por outro, temos os HPPs que lutam por um lugar assistencial dentro da rede, para que consigam se manter financeiramente.

O município de Mendes possui uma rede de serviços de saúde que abrange desde a atenção primária à média complexidade. Ao analisarmos a região, é possível perceber que ela se enquadra no perfil dos demais municípios com características demográficas parecidas, possuindo alguns pontos peculiares do contexto histórico administrativo local. O modelo de contratação dos profissionais é um dos fatores de fragilidade preocupante, uma vez que gera muita rotatividade. Com a baixa capacidade de resolutividade na atenção primária, a porta de entrada hospitalar se tornou o principal acesso à saúde da população.

Com uma assistência hospitalar desestruturada tanto no aspecto físico quanto assistencial, o município implementou algumas ações com a intenção de suprir as necessidades sanitárias demandadas pela população. Apesar dos esforços, criou-se uma dependência em saúde em relação aos demais municípios da região, sendo Vassouras a principal referência para atendimentos, por vezes de caráter básico. A municipalização da unidade hospitalar requer da administração pública municipal capacidade técnica e de gestão que seja capaz de transformar a realidade administrativa da unidade e torná-la sustentável. Tal ação foi executada com a “promessa” de uma possível terceirização, mencionando no decreto uma instituição de ensino; no entanto, por dificuldades financeiras e orçamentárias, até o momento a unidade hospitalar se mantém sob a gestão municipal e ainda com bastantes fragilidades no aspecto estrutural e assistencial.

As unidades hospitalares com menos de 50 leitos ainda são um dilema para a gestão em saúde de municípios de pequeno porte na oferta de serviços para a população, não sendo diferente na região Centro-Sul. Vamos fazer um recorte para a unidade hospitalar do município de Mendes. Espera-se que, através deste estudo, surjam perguntas que não se esgotarão no mesmo, mas impulsionarão novas discussões em relação às unidades hospitalares de pequeno porte e sua sustentabilidade dentro da rede.

Em divulgação feita na página do Observatório de Política e Gestão Hospitalar da FioCruz, verificamos que o Estado da Bahia implementou novo Plano de Atenção Hospitalar orientado para a melhoria do acesso e a integralidade do cuidado. Em entrevista, Maria Alcina Romero Boullosa, Diretora da Atenção Especializada, relata:

Hoje cerca de 25 a 30% da nossa rede está instalada em hospitais de pequeno porte, ou seja, em hospitais com menos de 50 leitos com baixa taxa de ocupação e com pouca capacidade de resolução das situações dos usuários. Talvez esse seja o nosso grande desafio. Otimizar a capacidade instalada, melhorar o aproveitamento, ordenando o fluxo regulatório e

aproveitando melhor esses leitos, que hoje estão muito enfraquecidos, com baixo financiamento, em municípios pequenos e sem capacidade de fixação de profissionais especializados.

As mudanças desenvolvidas na Bahia partiram de motivação de governança estadual, reclassificaram as unidades hospitalares a partir da sua participação na RAS e não somente pelo número de leitos, realizaram estudos para melhor utilizarem os leitos dos hospitais de pequeno porte de forma que pudessem ser vocacionados para atender os vazios assistenciais regionais, garantindo maior escala e giro a essas unidades. Tal modelo pode servir como marco inicial de uma discussão para mudança nas propostas de planos regionais.

Diante dos fatos narrados no estudo de caso, surgem alguns questionamentos: como planejar e articular políticas de saúde de forma regionalizada, garantindo, no curto prazo, a oferta de serviços assistenciais hospitalares em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro? O que fazer para viabilizar oferta de serviços em unidades hospitalares de pequeno porte, conciliando o atendimento de necessidades sanitárias, as redes assistenciais por linha de cuidado e a viabilidade econômica? Como vocacionar a assistência hospitalar de um município de pequeno porte?

4.2. Caracterização de uma unidade hospitalar em um município pequeno no interior do Rio de Janeiro

Trata-se de unidade hospitalar localizada em um município de 18.681 habitantes, no interior do estado do Rio de Janeiro, na Região Centro-Sul, com cobertura de 100% de Estratégia de Saúde da Família. A unidade possui uma infraestrutura com 18 leitos clínicos ativos, unidade de pronto atendimento, ambulatório e um laboratório. Segue relato histórico do serviço hospitalar existente.

Em 1968, a Sociedade Amigos do referido município implantou, em uma estrutura arquitetônica, utilizada anteriormente como fábrica de fósforo e doce, os serviços de assistência hospitalar. No período, a unidade possuía oito leitos clínicos, pronto atendimento, laboratório e uma sala cirúrgica. Em um momento político obscuro da ditadura militar, em que a assistência à saúde era prestada junto com a assistência social, a unidade, sendo filantropia, recebia através de repasses de outras esferas.

Apesar de iniciativas para adequações, os serviços contavam com precariedades em sua estrutura física e assistencial, o que levou à interdição do centro cirúrgico em 1999. Considerando todos os fatores de fragilidade e inadequação ao funcionamento hospitalar, em junho de 2006, a gestão municipal optou por desapropriar a área de 2.322 metros quadrados onde estava localizado o hospital, e assumir então a prestação do serviço hospitalar municipal. Através do Decreto n°. 060, de 08 de junho de 2006, o hospital foi desapropriado com uma peculiaridade intrigante mencionada no referido decreto: a terceirização da gestão.

No artigo 2º do referido decreto lê-se:

[...] no presente instrumento que se objetiva a desapropriação dos móveis e imóveis constantes no artigo anterior, tem a finalidade precípua da implantação por si, Poder Público Municipal, por terceirização ou cessão de uso para entidade sem fins lucrativos, de nosocômio que atenda as mínimas especialidades básicas de saúde [...] (Decreto Municipal nº060, 2006).

Algumas ações foram realizadas na intenção de adequar a estrutura; no entanto, apesar de alguns esforços nesse sentido, a estrutura não conseguiu atender às normativas técnicas capazes de gerar as certidões de funcionamento junto aos órgãos sanitários de controle e fiscalização. Em 2010, a gestão municipal decidiu, através do convênio junto à esfera federal nº0276456-39, reestruturar seu centro cirúrgico, apesar de não possuir a documentação básica necessária para o funcionamento da unidade. A obra teve início em 08 de fevereiro de 2010, com término previsto para 26 de outubro de 2010, encontrando-se ainda, após 11 anos, em fase de execução.

Em janeiro de 2021, a nova gestão municipal eleita assumiu a Secretaria de Saúde e realizou o seguinte diagnóstico do hospital: unidade hospitalar sem as certidões necessárias ao seu funcionamento, com 39 leitos de atendimento clínico cadastrados no CNES, no entanto existem apenas 18 na unidade, oito leitos de atendimento à Covid-19 ativos, sem o credenciamento adequado para financiamento; unidade de pronto atendimento, quatro consultórios ambulatoriais e um laboratório em funcionamento. Com uma média de faturamento mensal segundo SIH de R\$ 16.663,75 e SIA de R\$39.246,22, totalizando uma produção de R\$ 55.909,97/mês e teto para recebimento de emendas parlamentares MAC de R\$ 404.571,99/ano. Além disso, o funcionamento com mão de obra 100% através de contratações irregulares e com inquérito civil do Ministério Público em curso, exige providências quanto às adequações nas contratações.

Com um custo estimado, segundo Fundo Municipal de Saúde, em torno de R\$ 600.000,00/mês, possui sua principal fonte de financiamento nos cofres públicos municipais.

O município apresenta uma arrecadação estimada, segundo o Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS), para 2020 de R\$ 40.962.812,96; e de 2021, R\$ 42.743.444,01, apresentando um gasto com saúde de 26,85% e 16,66% das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, respectivamente. Isso equivale a R\$ 10.480.697,44 e R\$ 8.799.750,77 por ano. Sendo assim, dos recursos municipais transferidos para saúde, estima-se que os gastos com o hospital representam 62% e 74% do total, respectivamente.

A oferta de serviços assistenciais em unidades hospitalares de pequeno porte é um desafio à saúde pública. Assim, o estudo torna-se de grande relevância ao fazer levantamento de dados que possibilitem a análise da factibilidade de sustentabilidade dessa unidade hospitalar baseada nas políticas existentes no ano de 2019 e os indicadores hospitalares da unidade no período.

Segundo o relatório Cenário dos Hospitais no Brasil 2021-2022, elaborado pela Confederação Nacional de Saúde e a Federação Brasileira de Hospitais, publicado em maio de 2022, o Brasil é um país que tem a rede hospitalar composta majoritariamente por hospitais pequenos (59%), que estão em maior número em cidades do interior (71%). O relatório aponta que houve uma redução dos hospitais privados e um aumento das unidades públicas, que pode estar relacionado à crise econômica estabelecida no período. Isso nos leva à urgente necessidade em discutirmos o papel dos hospitais de pequeno porte na RAS.

Carpanez (2019) faz uma análise do sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte dividido em quatro tópicos. Primeiro, analisa a Política Nacional para os hospitais de pequeno porte e descreve as bases legais; a seguir, faz análise da produção assistencial dos hospitais brasileiros no ano de 2017 usando as bases de dados Tabwin, CNES e SIH, além das portarias norteadoras. Depois descreve os principais indicadores hospitalares para análise de desempenho, sendo eles: média de permanência, taxa de ocupação, índice de giro de leito, índice de intervalo de substituição, porcentagem de internações por condições sensíveis à atenção básica e a taxa de mortalidade. Posteriormente, classifica os hospitais de pequeno porte em quatro grupos de desempenho, utilizando como parâmetro os indicadores de giro de leito e taxa de ocupação. Nessa categorização tem-se que o Grupo 1, denominado como de baixo desempenho, apresenta baixo giro de leitos e baixa taxa de ocupação. O Grupo 2, também denominado de baixo desempenho, apresenta alto giro de leitos, mas baixa taxa de ocupação. O Grupo 3, classificado como de desempenho intermediário, apresenta baixo giro de leitos e alta taxa de ocupação. O Grupo 4, considerado de alto desempenho, apresenta alto giro de leitos e alta taxa de ocupação.

Para análise comparativa, foi realizado levantamento nos sistemas de produção hospitalar SIH, Tabwin e CNES, a fim de mensurar os indicadores do Hospital Santa Maria (Mendes-RJ) no ano de 2019. A escolha do ano se deu pela interferência da pandemia de Covid-19 nos anos seguintes, de 2020, 2021 e 2022.

Para os cálculos, foram utilizados os referenciais de padronização da nomenclatura do censo hospitalar/MS 2002, conforme quadro abaixo:

Quadro 12. Descrição dos indicadores hospitalares selecionados

Indicadores - cálculo	
Média de permanência	$\text{N}^\circ \text{ pacientes dia no período} / \text{N}^\circ \text{ de saídas no período}$
Taxa de ocupação	$\text{N}^\circ \text{ pacientes dia no período} \times 100 / \text{N}^\circ \text{ de leitos dia no período}$
Índice de giro de leito	$\text{Total de saídas} / \text{N}^\circ \text{ de leitos}$
Índice de intervalo de substituição	$\text{Porcentagem de desocupação} \times \text{média de permanência} / \text{Porcentagem de ocupação}$
Porcentagem de internações por condições sensíveis a AB	$\text{N}^\circ \text{ de internações por doenças preveníveis} / \text{N}^\circ \text{ de internações total}$
Taxa de mortalidade	$\text{N}^\circ \text{ de óbitos após 24 horas de internação} \times 100 / \text{Total de saídas}$

Fonte: Sistema de informação hospitalar, 2019.

Tabela 16. Indicadores hospitalares selecionados - Hospital Santa Maria, Mendes-RJ (2019)

Hospital Santa Maria - 2019	
Média de permanência	4,1
Taxa de ocupação	24,89%
Índice de giro de leito	24,88%
Índice de intervalo de substituição	12,37
Porcentagem de internações por condições sensíveis a AB	26,9%
Taxa de mortalidade	12,5%

Fonte: Sistema de informação hospitalar, 2019

Tabela 17. Indicadores hospitalares selecionados - Região Sudeste

Região Sudeste	
Média de permanência	4,82
Taxa de ocupação	31,63%
Índice de giro de leito	30,33%
Índice de intervalo de substituição	152,70
Porcentagem de internações por condições sensíveis a AB	10,74%
Taxa de mortalidade	3,98%

Fonte: Carpanez (2019, p. 72).

Carpanez (2019) descreve os indicadores de todas as regiões do Brasil no ano de 2017. Ao compararmos com o resultado dos indicadores do Hospital Santa Maria, constatamos que a taxa de permanência é compatível com a média da região, assim como a taxa de ocupação e índice de giro de leito. As divergências foram encontradas no índice de intervalo de substituição, em que o Hospital Santa Maria apresentou 12,37 dias de intervalo de ocupação e a região 152,70, sugerindo a necessidade de uma revisão dos cálculos, por considerarmos a diferença muito significativa. A diferença no indicador de porcentagem de internações por condições sensíveis à AB, de 26,9 e 10,74, respectivamente, pode apontar uma fragilidade da Assistência Básica, apesar da cobertura de 100%. O fator percentual de cobertura de AB não garante que a assistência a prevenção, promoção e recuperação em saúde esteja sendo executada de forma eficaz no território. As fragilidades assistenciais e a rotatividade de profissionais na atenção primária podem ser fatores de grande impacto nos indicadores do Hospital Santa Maria.

Quanto à taxa de mortalidade, encontra-se acima do índice regional, o que pode estar relacionado à qualidade do acesso à saúde, assim como a qualidade de vida da população e até mesmo os índices etários no município de Mendes, já demonstrados aqui. Trata-se de uma cidade com baixa substituição de geração, podendo chegar à redução de população considerando o alto índice de envelhecimento.

Considerando a classificação dos grupos de desempenho mencionados por Carpanez, fica claro que a classificação do Hospital Santa Maria não diverge dos demais hospitais de pequeno porte do Brasil, que estão no grupo 1, denominado como baixo desempenho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo analisar os dilemas relacionados aos hospitais de pequeno porte (HPP), a partir de um referencial teórico embasado em publicações acerca da organização do SUS e da assistência hospitalar em municípios pequenos (Levcovitz *et al.*, 2001; Brandt, 2010). Como percurso metodológico, optamos por apresentar um estudo de caso de um Hospital de Pequeno Porte situado em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro, bem como levantamentos específicos sobre assistência hospitalar, atenção básica, redes temáticas de atenção à saúde, atenção especializada e alta complexidade, enfocando a capacidade instalada na atenção hospitalar, todos voltados para a região Centro-Sul fluminense.

A partir desses levantamentos, pudemos relacioná-los a outros estudos realizados sob o prisma da análise do sistema hospitalar brasileiro na realidade dos hospitais de pequeno porte (Carpanezi; Malik, 2019; Ugá, 2006), tecendo comparações acerca dos indicadores apontados, mas também demonstrando aspectos de caráter mais prático em relação às políticas implementadas.

Para que houvesse uma contextualização acerca da temática tratada, apresentamos também um relato de caso, em que nos debruçamos sobre a historicidade de um hospital de pequeno porte de uma cidade do interior do Rio de Janeiro, com seu marco de implantação na segunda metade do século XX, funcionando até os dias atuais. Esse relato é o enquadramento adequado para a compreensão da análise realizada nesta dissertação, uma vez que aponta diretamente para o redesenho da assistência hospitalar no município.

A contribuição dos dados aqui analisados e discutidos deu-se no sentido de apresentar um estudo específico acerca de uma realidade de hospital de pequeno porte que atende à população de um pequeno município, além da questão relacionada à factibilidade da sustentabilidade desse tipo de hospital no contexto das políticas públicas de saúde.

A administração das unidades hospitalares com menos de 50 leitos é um desafio para os gestores, considerando sua baixa escala e capacidade tecnológica. A Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte, apesar de ter sido implantada com a proposta de organizar a atuação dessas unidades na RAS, não garantiu o recurso financeiro adequado, nem o aumento de escala ou complexidade, fatores que podem gerar aumento no faturamento das unidades hospitalares.

O efeito da municipalização trouxe maior impacto quando da descentralização das responsabilidades sanitárias, uma vez que os novos municípios tiveram que cumprir com suas responsabilidades de ofertar serviços de saúde à população sem mesmo terem estrutura administrativa organizada. Apesar da descentralização das responsabilidades, os recursos para sua sustentabilidade não foram garantidos.

Com as mudanças propostas pelo SUS, alguns municípios pequenos herdaram de instituições filantrópicas, como o caso em estudo, unidades hospitalares com menos de 50 leitos e com elas a difícil tarefa de sustentabilidade. O Estado do Rio de Janeiro não possui política para os HPP bem definida, sendo o Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI) a principal forma de financiamento e até mesmo expansão, como ocorreu de forma indireta em 2022. No ano de 2023, a Secretaria Estadual não publicou a resolução para adesão ao Programa, o que vem gerando déficit para as unidades.

Neste cenário, recai sobre os municípios a responsabilidade de desenvolverem planejamento estratégico de forma que ressignifiquem essas unidades hospitalares, para que elas possam desempenhar algum papel de relevância regional, alcançando maior escala. Esta ação deveria ser proposta pelo Estado. Com o modelo político brasileiro de disputa, o desafio não se esgota somente na capacidade técnica municipal, mas também nas articulações políticas externas, uma vez que a tendência de domínio do “poder” sanitário acaba se deslocando para as mãos daqueles que possuem maior estrutura e complexidade. Não se trata de uma “guerra” entre quem pode mais, mas sim da necessidade de um desenho regional que possa incluir as unidades de pequeno porte no planejamento assistencial regional, de forma que garantam a elas participação assistencial e financeira sustentável. Através do diagnóstico regional, é possível vermos que existem vazios assistenciais nessa região.

Também é notória a vocação em alta complexidade do maior prestador de serviços da região. Sua alta capacidade técnica leva outros municípios, inclusive de outras regiões, a procurarem ajuda na prestação de serviços, aumentando assim sua população referência. Fica, entretanto, a indagação quanto à média complexidade: se já entendemos o perfil deste, cabe aos demais municípios trabalharem na integralidade do cuidado à população de forma que cubram os demais vazios regionais, com diagnóstico, recuperação e reabilitação.

Em divulgação feita na página do Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz, lemos que o estado da Bahia implementou novo Plano de Atenção Hospitalar orientado para a melhoria do acesso e a integralidade do cuidado. Reclassificou as unidades hospitalares a

partir da sua participação na rede, e não somente pelo número de leitos. Uma atuação da governança estadual nas regiões de saúde que visa utilizar as estruturas existentes que se mantinham em desuso.

Por fim, ficamos com alguns questionamentos que podem subsidiar novos estudos e acompanhamentos de casos como o mencionado aqui. É possível, mesmo com o modelo político atual, um município de pequeno porte ressignificar sua rede hospitalar, inserindo-a na RAS regional? Tal ação teria “força” através da regionalização? Seria possível, através desse caso e de provocações realizadas nas reuniões regionais, ressignificarmos a assistência hospitalar da região Centro-Sul? Hoje, vocacionar as unidades hospitalares de pequeno porte e trazer relevância assistencial para elas é uma proposta de gestão factível e que poderia garantir financiamento das demais esferas. A utilização dessas estruturas para cobrir os vazios assistenciais da região, ganhando assim escala, poderá proporcionar financiamento suficiente para sua sustentabilidade.

Alguns dilemas foram tratados e outros surgiram no percurso do estudo, que nos leva a concluir que precisamos com urgência discutir o que temos implantado em nossos municípios e que tipo de Sistema Público de Saúde estamos construindo com nossas ações.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.A.V. **Modelo da gestão financeira em hospitais privados de pequeno e médio porte da cidade do Rio de Janeiro**: uma análise focada na visão dos gestores. Dissertação de mestrado. Lisboa: ISCTE, 2009. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/2579>](http://hdl.handle.net/10071/2579).

BARBOSA, A. C. Qs. vínculos profissionais em hospitais de pequeno porte brasileiros. **Revista de Administração de Empresas**, v. 57, n. 2, p. 178–195, mar. 2017.

BRANDT, C.T. A criação de municípios após a Constituição de 1988 O impacto sobre a repartição do FPM e a Emenda Constitucional no 15, de 1996. **Revista de Informação Legislativa** pp.59-75. 2010.

BRASIL. **Lei nº 8080 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 12 de novembro de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 12 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS Nº01/1991. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS Nº01/1993. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, jan. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.044, de 01 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimula a inserção desses hospitais de pequeno porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1044_01_06_2004.html

BRASIL. **Portaria nº 287, de 28 de junho de 2004**. Institui o valor para o cálculo do orçamento global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0287_28_06_2004.html

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Datasus**: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [acessado 2022 Nov 12]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>

CARDOSO JR., J.C. (org.) **A reinvenção do planejamento governamental no Brasil**. Brasília: Ipea, 2011.

CARPANEZ, L. R. **O sistema hospitalar brasileiro e os hospitais de pequeno porte**. Tese (doutorado CDAE) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 2019.

CARPANEZ, L.R; MALIK, A.M. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)**; v. 26, n. 4, p. 1289-1298, abr. 2021. ID: biblio-1285917

CARVALHO, D. M. T. D. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 879–892, jul. 2007.

CARVALHO, B. R. *et al.* Avaliação do acesso às unidades de atenção primária em municípios brasileiros de pequeno porte. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 462–469, out. 2018.

CONASS. **Nota técnica 12/2014** - Política Nacional de Atenção Hospitalar. Disponível em <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/07/NT-12-Proposta-HPP-CONASS-300514.pdf>

COSTA, M.O.; SALES, R.V. Avaliação de política pública para hospitais de pequeno porte: um referencial para a efetividade. **Revista de Políticas Públicas**, v. 23, n. 2, p. 771-785, 2019.

ÉLDER, P.B.F. **O superdimensionamento do número de municípios pós redemocratização: uma análise de suas consequências**. 2014. Disponível em <https://www.webartigos.com/autores/elderpbfilho>

FERREIRA, I.A.M. **Crise e oportunidade**: o caso dos hospitais filantrópicos da região centro sul fluminense do Estado do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS/CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Cenário dos Hospitais no Brasil 2021-2022**. 2020. Disponível em <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2022/07/CNSAUDE-FBH-CENARIOS-2022.pdf>

FILHO, J.R.V.; PÁSSARI, I.A.; NIVEIROS, S.I. **Gestão de Custos Hospitalares**: um Estudo de Caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia e Maternidade de Rondonópolis – MT. **Anais...** XXIV Congresso Brasileiro de Custos – Florianópolis, SC, Brasil, 2017.

GOMES, M.H.A.G.; SILVA, E.C. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dDgkwgHYDdQw4bYcDqrqkGD/abstract/?format=html&lang=pt>. Acesso: 05 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31461-ibge-divulga-estimativa-da-populacao-dos-municipios-para-2021#:~:text=O%20IBGE%20divulga%20hoje%20as,213%2C3%20milh%C3%B5es%20de%20habitantes>. Acesso em: 15 de novembro de 2022.

KUSCHNIR, R. **Aqui se paga, aqui se faz:** pagamento a provedores como instrumento de política: contribuição à discussão do caso da terapia renal substitutiva. Tese de Doutorado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

KUSCHNIR, R. **Atlas dos serviços de saúde do estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/SES-RJ, 2009. 568 p.

KUSCHNIR, R. **Planejamento e Programação em saúde:** introdução e conceitos básicos, módulos 10,11,12 e 13. Instituto de Medicina Social, UERJ, 2015.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.M; VIEIRA, C. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2001, v. 6, n. 2 [Acessado 14 novembro 2022], p. 269-291. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000200002..>

MAZON, L. M.; FREITAS, S. F. T. DE.; COLUSSI, C. F. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1521–1532, abr. 2021.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1097–1108, abr. 2017.

NEVES, C. A.; FERREIRA, P. A.; TONELLI, D. F. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento. **Revista Do Serviço Público**, v. 69, n. 4, p. 849-874, 2018. <https://doi.org/10.21874/rsp.v69i4.2611>

OBSERVATÓRIO POLÍTICA E GESTÃO HOSPITALAR DA FIOCRUZ. Disponível em: http://tabnet.fiocruz.br/webtabx.exe?Linha=Tipo+de+estabelecimento%7Cstg.dim_tipo_estab+elecimento.no_tipo_estab_agregado+where+stg.dim_tipo_estabelecimento.co_tipo_estab+%3D+stg.fat_estabelecimento.co_tipo_estab&Coluna=--N%E3o-Ativa--&Incremento=Leitos+de+interna%E7%E3o%7Cstg.fat_estabelecimento.qt_leitos_internacao%7C0%7C200&PPer%EDodo+de+compet%EAncia=2021%2F12%7C202112%7C6&nomedef=tabaih%2Fcnes.def&grafico=PieChart. Acesso: 15 de nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde.** 2015. Acessado: 05 de nov. 2022. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

PADILHA, A. *et al.* Crise no Brasil e impactos na frágil governança regional e federativa da política de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4509–4518, dez. 2019.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, R. apud THEODORSON, G. A.; THEODORSON, A. G. (1995). **Pesquisa exploratória:** procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Disponível em: Scielo Public Health <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000400010>> em 13 de outubro de 2023.

PINAFO, E. *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1619–1628, maio 2020.

Relatório Resumido de Execução Orçamentária -
<https://www.tesourotransparente.gov.br/temas/contabilidade-e-custos/relatorio-resumido-da-execucao-orcamentaria-rreo-uniao>. Acesso: 10 de nov.2022.

RECKTENWALDT, M.; JUNGES, J. R. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 367–381, abr. 2017.

SES/RJ. **Diagnóstico de Saúde da Região Centro-Sul**. 2020. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzUwNzE%2C>

SES/RJ. **Relatório Anual de Gestão – RAG** 2021. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDg2NzY%2C>

SES/RJ. BASIS - **Boletim de Análise de Situação de Saúde**. 2022. Disponível em <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?CP=50225>

SIA/SUS. Indicador 17 - **Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica** - dados anuais até 2020. Disponível em https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?pacto/pactos_indic17_esf_anual.def

SIA/SUS. Indicador 20 - **Proporção de ações de vigilância sanitária consideradas necessárias realizadas - para municípios**. Disponível em https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?pacto/pactos_indic20_sia.def

SILVA, E. C. DA.; GOMES, M. H. DE A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, out. 2013.

SILVA, C. R. *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, abr. 2017.

SOUZA, F. E. A. *et al.* Atuação dos hospitais de pequeno porte de pequenos municípios nas redes de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 143-156, jul. 2019.

SOUZA, F.E.A. Hospitais em municípios de pequeno porte: sua inserção no SUS. **Tese de Doutorado**. Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 2019.

SOUZA, F.E.A.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G.; MENDONÇA F. F. Hospitais de cidades pequenas: inserção e pactuação no Sistema Único de Saúde (SUS). **Medicina (Ribeirão Preto)** [Internet]; v. 53, n. 3, p. 300-8, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/168016>

SOUZA, F.E.A.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G.; MENDONÇA, F.F.; NARCISO, A.M.S.; DOMINGOS, C.M. O poder simbólico e a gestão dos hospitais em municípios de pequeno porte. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, v. 20, p. 1-18, 2021

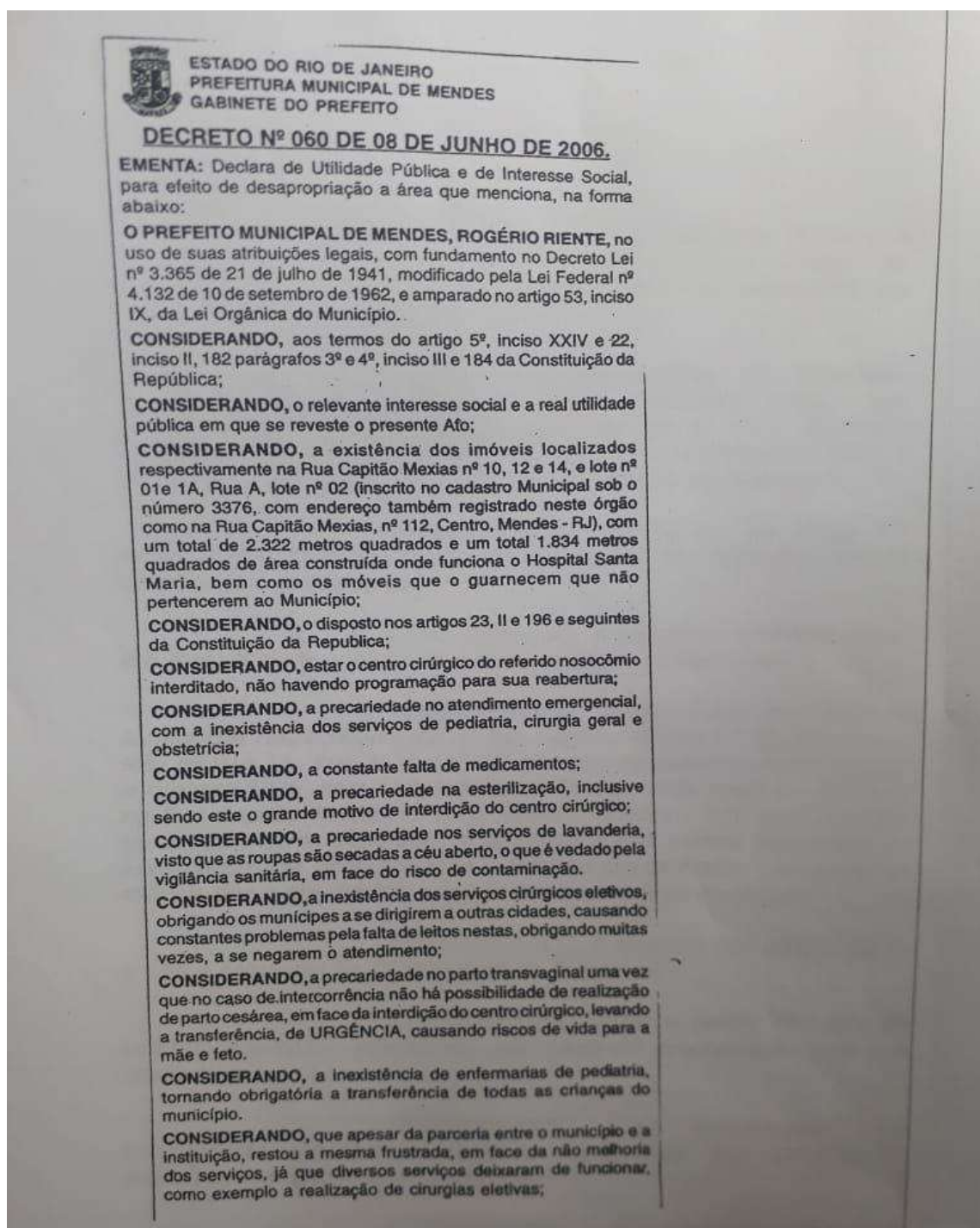
UGÁ, M.A.D.; LÓPEZ, E.M. **Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no sistema único de saúde (SUS)**. Dissertação de Mestrado. Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, 2004.

UGÁ, M.A.D; LOPEZ, E.L. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12, 915-928, 2006. acessado em 17 de novembro de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2007.v12n4/915-928/>

VIEIRA, E. W.; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 448–461, abr. 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso, planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ANEXO A – Decreto nº 060, de 8 de junho de 2006. Declara de utilidade pública e de interesse social para efeito de desapropriação a área do Hospital Santa Maria.





MUNICÍPIO DE MENDES
ESTADO DO RIO DE JANEIRO
GABINETE DO PREFEITO

Artigo 2º - A declaração de Utilidade Pública e de Interesse Social, caracterizado no presente instrumento que objetiva a desapropriação dos móveis e imóveis constantes no artigo anterior, tem a finalidade precípua da implantação por si, Poder Público Municipal, por terceirização ou cessão de uso para entidade sem fins lucrativos, de nosocômio que atenda as mínimas especialidades básicas de saúde, a saber: cirurgia geral, clínica médica, pediatria e ginecologia obstétrica, com possibilidades de futura extensão para outras especialidades e capacidade de absorver casos de maior complexidade;

Parágrafo Único - No caso de terceirização, concessão, permissão ou cessão de uso, dar-se-á preferência a instituições de ensino, em face de existirem nestes setores a constante preocupação com a atualização e reciclagem de seus profissionais.

Artigo 3º - A implantação de que trata o artigo anterior será precedido de avaliação nos termos de Decreto Regulamentar a ser editado pelo Chefe do Poder Executivo Municipal e, no caso de cessão, concessão ou permissão, de aprovação pela Câmara Municipal.

Artigo 4º - As despesas decorrentes da desapropriação autorizada por este decreto correrão por conta de dotações orçamentárias próprias e suplementares se necessário.

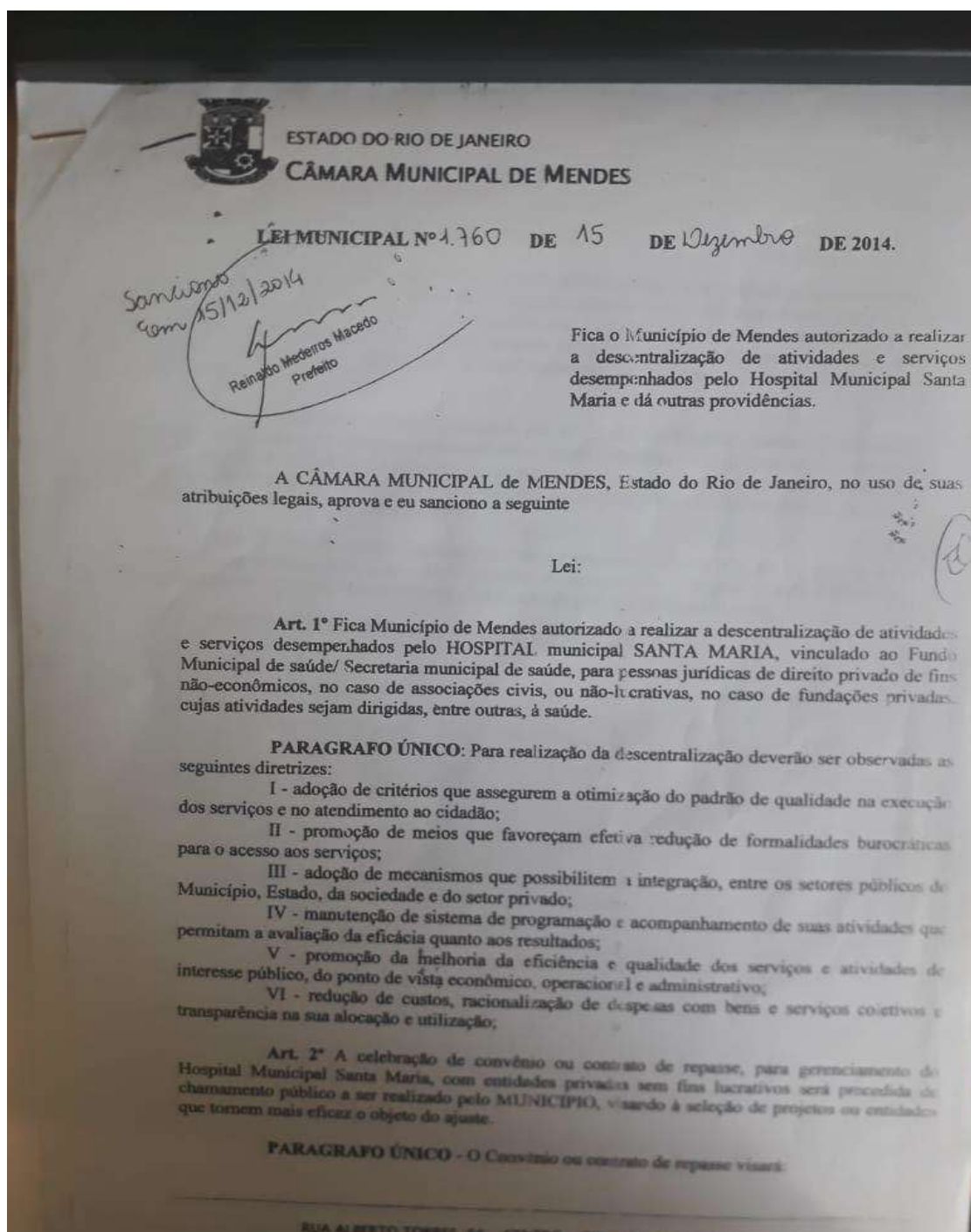
Artigo 5º - Fica declarada de natureza urgente para os fins e efeitos do art. 15 e seguinte da Lei nº 3.365/41 a desapropriação autorizada por este decreto.

Artigo 6º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Mendes, 08 de junho de 2006.

ROGÉRIO RIENTE
PREFEITO DE MENDES

ANEXO B – Decreto nº1.760, de 15 de dezembro de 2014, autoriza a realizar a descentralização dos serviços hospitalares no município





ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CÂMARA MUNICIPAL DE MENDES

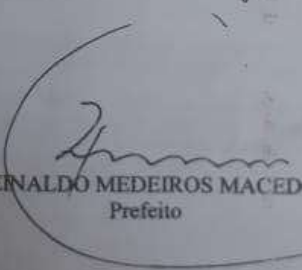
I- Assegurar a organização, administração, gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde em regime de 24 horas do Hospital Municipal Santa Maria, através do desenvolvimento de técnicas modernas e adequadas que permitam o desenvolvimento da estrutura funcional e a manutenção física da referida unidade hospitalar e de seus equipamentos, além do provimento dos insumos (materiais) e medicamentos necessários à garantia do pleno funcionamento;

II- Garantir, para o desenvolvimento das atividades do hospital, quadro de recursos humanos qualificados e em número compatível com o porte e complexidade de cada um dos setores que compõe o complexo hospitalar e de pronto atendimento, de acordo com a legislação vigente no País e com os princípios assistenciais e de qualidade do Sistema Único da Saúde, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias do ano.

Art. 3º Deverá constar necessariamente no convênio ou contrato de repasse, a ser celebrado para a descentralização de atividades e serviços do Hospital Santa Maria, o funcionamento de seu centro cirúrgico para a realização de partos e cirurgias eletivas.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Prefeitura de Mendes, 15 de Dezembro de 2014.


RENALDO MEDEIROS MACEDO
Prefeito

ANEXO C – CNPJ do Hospital Santa Maria, constando nome da empresa e data início atividades: 23/01/1968

Informação principal

CNPJ	<u>28.574.762/0001-10 [MATRIZ]</u>
Nome da empresa	SOCIEDADE AMIGOS DE MENDES
Fantasia nome	HOSPITAL SANTA MARIA
Início atividade data	1968-01-23
Natureza jurídica	Associação Privada
Situação cadastral	INAPTA desde 2019-01-15
Motivo situação cadastral	OMISSÃO DE DECLARAÇÕES
Qualificação do responsável	Presidente
Porte da empresa	DEMAIS
Opção pelo simples	NÃO OPTANTE
Opção pelo MEI	NÃO

Endereço

Rua Capitaó Mexias, 112
MENDES - RJ
26700-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 28.574.762/0001-10 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 23/01/1968
NOME EMPRESARIAL SOCIEDADE AMIGOS DE MENDES		
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) HOSPITAL SANTA MARIA		PORTE DEMAIS
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL *****		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS Não informada		
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 399-9 - Associação Privada		
LOGRADOURO *****	NÚMERO *****	COMPLEMENTO *****
CEP *****	BAIRRO/DISTRITO *****	MUNICÍPIO *****
ENDEREÇO ELETRÔNICO		UF *****
ENDEREÇO ELETRÔNICO		
TELEFONE		
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****		
SITUAÇÃO CADASTRAL INAPTA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 15/01/2019
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL Omissão De Declarações		
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****

ANEXO D – Fotos da fachada do Hospital Municipal Santa Maria.

