GRUPO tagGrupo – CLASSE V – tagColegiado
TC 005.181/2026-7
Natureza: Relatório de Auditoria Operacional.
Unidades Jurisdicionadas: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.
Representação legal: não há.

SUMÁRIO: AUDITORIA OPERACIONAL. DEMANDA DIRETA DOS CIDADÃOS. AVALIAÇÃO DA INSERÇÃO DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE – HPP NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. PAPEL ESTRATÉGICO DOS HPP NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO PAÍS. DIVERSIDADE DE PERFIS ASSITENCIAIS E CONTEXTOS TERRITORIAIS. NECESSIDADE DE DEFINIÇÃO CLARA DO PAPEL DO HPP NA REDE. FORTALECIMENTO DOS MECANISMOS DE INTEGRAÇÃO REGIONAL E DE GOVERNANÇA. CAPACIDADE OPERACIONAL COM DESAFIOS PONTUAIS RELACIONADOS À INFRAESTRUTURA, CONTINUIDADE DOS RECURSOS ESSENCIAIS E COMPOSIÇÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS. APRIMORAMENTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE E DO CONTROLE DE INFECÇÕES. OPORTUNIDADE DE MELHORIA NA COMUNICAÇÃO E NOS CANAIS DE MANIFESTAÇÃO DOS USUÁRIOS. DETERMINAÇÃO. AUTORIZAÇÃO PARA MONITORAMENTO.

RELATÓRIO

Adoto como relatório a instrução produzida no âmbito da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde, peça 97, aprovada pelo corpo dirigente da unidade (peças 98-99), transcrita a seguir:

"***I. INTRODUÇÃO***

1. Trata o presente documento de Relatório de Auditoria Operacional realizada com o objetivo de avaliar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e verificar se as unidades dispõem de condições mínimas de funcionamento, capacidade operacional e segurança sanitária e assistencial para prestar atendimento adequado à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. A fiscalização decorre do Despacho do Ministro Augusto Nardes, no âmbito do TC 004.552/2026-1, e foi formalizada pelas Portarias de Fiscalização AudSaúde 183, de 6 de março de 2026, e 315, de 30 de abril de 2026. Ressalte-se que o tema auditado também foi indicado em consulta pública realizada por meio da Plataforma do Cidadão, na qual o assunto relacionado aos Hospitais de Pequeno Porte (HPPs) foi o mais votado.

I.1. Antecedentes e Problema

3. Os Hospitais de Pequeno Porte representam parcela relevante da rede hospitalar do SUS e exercem papel particularmente importante em municípios de menor população e em regiões com oferta limitada de serviços especializados. Em diversos territórios, constituem o principal ou o único ponto de atenção hospitalar disponível, prestando atendimentos de urgência, internações de menor

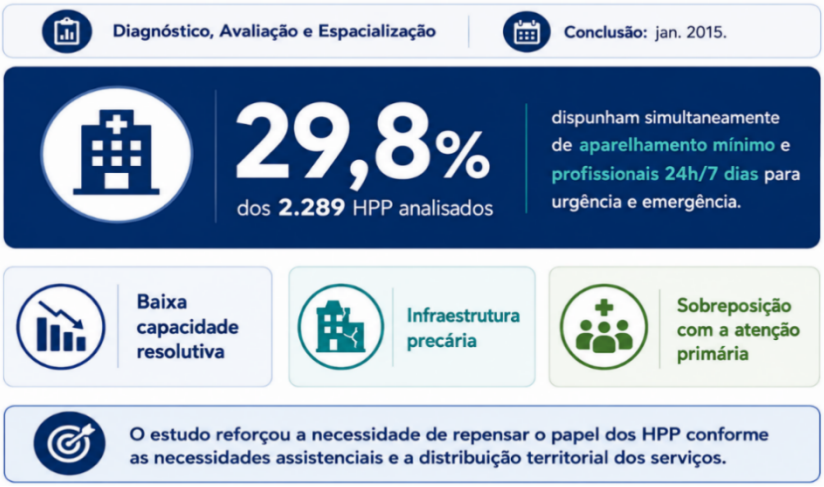
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

complexidade, apoio diagnóstico e estabilização de pacientes para transferência a unidades de referência.

4. A Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) foi instituída pela Portaria GM/MS 1.044/2004, posteriormente consolidada no Anexo XXIII da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, com o propósito de redefinir o papel assistencial desses estabelecimentos e promover sua integração às redes regionalizadas de atenção à saúde. Em resposta à presente fiscalização, o Ministério da Saúde informou que a política permanece formalmente vigente, mas não se encontra atualmente operacionalizada, não havendo fluxo para novas adesões, as últimas das quais ocorreram em 2011. Segundo a Pasta, a perda de efetividade operacional da PNHPP decorreu de diversos fatores, entre os quais a baixa adesão dos estados e municípios, associada especialmente à defasagem dos valores financeiros previstos na política, além de mudanças posteriores na organização, no financiamento e na política hospitalar do SUS. (peça 66).

5. No contexto da reorganização da atenção hospitalar, em 2015, foi desenvolvido um estudo do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Pelotas e a Universidade Federal de Minas Gerais, que examinou a infraestrutura, a assistência, os recursos humanos, o financiamento, a segurança do paciente, o desempenho e a inserção dos HPP nas redes loco-regionais. O trabalho corroborou diagnósticos de baixa capacidade resolutiva, infraestrutura precária e sobreposição de ações com a atenção primária, além de dificuldades no atendimento de urgências e emergências. Entre 2.289 estabelecimentos analisados, apenas 29,8% dispunham simultaneamente do aparelhamento mínimo e de profissionais disponíveis 24 horas por dia, sete dias por semana, reforçando a necessidade de reavaliar o papel dessas unidades segundo as necessidades assistenciais e a organização territorial dos serviços (peça 68).

Figura 1: Síntese do Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros (MS, 2015)



Fonte: *elaboração própria.*

6. O tema também foi abordado em trabalhos recentes do Tribunal. No TC 022.097/2023-6, de relatoria do Ministro Aroldo Cedraz – levantamento sobre eficiência nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) – foi identificado, entre os riscos do modelo de atenção às condições agudas, a insuficiência de condições para que Hospitais de Pequeno Porte e Unidades de Pronto Atendimento estabilizem usuários em situações de urgência e emergência. Entre as possíveis causas, foram apontadas deficiências de equipamentos, medicamentos e suprimentos, infraestrutura física, disponibilidade de profissionais qualificados e coordenação e comunicação com o Samu (peça 27 do TC 022.097/2023-6). O trabalho foi apreciado pelo Acórdão 552/2025-TCU-Plenário.

7. No TC 019.815/2024-7, de relatoria do Ministro Antônio Anastasia, foi realizado outro levantamento destinado a avaliar a eficiência de hospitais públicos do SUS por meio da Análise Envoltória de Dados (DEA). Neste, foi constatada uma tendência de menor eficiência entre hospitais de menor porte e maior possibilidade de economias de escala nas unidades de maior porte, em razão do volume de atividades. Também foram identificados riscos específicos relacionados aos HPP, como

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

inadequação da estrutura à demanda e ociosidade de recursos materiais, humanos e tecnológicos (subutilização das suas estruturas assistenciais), tendo sido proposta a realização de auditoria operacional específica sobre a eficiência e a efetividade da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (peças 7 e 10 do TC 019.815/2024-7). O processo foi apreciado pelo Acórdão 738/2025-TCU-Plenário.

8. Na mesma linha, a produção de conhecimento sobre Atenção Especializada em Saúde, realizada pela AudSaúde (peça 8 do TC 001.079/2025-5), examinou especificamente a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e sistematizou desafios relacionados à baixa resolutividade, aos custos de funcionamento e à necessidade de reavaliar o papel dessas unidades nas Redes de Atenção à Saúde. Com base, entre outras fontes, no Plano Nacional de Saúde 2024-2027, o trabalho destacou a heterogeneidade dos perfis assistenciais e a superposição de ações dos HPP com outros pontos de atenção, como unidades de pronto atendimento (UPA), unidades básicas, unidades mistas e maternidades. Também foram relacionados riscos associados à infraestrutura limitada, à carência de profissionais, à deficiência da regionalização, à capacidade ociosa e à desarticulação da RAS. A produção de conhecimento corroborou a necessidade da realização de uma fiscalização específica sobre a PNHPP, formulada no TC 019.815/2024-7.

Figura 2: Síntese do levantamento TC 019.815/2024-7



Fonte: *elaboração própria, com base no TC 019.815/2024-7, peças 10 e 7.*

9. Além dos antecedentes técnicos e da proposta de fiscalização formulada no TC 019.815/2024-7, a seleção do tema foi significativamente reforçada pela participação direta da sociedade na consulta pública promovida por este Tribunal por meio da Plataforma do Cidadão. A proposta relacionada aos Hospitais de Pequeno Porte foi a mais votada, com 1.462 votos, evidenciando a relevância atribuída ao tema pelos cidadãos e contribuindo para a definição das prioridades de fiscalização. A incorporação dessa manifestação social ao processo de seleção concretiza a diretriz institucional de ***Fiscalizar com o Cidadão no Foco*** *e os princípios do Referencial de Participação Cidadã do TCU, aproximando a atuação do controle externo das necessidades percebidas pela população e ampliando a aderência das fiscalizações às demandas sociais.*

10. Apesar dos estudos e trabalhos anteriormente realizados, não se dispunha de diagnóstico nacional atualizado e estruturado que permitisse conhecer, de forma integrada, como os HPP estavam inseridos nas Redes de Atenção à Saúde e em que medida operavam em conformidade com as condições mínimas de funcionamento e segurança aplicáveis. Em resposta à presente fiscalização, o Ministério da Saúde informou não dispor de análise estrutural recente da PNHPP que contemplasse o universo total de HPP e os estabelecimentos efetivamente aderidos à política, bem como não possuir mecanismos federais ativos destinados especificamente à adesão, reorganização, qualificação ou acompanhamento dessas unidades.

11. Diante desse contexto, o problema central da auditoria foi formulado nos seguintes termos: ***em que medida os Hospitais de Pequeno Porte estão adequadamente inseridos nas Redes de***

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Atenção à Saúde e dispõem de capacidade operacional e condições seguras de funcionamento para prestar atendimento adequado ao cidadão no âmbito do SUS?

***I.1.** Objeto*

12. O objeto da auditoria corresponde à atuação dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), considerada sob a perspectiva de sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), da compatibilidade entre os serviços ofertados e sua capacidade operacional, das condições sanitárias e assistenciais de funcionamento e da orientação do atendimento às necessidades e aos direitos do cidadão.

***I.2.** Objetivo e escopo*

13. O objetivo geral da auditoria foi avaliar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e verificar se essas unidades dispõem de condições mínimas de funcionamento, capacidade operacional e segurança sanitária e assistencial, com vistas a identificar oportunidades de aprimoramento da assistência hospitalar prestada à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

14. Como objetivos específicos, a auditoria buscou:

a) avaliar a aderência do perfil assistencial dos HPP às diretrizes das Redes de Atenção à Saúde;

b) examinar a articulação desses hospitais com os fluxos de acesso, referência e contrarreferência da rede regional de saúde;

c) verificar a compatibilidade entre a estrutura operacional das unidades e os serviços efetivamente prestados;

d) analisar a conformidade das condições mínimas de funcionamento e segurança sanitária dessas unidades;

e) identificar fragilidades capazes de comprometer a resolutividade assistencial, a eficiência no uso da capacidade instalada ou a segurança do paciente;

f) produzir diagnóstico estruturado que possa subsidiar o aperfeiçoamento da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e orientar decisões de gestão no âmbito do SUS; e

g) identificar aspectos críticos de maior impacto para o cidadão, com potencial de melhoria no curto e médio prazo, subsidiando recomendações práticas e estruturantes para o aprimoramento da assistência hospitalar no SUS.

15. Para fins de delimitação do escopo, definiu-se como universo de referência o conjunto de hospitais gerais vinculados ao SUS, classificados como estabelecimentos de baixa e média complexidade, tanto para atendimento ambulatorial quanto para internação, e com cinco a cinquenta leitos disponíveis ao SUS. A definição de Hospital de Pequeno Porte não é inteiramente uniforme nos referenciais utilizados pelo Ministério da Saúde (MS): a PNHPP abrange estabelecimentos com cinco a trinta leitos, enquanto o Glossário do Ministério da Saúde adota conceito mais amplo, de hospital com até cinquenta leitos. O recorte adotado buscou contemplar estabelecimentos com características estruturais e assistenciais compatíveis com o objeto analisado, excluindo hospitais especializados, unidades de alta complexidade e estabelecimentos de maior porte. Assim, o universo de referência da auditoria é mais amplo que o conjunto de estabelecimentos formalmente abrangidos pela PNHPP (peças 41 e 42).

16. A partir da análise de riscos e da matriz de planejamento, o escopo foi estruturado em quatro eixos complementares:

*a) **inserção do HPP na Rede de Atenção à Saúde (RAS)**, abrangendo a definição de seu papel assistencial, o planejamento regional, a contratualização, a regulação e os fluxos de referência e contrarreferência;*

*b) **capacidade operacional**, compreendendo a compatibilidade da infraestrutura, dos equipamentos, dos medicamentos, dos insumos, da força de trabalho e dos serviços de apoio com o perfil assistencial da unidade;*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

*c) **condições seguras de atendimento**, incluindo licenciamento sanitário, continuidade dos serviços essenciais, gerenciamento de resíduos, controle de infecções e mecanismos de segurança do paciente; e*

*d) **experiência do cidadão e foco no usuário**, abrangendo acesso, acolhimento, comunicação, escuta institucional, transparência e observância dos direitos do paciente.*

17. Com base nesses eixos, foram formuladas as seguintes questões de auditoria:

***Questão 1 – Inserção na Rede de Atenção à Saúde:** os HPP estão adequadamente inseridos nas Redes de Atenção à Saúde, em conformidade com as diretrizes de regionalização, integração assistencial e coordenação do cuidado?*

***Questão 2 – Capacidade operacional:** os HPP possuem capacidade operacional compatível com os serviços ofertados, considerando os requisitos normativos e as necessidades assistenciais?*

***Questão 3 – Condições seguras de atendimento:** os HPP garantem condições seguras de atendimento, conforme as normas sanitárias e as boas práticas assistenciais?*

***Questão 4 – Experiência do cidadão e foco no usuário:** o atendimento prestado pelos HPP é orientado às necessidades do cidadão, considerando os princípios de acesso, acolhimento, comunicação e respeito aos direitos do paciente?*

18. A auditoria contemplou diagnóstico de abrangência nacional, mediante aplicação de instrumentos padronizados de coleta de informações (questionários, peça 53), complementado por procedimentos presenciais em quatro HPP selecionados no Estado de Pernambuco. A etapa presencial destinou-se a aprofundar a compreensão dos fenômenos examinados, complementar e triangular as evidências obtidas no diagnóstico nacional e identificar, em situações concretas, aspectos relacionados à organização e ao funcionamento dos HPP que demandavam exame mais detalhado.

Figura 3**: **Síntese das frentes de trabalho da auditoria dos HPP



***Nota: ACS** = Agente Comunitário de Saúde; CMS = Conselheiros Municipais de Saúde.*
***Fonte:** elaboração própria*

19. Destaca-se que a etapa presencial teve caráter de aprofundamento no tema e a seleção das unidades visitadas foi realizada de forma intencional e orientada por critérios de risco e relevância, conforme detalhado na metodologia e na peça 54.

20. Não integraram o escopo a avaliação clínica de casos individuais, a análise da qualificação técnica individual dos profissionais, a fiscalização sanitária integral típica das autoridades de vigilância sanitária, a análise detalhada da gestão financeira, contábil ou da execução orçamentária e financeira das unidades, nem a avaliação sistemática de indicadores clássicos de desempenho hospitalar, como taxa de ocupação, tempo médio de permanência e mortalidade hospitalar, os quais já são objeto de iniciativa específica do Tribunal no âmbito do Projeto Eficiência na Saúde.

***I.3.** Critérios de Auditoria*

21. Os critérios de auditoria foram definidos de acordo com as quatro dimensões examinadas no trabalho – inserção dos HPP nas Redes de Atenção à Saúde, capacidade operacional, condições seguras de atendimento e experiência do cidadão e foco no usuário – e constituíram os referenciais para comparação entre a situação encontrada e o desempenho esperado.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

22. O levantamento dos critérios partiu da análise dos principais referenciais normativos aplicáveis ao objeto, incluindo legislação sanitária, normas do SUS e regulamentos relativos à atenção hospitalar e às Redes de Atenção à Saúde. Foram selecionados os dispositivos que estabelecem obrigações, padrões de funcionamento ou parâmetros verificáveis em auditoria, consolidados no Universo de Critérios de Auditoria Aplicáveis aos HPP (peça 43) e na matriz de planejamento (peça 52).

23. Para avaliar a inserção dos HPP na RAS e a definição de seu papel assistencial, foram considerados, entre outros referenciais, a Constituição Federal, as Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, a Portaria GM/MS 4.279/2010, as Portarias de Consolidação GM/MS 2 e 3/2017, a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP), a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) e a Política Nacional de Regulação em Saúde (peça 70).

24. Na análise da contratualização, foi utilizado o Referencial de Auditoria em Contratualização de Hospitais no SUS do TCU (peças 47 e 69). Já a avaliação da capacidade operacional e das condições seguras de atendimento considerou normas relativas às boas práticas de funcionamento, estrutura física, capacidade instalada, recursos humanos, serviços de apoio diagnóstico, continuidade dos serviços, gerenciamento de resíduos, controle de infecções e segurança do paciente. Entre os principais referenciais, destacam-se a Portaria GM/MS 1.044/2004, as RDCs Anvisa 50/2002, 63/2011, 36/2013 e 222/2018, a Lei 9.431/1997 e a Portaria MS 2.616/1998.

25. Na dimensão voltada à experiência do cidadão e ao foco no usuário, foram considerados, entre outros, a Portaria GM/MS 1.820/2009, a Lei 13.460/2017, a Lei 12.527/2011 e a Lei 15.378/2026, nos aspectos relacionados ao acesso, acolhimento, comunicação, informação, participação, canais de manifestação e direitos do paciente.

26. O detalhamento dos critérios, respectivos fundamentos normativos, riscos e evidências esperadas consta da matriz de planejamento e do Universo de Critérios de Auditoria Aplicáveis aos HPP (peças 52 e 43) e, de forma temática, em documentos específicos (peças 46 a 49).

***I.4.** Metodologia*

27. A auditoria foi realizada em conformidade com as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União, aprovadas pela Portaria TCU 185/2020, e com o Manual de Auditoria Operacional, aprovado pela Portaria Segecex 18/2020. Foram também considerados os princípios e as diretrizes do Guia para Auditores – Fiscalizando com o Cidadão no Foco, especialmente quanto à consideração da experiência dos usuários e à busca de melhorias concretas na prestação dos serviços públicos.

28. Para o diagnóstico nacional dos HPP, o método de coleta de dados compreendeu a aplicação de questionários eletrônicos enviados a gestores das secretarias de saúde, dirigentes hospitalares, conselheiros municipais de saúde e profissionais da atenção primária – enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e agentes comunitários de saúde (ACS). Os questionários foram operacionalizados pelo sistema LimeSurvey, e seus conteúdos estão inseridos na peça 53.

29. Adicionalmente, foram realizadas requisições de documentos e informações e consultas a bases administrativas do SUS, especialmente ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e ao Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), com o objetivo de complementar e, quando possível, corroborar as informações obtidas nos questionários. As evidências foram submetidas a análise normativa e documental, análise de dados e triangulação das informações provenientes das diferentes fontes.

30. A aplicação dos questionários contou com o apoio de parceiros externos ao TCU para ampliar o alcance junto aos diferentes públicos-alvo, entre eles o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), a Confederação Nacional de Municípios (CNM) e as representações do TCU nos estados. Ao todo, foram recebidas 7.423 respostas completas. Considerando a resposta de diretor do HPP e/ou da Secretaria de Saúde responsável, o diagnóstico alcançou institucionalmente 1.449 dos 2.091 HPP do universo da

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

fiscalização, correspondentes a 69,3% de cobertura institucional, conforme detalhado no item III deste relatório.

31. Na etapa presencial, foram visitados quatro HPP no Estado de Pernambuco: Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata; Hospital Adolpho Pereira Carneiro, em São Caetano; Hospital Dr. Alberto de Oliveira, em Bonito; e Hospital Santina Falcão, em Santa Maria do Cambucá. A seleção foi intencional e orientada por critérios de risco e relevância, combinados com a viabilidade logística da equipe de auditoria. A metodologia, detalhada na peça 54, considerou principalmente indicadores relacionados à taxa de ocupação de leitos, participação da produção ambulatorial, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e taxa de transferência, calculados a partir de bases administrativas do SUS.

32. Os procedimentos de campo foram organizados de forma padronizada e compreenderam observação direta das estruturas e dos fluxos assistenciais dos HPP; reuniões e entrevistas com as Secretarias de Saúde responsáveis pela gestão das unidades, as Gerências Regionais de Saúde de Pernambuco, diretores, médicos e enfermeiros dos hospitais, agentes comunitários de saúde e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, conforme os roteiros constantes da peça 55. Também foram analisados documentos e dados de produção assistencial relacionados às dimensões examinadas na fiscalização. Essas evidências foram posteriormente articuladas às informações obtidas no Diagnóstico Nacional.

Figura 4: Etapas dos procedimentos de campo da auditoria



Fonte: *elaboração própria.*

33. Outro pilar importante do método utilizado na auditoria foi a participação cidadã, empregada para dar voz às pessoas diretamente afetadas pelos serviços e captar percepções não registradas nas demais fontes de evidência. Para esse fim, foram realizadas entrevistas com pacientes e acompanhantes nos hospitais visitados e afixados, nos quatro HPP, QR codes de acesso a um questionário eletrônico destinado a esse público, com o objetivo de conhecer sua percepção sobre o atendimento e os serviços prestados. Os resultados obtidos, de natureza descritiva, foram analisados em papel de trabalho específico (peça 82 e 83).

34. Ao final de cada visita, ainda in loco, foram elaborados Planos Colaborativos de Melhorias Prioritárias em conjunto com atores locais e regionais vinculados aos HPP e às Secretarias de Saúde. De caráter não deliberativo, esses planos destinaram-se a registrar oportunidades de melhoria, ações voluntariamente acolhidas pelos gestores, responsáveis, prazos e evidências para acompanhamento.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Figura 5: Natureza e processo de construção dos planos colaborativos



Fonte: *elaboração própria*

35. O detalhamento dos procedimentos executados, das fontes de evidência utilizadas e das limitações relacionadas a cada questão de auditoria consta da matriz de planejamento e de outros papéis de trabalho (peças 52 a 55).

36. Complementarmente, por intermédio do Instituto Serzedello Corrêa (ISC/TCU), foi contratado especialista externo para prestar apoio técnico e capacitação à equipe em aspectos relacionados à atenção hospitalar e à organização das Redes de Atenção à Saúde. O apoio concentrou-se na qualificação dos instrumentos de coleta e das análises sobre o papel assistencial dos HPP, os fluxos de acesso, regulação, referência e contrarreferência, a capacidade instalada, os indicadores de desempenho e as condições de segurança sanitária, bem como na discussão técnica dos resultados obtidos. As conclusões e os achados da auditoria permaneceram sob responsabilidade da equipe do TCU.

I.5. Limitações da Auditoria

37. A auditoria esteve sujeita a limitações inerentes à complexidade e à heterogeneidade do objeto. Os HPP apresentam diferentes naturezas jurídicas, formas de gestão, perfis assistenciais, capacidades instaladas e graus de integração às redes regionais, o que restringe comparações diretas entre unidades e exige que os resultados sejam interpretados à luz dos respectivos contextos territoriais.

38. Parte relevante das evidências utilizadas decorreu de informações prestadas pelos hospitais, Secretarias de Saúde e demais respondentes, bem como de registros constantes de bases administrativas. Sempre que possível e pertinente ao objeto analisado, essas informações foram confrontadas com documentos, entrevistas, outras fontes de percepção e dados administrativos. Ainda assim, podem persistir imprecisões decorrentes de registros incompletos, desatualizados ou não padronizados e da própria natureza declaratória de parcela das evidências.

39. A abrangência do diagnóstico nacional também dependeu da adesão dos diferentes públicos aos questionários eletrônicos (peça 53). Assim, a representatividade dos resultados e as comparações entre regiões e modelos de organização consideram as taxas de resposta obtidas.

40. Da mesma forma, as quatro unidades visitadas em Pernambuco foram selecionadas intencionalmente, com base em critérios de risco e relevância, não constituindo amostra estatística que permita a extrapolação de suas constatações para o conjunto dos HPP do estado.

41. As visitas técnicas refletiram as condições observadas no período da fiscalização e não tiveram por finalidade substituir inspeções sanitárias realizadas pelos órgãos competentes. Para mitigar essas e as demais limitações descritas, a auditoria combinou múltiplas fontes e técnicas de obtenção e análise de evidências, incluindo questionários, análise documental, bases administrativas, entrevistas e observação direta. A triangulação dessas informações buscou reduzir o risco de conclusões incompletas e conferir maior robustez às análises.

II. VISÃO GERAL DO OBJETO

II.1. Evolução do papel dos Hospitais de Pequeno Porte no SUS

42. A rede de hospitais de pequeno porte consolidou-se ao longo de décadas e apresenta ampla distribuição pelo território nacional, especialmente em municípios de menor população. O Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização do MS,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

em parceria com a UFPel e da UFMG, concluído em janeiro de 2015, registrou que parte desses estabelecimentos se originou de antigas unidades mistas de saúde e Santas Casas, com diferentes formas de inserção no sistema assistencial. Esse processo contribuiu para a existência de unidades com perfis, estruturas e funções distintas no âmbito do SUS (peça 68).

43. Em 2004, a instituição da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP) buscou estabelecer tratamento específico para esse segmento. A política previu adesão voluntária e a redefinição do papel dos hospitais na rede de serviços mediante processo de contratualização, com estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas e adoção de orçamento global para o financiamento das internações hospitalares, em substituição ao pagamento por procedimento nessa parcela da assistência (peça 68).

44. A organização da atenção hospitalar passou posteriormente a ser orientada por uma abordagem mais ampla de integração às Redes de Atenção à Saúde. Com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), pactuada em 2013, a missão e o perfil assistencial dos hospitais passaram a ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população, as necessidades loco-regionais e o desenho da rede, com vinculação a uma população de referência, acesso regulado e atendimento por demanda referenciada ou espontânea.

45. Essa orientação permanece presente na abordagem atual do Ministério da Saúde. Em manifestação encaminhada no âmbito desta fiscalização, a Pasta informou que a definição dos serviços a serem executados pelos HPP deve estar alinhada ao planejamento regional e às necessidades de saúde identificadas localmente e que, quando determinada unidade se revelar prescindível à organização assistencial do município e da região de saúde, sua inserção na RAS pode ser redefinida pelo gestor local, considerando sua capacidade instalada, perfil assistencial e funcionalidade operacional (peça 66).

46. Embora a PNHPP permaneça formalmente vigente, o Ministério da Saúde informou, em maio de 2026, que a política não se encontra atualmente operacionalizada, não havendo fluxo para novas adesões, cujas últimas ocorrências datam de 2011. Dos 517 hospitais que aderiram voluntariamente à política, 508 permanecem habilitados. Esse total corresponde a cerca de 27,7% dos 1.833 hospitais com até 30 leitos identificados no CNES pelo próprio Ministério, comparação apenas aproximada, uma vez que a PNHPP abrange estabelecimentos com 5 a 30 leitos. Segundo a Pasta, a baixa adesão e a perda de efetividade operacional da política relacionam-se, entre outros fatores, à defasagem dos valores financeiros previstos e às mudanças posteriores na organização e no financiamento da atenção hospitalar. O Ministério informou ainda que vêm sendo conduzidos estudos para formulação de nova política mais adequada à realidade desses estabelecimentos (peça 66).

II.2. Caracterização do universo dos Hospitais de Pequeno Porte objeto da fiscalização

47. Com base no CNES, com data-base de janeiro de 2026, foram selecionados os HPP considerando essas características:

a) Hospitais Gerais;

b) Nível de atenção de baixa e média complexidade, tanto para a atividade ambulatorial quanto para internações; e

c) Porte compatível com HPP, com número de leitos maior ou a igual 5 e menor ou igual a 50, com disponibilidade de atendimento ao SUS.

Esse universo permite circunscrever unidades com perfil assistencial compatível com o escopo da auditoria, excluindo hospitais especializados, unidades de alta complexidade e estabelecimentos com porte significativamente superior ao objeto analisado. Ao todo, a auditoria compreendeu 2.091 hospitais, distribuídos em 1.934 municípios de todas as regiões e unidades da Federação. Essa capilaridade evidencia a presença relevante dos HPP no território nacional, especialmente em municípios de menor porte e em áreas com menor disponibilidade de serviços especializados (peças 41 e 42), conforme demonstrado abaixo:

Tabela 1: Distribuição dos HPP do universo da auditoria

	Natureza Jurídica	

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

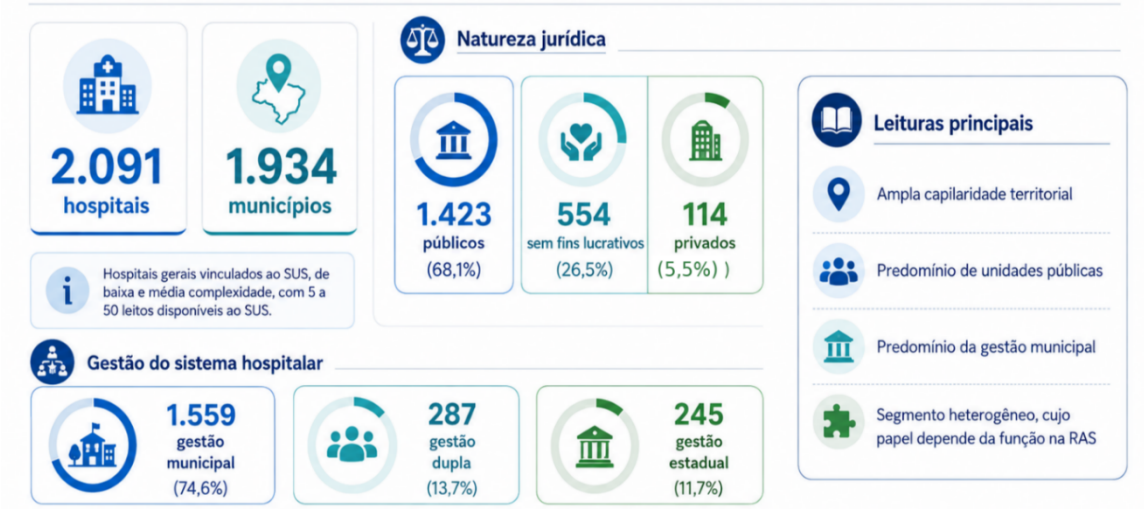
Gestão do Sistema Hospitalar	Pública	Privado	Sem fins lucrativos	Total Geral
Estadual	105	17	123	245
Municipal	1.138	74	347	1.559
Dupla	180	23	84	287
Total Geral	**1.423**	**114**	**554**	**2.091**

Fonte: elaboração própria, com base em dados do CNES, janeiro de 2026 (peças 41 e 42).

48. Quanto à natureza jurídica, há predominância de estabelecimentos públicos (68,1%). Ademais, segundo a classificação de gestão no âmbito do SUS registrada no CNES, predominava a gestão municipal, presente em 1.559 unidades (74,6%), seguida da gestão dupla (13,7%) e da estadual (11,7%). A natureza jurídica identifica a constituição institucional do estabelecimento, enquanto a classificação da gestão indica a esfera responsável por sua gestão no âmbito do SUS.

49. Como exposto no item II.1, o número de leitos caracteriza o porte do estabelecimento, mas não determina, por si só, seu papel assistencial. HPP de porte semelhante podem desempenhar funções distintas conforme as necessidades da população, a capacidade instalada, a oferta existente nos demais pontos da RAS e o papel definido no planejamento regional. Essa heterogeneidade deve ser considerada na avaliação da organização e da capacidade operacional dessas unidades.

Figura 6: Caracterização dos Hospitais de Pequeno Porte no SUS



Fonte: elaboração própria, com base em dados do CNES, jan. 2026

II.3. Competências e atribuições na gestão dos HPP

50. A organização e o funcionamento dos Hospitais de Pequeno Porte no SUS envolvem responsabilidades compartilhadas entre União, estados, municípios e gestores hospitalares. Como integrantes de redes regionalizadas de atenção à saúde, a definição de seu papel assistencial, dos serviços ofertados, da população de referência e dos fluxos de acesso depende não apenas do ente responsável pela unidade, mas também do planejamento regional e das pactuações interfederativas do SUS.

51. No âmbito federal, compete ao Ministério da Saúde, especialmente por meio da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), formular e coordenar as políticas e diretrizes nacionais relacionadas à atenção hospitalar e às Redes de Atenção à Saúde, estabelecer referenciais nacionais e utilizar mecanismos de financiamento e indução. No caso dos HPP, cabe à Pasta orientar o tratamento conferido a essas unidades no âmbito do SUS e promover o acompanhamento, a avaliação e o aperfeiçoamento das políticas nacionais aplicáveis, de modo a favorecer sua adequada inserção na organização regional da assistência (Decreto 11.798/2023; Anexo XXIII da Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017; peça 50).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

52. Aos estados e Secretarias Estaduais de Saúde cabe papel central na regionalização, mediante organização das Regiões de Saúde, planejamento da oferta, definição de referências e fluxos entre municípios e apoio à regulação. Os municípios e Secretarias Municipais de Saúde, por sua vez, assumem especial relevância na gestão dos HPP, sobretudo diante da predominância de unidades sob gestão municipal, cabendo-lhes, conforme o arranjo de cada estabelecimento, assegurar condições para seu funcionamento e promover sua articulação com a atenção primária e os demais pontos da rede.

53. A articulação entre os gestores ocorre principalmente nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR). Para os HPP, a CIR assume particular importância por constituir espaço de pactuação regional sobre necessidades assistenciais, papel das unidades, população de referência, oferta de serviços e fluxos entre municípios e estabelecimentos de diferentes níveis de complexidade.

54. À direção ou entidade responsável pelo HPP compete a gestão cotidiana da unidade e a prestação da assistência, incluindo a manutenção de estrutura, profissionais, equipamentos e processos compatíveis com os serviços ofertados, o cumprimento dos requisitos sanitários e de segurança e a observância dos fluxos assistenciais definidos pela rede e, quando aplicável, dos compromissos formalmente pactuados com o gestor do SUS (peça 50).

55. Outros atores desempenham funções complementares: os Conselhos de Saúde exercem participação e controle social; as vigilâncias sanitárias estaduais e municipais, sob a coordenação normativa da Anvisa no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, atuam no licenciamento, quando aplicável, e na fiscalização das condições sanitárias; e as estruturas de regulação operacionalizam o acesso, as referências e as transferências de pacientes. Esse arranjo evidencia que a adequada inserção e o funcionamento dos HPP dependem da atuação articulada desses diferentes atores, de modo a compatibilizar a gestão da unidade com as necessidades da população e com a organização regional da RAS.

Figura 7: Governança, competências e responsabilidades na organização dos HPP



Fonte: *elaboração própria, com base na legislação do SUS e na análise de stakeholders (peça 50)*

II.4. Aspectos financeiros e orçamentários

56. A materialidade financeira associada aos Hospitais de Pequeno Porte reforça a relevância do objeto para a gestão federal do SUS. Em resposta à auditoria, o Ministério da Saúde informou a existência de 5.391 estabelecimentos com 1 a 50 leitos cadastrados no CNES, segundo conceito ampliado de HPP utilizado pela Pasta. Esse universo não coincide com o recorte de 2.091 hospitais adotado nesta fiscalização, que considerou critérios adicionais de natureza e perfil assistencial.

57. Com o objetivo de dimensionar os recursos federais envolvidos, a equipe solicitou ao Ministério da Saúde informações consolidadas sobre os valores transferidos aos HPP nos últimos cinco exercícios, preferencialmente individualizadas por estabelecimento/CNES e discriminadas

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

segundo natureza e origem do recurso, incluindo valores vinculados à PNHPP e emendas parlamentares.

58. Em resposta, o Ministério encaminhou dados referentes à produção assistencial de 2025. A base registra aproximadamente R$ 1,214 bilhão em produção hospitalar no SIH/SUS e R$ 2,069 bilhões em produção ambulatorial no SIA/SUS, totalizando cerca de R$ 3,283 bilhões. Esses valores evidenciam a expressiva materialidade da assistência registrada pelos estabelecimentos, mas, conforme esclarecido pela própria Pasta, não correspondem necessariamente a transferências federais ou a pagamentos efetuados aos hospitais, pois representam valores de produção aprovada calculados segundo os parâmetros da Tabela SUS (peça 81).

59. Quanto aos recursos especificamente associados à PNHPP, a planilha encaminhada pelo Ministério permite identificar aproximadamente R$ 23,2 milhões anuais referentes à coluna "50% do Impacto Anual – contrapartida MS", considerando os registros de estabelecimentos com até 30 leitos. O montante deve ser interpretado no contexto específico do modelo de financiamento da política e não representa o conjunto dos recursos federais destinados aos HPP (peça 81).

60. Apesar das solicitações realizadas por ofício e reiteradas por e-mail, não foi possível obter consolidação dos recursos federais efetivamente destinados aos HPP, individualizados por estabelecimento e natureza do financiamento, nem informações específicas sobre os recursos provenientes de emendas parlamentares. Desse modo, a auditoria conseguiu dimensionar a produção assistencial registrada e os valores vinculados ao modelo da PNHPP, mas não a totalidade da participação financeira federal nesses estabelecimentos.

61. A limitação identificada reduz a capacidade de relacionar, de forma sistemática, financiamento, papel assistencial, capacidade instalada, produção e inserção regional dos HPP, informações relevantes tanto para a revisão do modelo de financiamento quanto para o monitoramento da política. Nesse sentido, a revisão da PNHPP proposta mais a frente nesse relatório constitui oportunidade para estruturar mecanismos que permitam consolidar e acompanhar os recursos federais destinados a esses estabelecimentos, articulando-os às demais informações necessárias à avaliação de sua atuação no SUS.

III. DIAGNÓSTICO NACIONAL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

62. A primeira frente da auditoria consistiu na realização de diagnóstico de abrangência nacional sobre os Hospitais de Pequeno Porte, mediante instrumentos padronizados de coleta de informações dirigidos a diferentes atores envolvidos na organização, prestação e acompanhamento da assistência. O universo de referência compreendeu 2.091 HPP, distribuídos em 1.934 municípios, abrangendo estabelecimentos de diferentes naturezas jurídicas, esferas de gestão e contextos assistenciais em todo o país.

63. Ao todo, os questionários aplicados no diagnóstico resultaram em 7.423 respostas, provenientes das secretarias municipais e estaduais de saúde, dos diretores dos HPP, dos profissionais da Atenção Primária (agentes comunitários de saúde e enfermeiros da ESF) e dos representantes dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). As respostas de diretores dos HPP e de Secretarias de Saúde constituíram as principais fontes institucionais sobre a organização e o funcionamento das unidades, enquanto as percepções de ACS, enfermeiros da ESF e conselheiros municipais de saúde foram utilizadas de forma complementar, especialmente para captar aspectos observáveis no território quanto à assistência prestada pelos hospitais, a rede de atenção e seus usuários. Considerando-se a cobertura institucional do levantamento, o diagnóstico alcançou 1.449 HPP, correspondentes a 69,3% do universo de referência.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Figura 8: Alcance e cobertura institucional do Diagnóstico Nacional dos HPP



Fonte: *elaboração própria.*

64. As informações obtidas foram analisadas de forma integrada segundo os quatro eixos da auditoria: inserção dos HPP nas Redes de Atenção à Saúde; capacidade operacional; condições seguras de atendimento; e experiência do cidadão e foco no usuário. A análise buscou identificar padrões e fragilidades relevantes a partir da articulação das diferentes perspectivas colhidas, constituindo o diagnóstico nacional posteriormente aprofundado pelas evidências obtidas nas visitas de campo realizadas em Pernambuco. As respostas agregadas dos questionários estão inseridas na peça 85.

III.1. Inserção dos HPP nas Redes de Atenção à Saúde (RAS)

65. Para fins desta auditoria, a inserção de um Hospital de Pequeno Porte (HPP) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) não se limita à existência física da unidade ou à prestação de serviços. Considera-se adequadamente inserido na rede o HPP que desempenha papel institucionalmente definido, coerente com o planejamento regional e efetivamente integrado ao funcionamento da RAS, contribuindo para a organização da oferta assistencial e a continuidade do cuidado. Tais critérios foram analisados detalhadamente na peça 70.

66. Essa inserção pressupõe a presença de três dimensões: (i) oferta assistencial planejada e racional; (ii) governança institucional da inserção do hospital na rede; e (iii) coordenação efetiva do cuidado entre os diferentes pontos da RAS. Fragilidades nessas dimensões podem comprometer a adequada inserção do hospital.

67. Para examiná-las, foram analisados a definição e formalização do papel assistencial dos HPP, sua vinculação ao planejamento regional, os mecanismos de contratualização e acompanhamento, a organização dos fluxos de referência e do acesso regulado, a contrarreferência e o compartilhamento de informações clínicas, bem como as condições para encaminhamento e transferência dos usuários entre os diferentes pontos da rede.

68. A análise considerou, entre seus principais referenciais, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010), a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017) e a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS 9.262/2025). A partir desses referenciais e do conceito operacional adotado, são apresentados a seguir os principais achados relativos à inserção dos HPP na RAS.

III.1.1. Definição insuficiente do papel assistencial em parcela relevante dos HPP, com atuação nem sempre alinhada ao planejamento da RAS

69. A análise identificou fragilidades na definição do papel assistencial de parcela dos HPP. Cerca de 30% das respostas institucionais apontam ausência de carteira de serviços atualizada; o planejamento regional participou da definição da oferta em pouco mais da metade dos casos; e a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

contratualização formal com outros atores da RAS alcança aproximadamente metade das respostas. Ao mesmo tempo, há sinais de descompasso entre o papel definido e a atuação efetiva, em um contexto marcado por elevada oferta de urgência, observação clínica e atendimento de demandas potencialmente resolvíveis na Atenção Primária.

70. A existência de carteira de serviços assistenciais atualizada foi informada por 70,7% dos diretores e 70,2% das Secretarias de Saúde. A ausência desse instrumento não permite concluir que o hospital não tenha qualquer definição de seu papel, pois podem existir outras formas de organização dos serviços, mas evidencia que parcela relevante dos HPP não dispõe de documento atualizado que sistematize a totalidade dos serviços prestados e explicite formalmente sua função na rede.

71. Quanto à atuação efetiva, o perfil declarado é fortemente concentrado em atividades relacionadas à porta de entrada e ao primeiro atendimento. Entre os diretores dos HPP, 93,4% informaram oferecer atendimento de urgência/emergência 24 horas, 92,5%, observação clínica por até 24 horas, 91,3%, internação clínica de adultos e 87,2%, estabilização de pacientes graves para transferência, com percentuais semelhantes entre as secretarias. Esse perfil evidencia forte presença dos HPP no primeiro atendimento, na observação e na estabilização, porém sua adequação depende do papel atribuído à unidade no planejamento da respectiva rede.

Tabela 2: Principais atividades assistenciais declaradas como prestadas pelos HPP nos últimos 12 meses, segundo diretores e Secretarias de Saúde

Atividade assistencial	*Diretores dos HPP*	*Secretarias de Saúde*
Atendimento de urgência/emergência 24h	*93,4%*	*92,3%*
Observação clínica (até 24h)	*92,5%*	*92,6%*
Eletrocardiograma (ECG)	*91,8%*	*91,1%*
Internação clínica adulto (condições agudas)	*91,3%*	*92,2%*
Estabilização de pacientes graves para transferência	*87,2%*	*85,3%*
Internação clínica pediátrica	*81,2%*	*80,2%*
Radiografia	*78,3%*	*80,7%*
Atenção a pacientes crônicos (prolongados ou paliativos) e estabilizados	*75,7%*	*72,7%*
Pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	*71,6%*	*68,7%*
Laboratório terceirizado com coleta local	*71,3%*	*68,3%*
Parto normal	*59,2%*	*58,8%*
Ultrassonografia	*52,4%*	*57,8%*
Cirurgias eletivas de baixa complexidade	*48,3%*	*49,9%*
Cuidados paliativos	*46,3%*	*38,4%*
Alojamento conjunto (recém-nascido e mãe)	*43,4%*	*40,1%*

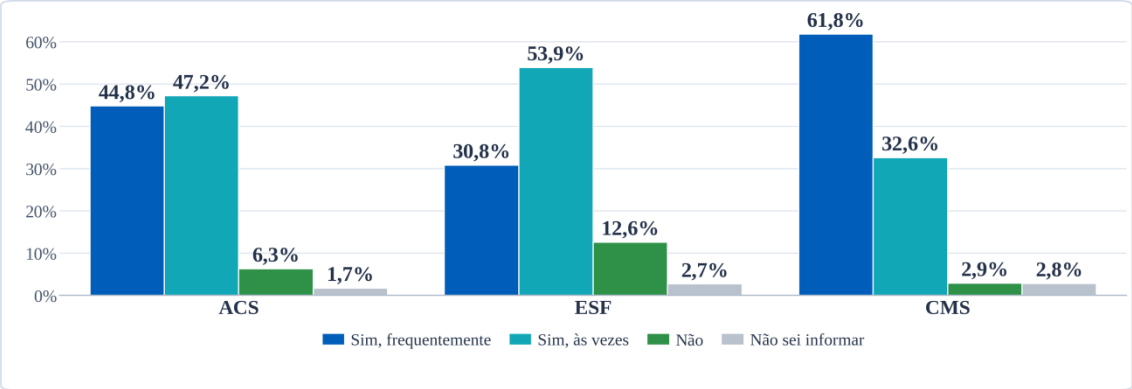
Nota: *foram selecionadas as dez atividades mais mencionadas pelos diretores dos HPP. Percentuais calculados sobre o total de respondentes de cada fonte (985 diretores dos HPP e 1.166 Secretarias de Saúde).*

Fonte: *elaboração própria.*

72. A percepção territorial reforça esse quadro: 44,8% dos ACS, 30,8% dos enfermeiros da ESF e 61,8% dos conselheiros municipais de saúde informaram que a população procura frequentemente o HPP para problemas que poderiam ser resolvidos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Gráfico 1: Percepção territorial sobre procura a HPP em busca de assistência que poderia ser resolvida pela Atenção Primária

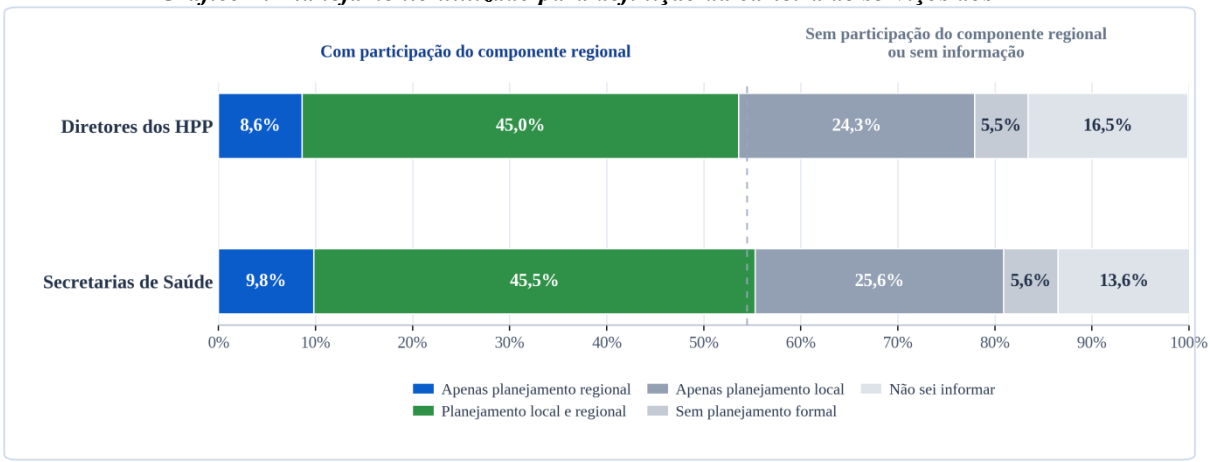


Fonte: *elaboração própria.*

73. Os resultados indicam utilização funcional dos HPP como serviços de pronto atendimento e para demandas próprias da atenção básica. Essa configuração não caracteriza, por si só, sobreposição inadequada com Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou com outras unidades de atenção primária à saúde, pois pode decorrer da organização de cada rede. Entretanto, a absorção recorrente de demandas potencialmente resolvíveis na atenção básica pode sinalizar fragilidades de acesso, disponibilidade ou horário de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde e representar uso pouco racional dos diferentes níveis de atenção quando não resultar de planejamento deliberado da RAS.

74. Essa questão ganha relevância diante da vinculação ainda limitada da oferta ao planejamento regional. O componente regional de planejamento participou da definição da carteira de serviços em 53,6% dos casos segundo os diretores e 55,3% segundo as secretarias de saúde, enquanto cerca de um terço das duas fontes indicou utilização exclusivamente do planejamento local ou ausência de instrumento formal de planejamento.

Gráfico 2: Planejamento utilizado para definição da carteira de serviços dos HPP



Fonte: *elaboração própria.*

75. A participação limitada do componente regional reduz a capacidade de assegurar que a oferta dos HPP seja definida de forma articulada e complementar aos demais pontos da RAS, conforme as necessidades da população e do território, como preveem as diretrizes de organização da rede e da atenção hospitalar.

76. Também foram identificados sinais de diferença entre o papel definido e a atuação efetiva. Entre os diretores, 55,6% afirmaram que a produção corresponde, de forma geral, ao papel atribuído ao hospital, enquanto 31,2% informaram produção além do pactuado, 2,6% aquém e 10,5% inexistência de definição formal clara. Entre as secretarias que realizam algum monitoramento, 77,4% avaliaram que a produção corresponde de forma geral ao perfil pactuado e 18,3%, apenas

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

parcialmente. Embora as perguntas não sejam diretamente comparáveis, a percepção de descompasso é mais pronunciada entre os diretores. A produção além do pactuado não constitui, isoladamente, inadequação, podendo refletir mudanças nas necessidades assistenciais ou defasagem dos instrumentos de planejamento, mas sua magnitude sinaliza diferença relevante entre o papel previamente definido e aquele efetivamente exercido por parcela dos HPP.

77. Cabe mencionar que, como contraponto, a percepção territorial não indica baixa resolutividade generalizada. Avaliaram que o HPP resolve a maioria dos casos 56,5% dos ACS, 53,0% dos enfermeiros da ESF e 71,3% dos conselheiros municipais de saúde; outros 39,9% dos ACS, 41,9% dos enfermeiros da ESF e 25,8% dos conselheiros municipais de saúde consideraram que a unidade resolve alguns casos. As evidências, portanto, não sustentam interpretação de que os HPP sejam, de forma generalizada, unidades sem relevância assistencial. Em municípios menores ou regiões mais distantes de hospitais de referência, podem desempenhar papel importante no acesso local ao primeiro atendimento, observação, internação clínica e estabilização.

78. A questão central, portanto, não é apenas a capacidade dos HPP de resolver parte das demandas atendidas, mas se o papel efetivamente exercido corresponde às necessidades da população e foi racionalmente definido e pactuado na organização regional da RAS. Sob essa perspectiva, a formalização da relação do hospital com os demais atores da rede constitui elemento relevante para avaliar sua inserção.

79. A existência de instrumento formal de contratualização com outros entes federativos ou estabelecimentos da RAS foi informada por 52,4% dos diretores e 50,1% das Secretarias. Como a pergunta se refere especificamente à contratualização com outros atores da rede, a resposta negativa não significa ausência de qualquer vínculo administrativo do hospital. Ainda assim, associada à participação do planejamento regional na definição da oferta em pouco mais da metade das respostas, evidencia abrangência limitada desses mecanismos de institucionalização da integração regional.

80. Entre os casos que declararam contratualização, contudo, a vinculação ao planejamento regional mostrou-se mais elevada: 71,1% dos diretores e 78,4% das Secretarias informaram que os serviços contratualizados foram definidos com base nesse planejamento. O resultado indica que, quando instituída, a contratualização tende a aproximar a definição da oferta da lógica regional, embora esse mecanismo alcance apenas cerca de metade dos HPP segundo as respostas institucionais.

81. Quanto ao conteúdo da contratualização, observa-se concentração em atividades hospitalares básicas, de urgência e de apoio diagnóstico, coerente com o perfil dos serviços mais frequentemente declarados como prestados pelos HPP. Entre os 516 hospitais que informaram possuir instrumento formal, destacam-se o atendimento de urgência/emergência 24 horas e a internação clínica adulta, ambos contratualizados por mais de 80% dessas unidades.

Tabela 3: Serviços mais frequentemente contratualizados, segundo os Diretores dos HPP

Serviços contratualizados	***Percentual dos HPP***
Atendimento de urgência/emergência 24h	*82,0%*
Internação clínica adulto (condições agudas)	*81,6%*
Eletrocardiograma (ECG)	*74,8%*
Radiografia	*71,7%*
Observação clínica (até 24h)	*69,8%*
Internação clínica pediátrica	*69,0%*
Laboratório terceirizado com coleta local	*67,8%*
Estabilização de pacientes graves para transferência	*67,4%*
Pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	*59,5%*
Atenção a pacientes crônicos e estabilizados	*57,0%*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Nota: *percentuais calculados sobre os 516 HPP que informaram possuir instrumento formal de contratualização com outros entes federativos ou estabelecimentos da RAS.*
Fonte: *elaboração própria.*

82. Somente 25,1% dos HPP, conforme declarações institucionais, apresentam simultaneamente papel assistencial definido com base em planejamento regional, contratualização vigente e produção correspondente em algum grau ao papel assistencial. Verifica-se que as maiores proporções de HPP que atendem a essas condições estão nos hospitais filantrópicos (38,1%) e entre os situados na região Sul (38,7%). As menores proporções encontram-se entre os hospitais públicos com gestão direta (18,2%) e naqueles localizados nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste (menos de 20%) - demais resultados no Apêndice C.

83. Em conjunto, a formalização ainda incompleta do papel dos HPP, a abrangência limitada do planejamento e da pactuação regional e os sinais de descompasso entre o papel definido e a atuação efetiva - marcada por forte presença de urgência, observação clínica e absorção de demandas potencialmente resolvíveis na Atenção Primária à Saúde (APS) - caracterizam definição insuficiente do papel assistencial em parcela relevante dos HPP, com atuação nem sempre alinhada ao planejamento da RAS. Essas fragilidades podem favorecer o deslocamento para o hospital de demandas potencialmente resolvíveis em outros pontos da rede, o uso pouco racional dos diferentes níveis de atenção e menor capacidade de orientar a oferta e os recursos segundo as necessidades regionais.

84. Como contraponto, nos casos em que a contratualização está instituída, observa-se maior vinculação da oferta ao planejamento regional, indicando que a fragilidade se concentra principalmente na abrangência desses mecanismos.

Critérios

- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, itens 3.4, 5 e 6.1.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP: Anexo XXIV, art. 4º; Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 5º, incisos I e II.*
- *Portaria GM/MS 9.262/2025, que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde: arts. 11 e 12, §§ 1º a 4º.*

III.1.2. Participação limitada nas instâncias de acompanhamento da contratualização

85. A análise evidencia participação limitada dos diretores dos HPP e das Secretarias de Saúde nas Comissões de Acompanhamento da Contratualização (CAC) ou instâncias equivalentes, comprometendo o acompanhamento sistemático e compartilhado dos compromissos pactuados. Entre os 516 HPP cujos diretores informaram possuir instrumento formal de contratualização com outros entes ou estabelecimentos da RAS, 38,8% declararam não participar dessas instâncias. Entre as 584 Secretarias que informaram existência de contratualização, esse percentual alcançou 41,6%.

86. Essa fragilidade ocorre apesar de os principais instrumentos de operacionalização da contratualização estarem presentes na maior parte dos casos. Documento Descritivo, Plano Operativo ou equivalente e metas/indicadores foram informados integralmente por 79,1% dos diretores e 74,8% das Secretarias e parcialmente por outros 15,9% e 19,5%, respectivamente. Assim, a existência dos instrumentos formais não tem sido acompanhada, na mesma extensão, pela participação dos atores nas instâncias responsáveis por monitorar sua execução e seus resultados.

87. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010, Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017) estabelecem mecanismos de governança voltados à definição de responsabilidades, metas, indicadores e ao acompanhamento dos compromissos assumidos entre os atores da rede. De forma mais específica, a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017) prevê, para as contratualizações hospitalares submetidas a esse regime, mecanismos periódicos de monitoramento e avaliação e a atuação de Comissão de Acompanhamento da Contratualização. A ausência de participação de parcela relevante dos diretores e das secretarias nessas instâncias fragiliza, portanto,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

o acompanhamento sistemático da execução contratual e a utilização de seus resultados para os ajustes necessários.

88. Por outro lado, nos casos em que há participação nas instâncias de acompanhamento, seu funcionamento tende a ser consistente. Entre os participantes, 76,6% dos diretores e 77,9% das secretarias informaram realização de avaliações com periodicidade definida, enquanto 73,7% e 71,7%, respectivamente, relataram utilização regular dos resultados para ajustes de metas, recursos, perfil assistencial ou fluxos. Esse resultado indica que, quando os atores participam do mecanismo formal de acompanhamento, predominam avaliações periódicas e utilização de seus resultados para a gestão da contratualização.

89. Entre os HPP contratualizados, somente 34,8% deles contam com participação regular do diretor do hospital e/ou da secretaria de saúde em instâncias de acompanhamento da contratualização ou equivalente e utilizam os resultados das avaliações para ajustar metas, recursos, perfil assistencial ou fluxos de encaminhamento do hospital. Esse índice é de cerca de 18% nos hospitais situados nas regiões Norte e Nordeste e de 19,1% nos hospitais públicos de gestão direta (vide mais detalhes no Apêndice C).

90. Em conjunto, os resultados caracterizam participação limitada nas instâncias de acompanhamento da contratualização. Embora os instrumentos formais estejam presentes na maior parte dos casos e, entre os participantes, predominem avaliações periódicas e utilização de seus resultados, cerca de quatro em cada dez diretores e secretarias com contratualização informaram não participar das instâncias formalmente destinadas a esse acompanhamento. Essa limitação fragiliza o monitoramento sistemático e compartilhado dos compromissos pactuados, podendo dificultar a identificação de desvios e a realização tempestiva de ajustes em metas, recursos, perfil assistencial e fluxos necessários à organização da oferta e à integração do HPP na RAS.

Critérios

91. Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, item 4, atributos 7 e 14, e item 6.2 (Anexo I da Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017).

- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP: Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 5º, incisos VIII, IX e X; arts. 11 e 12; e art. 32.*

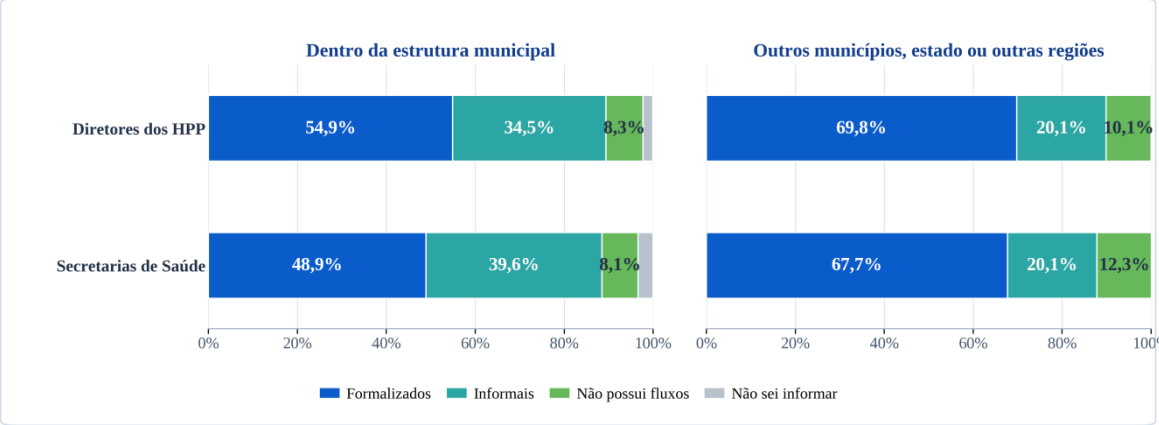
III.1.3. Fragilidades na formalização dos fluxos e na ordenação do acesso aos HPP

92. A análise evidencia que, embora os HPP mantenham fluxos assistenciais com outros pontos da RAS e apresentem ampla utilização de sistemas informatizados de regulação, parcela relevante desses fluxos ainda funciona de maneira informal e o acesso, especialmente aos atendimentos eletivos, nem sempre é efetivamente ordenado por mecanismos regulatórios.

93. Cerca de 90% das respostas institucionais indicam existência de algum fluxo intramunicipal de referência e contrarreferência. Entretanto, apenas 54,9% dos diretores e 48,9% das secretarias informaram que esses fluxos estão formalizados, enquanto 34,5% e 39,6%, respectivamente, declararam funcionamento informal. Nos fluxos com serviços de outros municípios, estados ou regiões, a formalização é maior - 69,8% entre os diretores e 67,7% entre as secretarias -, mas 20,1% de ambas as fontes ainda indicaram funcionamento informal.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Gráfico 3: Percentual declarado de formalização dos fluxos de referência e contrarreferência dos HPP



Fonte: *elaboração própria.*

94. Por outro lado, a utilização de sistemas informatizados de regulação é elevada: 93,9% dos diretores e 91,5% das secretarias informaram seu uso para internações e/ou transferências. Entre os respondentes que utilizam algum sistema, observa-se clara predominância da regulação estadual, indicada por 84,2% dos diretores e 85,8% das secretarias, enquanto os sistemas municipais foram mencionados por apenas 13,7% e 11,2%, respectivamente. As modalidades de regulação podem coexistir em um mesmo HPP. Esse resultado evidencia conexão operacional relevante dos HPP com a RAS, mas não assegura, por si só, a formalização dos fluxos nem a ordenação das diferentes formas de acesso ao hospital.

95. Mais de 90% das respostas dos diretores e das secretarias indicam que os HPP recebem demanda espontânea, de forma exclusiva ou combinada com acesso regulado, e pouco mais da metade os caracteriza exclusivamente como unidades de "porta aberta". Esse resultado, isoladamente, não caracteriza inadequação, especialmente diante da ampla oferta de urgência e emergência identificada nos HPP. Nos atendimentos eletivos, contudo, a percepção dos enfermeiros da ESF aponta menor participação da regulação: apenas 19,3% informaram acesso predominantemente regulado, enquanto 33,8% relataram acesso misto - regulado e espontâneo - e 38,8%, predominantemente espontâneo.

96. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010), a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS 9.262/2025) e a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017) preveem que o acesso e a circulação dos usuários entre os serviços sejam apoiados por fluxos estruturados de referência e contrarreferência, protocolos de acesso e mecanismos de regulação articulados entre os diferentes pontos da rede.

97. Segundo respostas institucionais, 70,6% do conjunto de HPP analisados possuem fluxos intra ou intermunicipais de referência e contrarreferência definidos, bem como utilizam sistema informatizado de regulação do acesso para internações ou transferências. Esse índice alcança 76,3% entre os hospitais públicos geridos por organizações sociais. Não há variações importantes entre os HPP das diversas regiões do país (detalhamento no Apêndice C).

98. Em conjunto, os resultados caracterizam fragilidades na formalização dos fluxos e na ordenação do acesso aos HPP. Apesar da elevada utilização de sistemas de regulação e da existência disseminada de fluxos assistenciais, parcela relevante desses fluxos permanece informal e, nos atendimentos eletivos, predomina a percepção de acesso espontâneo ou misto. Assim, a conexão operacional dos HPP com os mecanismos de regulação não se traduz, de forma uniforme, em fluxos institucionalizados e acesso ordenado, podendo reduzir a previsibilidade e a padronização do percurso assistencial e dificultar a organização regional da oferta.

Critérios

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, itens 5 e 6.2.*
- *Portaria GM/MS 9.262/2025, que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde: art. 5º, incisos VIII e XI; art. 9º, incisos III, V e VI; e art. 18, incisos I e IV.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP: Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 5º, inciso VI, alíneas "a", "b" e "c".*

III.1.4. Fragilidade da contrarreferência e do compartilhamento de informações clínicas, com risco de ruptura na continuidade assistencial

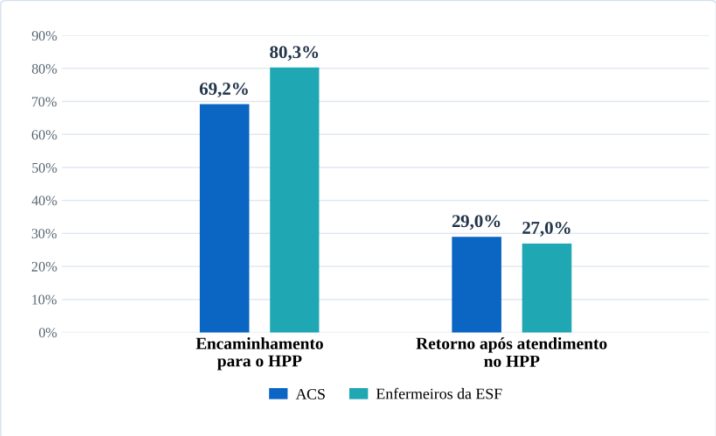
99. A análise evidencia fragilidades na contrarreferência e no compartilhamento de informações clínicas entre os HPP e os demais pontos da RAS. Embora os registros de encaminhamento e contrarreferência estejam presentes em grande parte das unidades, sua circulação entre os serviços é limitada, e a percepção dos ACS e dos enfermeiros da ESF revela dificuldade relevante na obtenção das informações necessárias à continuidade do cuidado após o atendimento hospitalar.

100. A existência de registros formais de encaminhamento e contrarreferência de pacientes foi informada por 75,3% dos diretores e 61,7% das secretarias. Assim, a fragilidade identificada decorre, em boa parte, da inexistência de registros sistemáticos em um quarto dos HPP, segundo seus diretores.

101. Contudo, o principal problema aparece no compartilhamento dessas informações entre os diferentes pontos da rede. Apenas 8,3% dos diretores e 8,4% das secretarias informaram que os HPP dispõem de prontuário eletrônico com efetivo compartilhamento de informações clínicas com outros serviços. Em sentido oposto, 77,4% e 75,0%, respectivamente, declararam que o hospital não possui prontuário eletrônico ou o possui sem compartilhar essas informações. Os resultados não significam ausência de qualquer comunicação, que pode ocorrer por documentos impressos, relatórios ou outros meios, mas evidenciam baixa integração informacional eletrônica entre os HPP e os demais pontos da RAS.

102. A percepção da Atenção Primária reforça essa fragilidade e evidencia forte assimetria entre o encaminhamento para o HPP e o retorno das informações após o atendimento hospitalar. ACS e enfermeiros da ESF relatam fornecer com muito mais frequência orientações claras quando encaminham o usuário ao hospital do que receber informações suficientes para dar continuidade ao cuidado após o atendimento no HPP, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 4: Percepção da Atenção Primária sobre o fornecimento de informações na referência e contrarreferência dos HPP.



Nota: *os percentuais correspondem aos respondentes que informaram frequentemente fornecer orientações claras para o encaminhamento ao HPP e receber informações suficientes para a continuidade do cuidado após o atendimento hospitalar.*
Fonte*: elaboração própria.*

103. Embora a maioria dos respondentes informe receber essas informações ao menos em alguma frequência, apenas 29,0% dos ACS e 27,0% dos enfermeiros da ESF relatam recebê-las frequentemente, enquanto 30,7% dos ACS e 34,6% dos enfermeiros da ESF afirmam não receber

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

informações suficientes para a continuidade do cuidado após o atendimento hospitalar. Desse modo, as evidências territoriais indicam que as informações produzidas durante o atendimento nem sempre retornam de forma regular e suficiente aos profissionais responsáveis pelo seguimento do usuário.

104. Somente 18,4% dos HPP, segundo declarações institucionais, simultaneamente mantêm registros que permitam acompanhar encaminhamentos e contrarreferências de pacientes e dispõem de prontuário eletrônico que permite compartilhar plena ou parcialmente essas informações. A maior proporção de hospitais que observam essa condição está entre os públicos geridos por organizações sociais (25,0%) e entre aqueles localizados na região Centro-Oeste (32,5%) – demais resultados no Apêndice C.

105. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010), a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS 9.262/2025) e a RDC Anvisa 63/2011 consideram a continuidade do cuidado, a referência e contrarreferência e a adequada transmissão de informações clínicas nas transições entre serviços como elementos necessários à integração assistencial.

106. Em conjunto, os resultados caracterizam fragilidade da contrarreferência e do compartilhamento de informações clínicas, com risco de ruptura na continuidade assistencial. O problema não se concentra predominantemente na produção dos registros, mas em sua efetiva circulação entre os pontos da rede. A baixa integração eletrônica e, sobretudo, a assimetria percebida pela Atenção Primária - com maior disponibilidade de orientações no encaminhamento para o HPP e menor retorno de informações após o atendimento hospitalar - podem dificultar o acompanhamento clínico, provocar perda ou indisponibilidade tempestiva de informações relevantes e favorecer repetição de exames ou procedimentos, comprometendo a continuidade organizada do cuidado.

Critérios

- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, item 4, atributo 5, e item 6.2 – Sistemas Logísticos.*
- *Portaria GM/MS 9.262/2025, que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde: art. 5º, inciso VIII; art. 9º, inciso VI; e art. 18, inciso I.*
- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 19 e parágrafo único.*

III.1.5. Demora relevante nas transferências de pacientes

107. A percepção dos atores territoriais indica demora relevante nas transferências de pacientes dos HPP para outros hospitais. Relataram que essas transferências às vezes ou geralmente demoram 40,6% dos ACS, 36,3% dos enfermeiros da ESF e 34,4% dos conselheiros municipais de saúde. A convergência entre as três fontes evidencia que a dificuldade não se apresenta de forma isolada.

108. Esse resultado contrasta com a avaliação institucional sobre a capacidade de viabilizar o transporte. Entre os diretores, 85,3% informaram que o HPP consegue providenciá-lo regularmente e em tempo adequado, percentual que alcançou 82,7% entre as Secretarias de Saúde. Observou-se pouca variabilidade, entre as regiões do país, na capacidade institucional declarada de viabilizar o transporte de pacientes: o menor índice está na região Sudeste (80,7%) e o maior, na região Centro-Oeste (89,8%). Hospitais públicos com gestão direta foram indicados como tendo maior capacidade de transporte (89,3%) que os de outras naturezas jurídico-administrativas (resultados completos no Apêndice C).

109. A diferença entre as percepções institucionais e as percepções territoriais não é necessariamente contraditória, pois a disponibilidade do transporte constitui apenas uma das etapas necessárias à efetiva transferência do paciente.

110. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010), a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS 9.262/2025) e a RDC Anvisa 63/2011 preveem mecanismos de regulação, transporte e continuidade assistencial destinados a assegurar o encaminhamento oportuno dos usuários entre os diferentes pontos de atenção. Assim, a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

capacidade de disponibilizar o transporte, embora necessária, não assegura, por si só, que a transferência seja concluída tempestivamente.

111. Os dados do diagnóstico não permitem identificar em qual etapa do processo ocorrem as demoras percebidas pelos atores territoriais, nem atribuí-las especificamente à disponibilidade do veículo, à regulação, à obtenção de vaga ou a outros componentes necessários à transferência. Essa limitação deve ser considerada na interpretação do achado.

112. A demora na transferência pode postergar o acesso do paciente ao nível de complexidade necessário e prolongar sua permanência no HPP. Esse efeito assume maior relevância em unidades cuja atuação se concentra no primeiro atendimento e na estabilização, podendo prolongar a ocupação de leitos ou áreas de observação enquanto o usuário aguarda encaminhamento ao serviço de referência.

113. Em conjunto, os resultados indicam demora relevante nas transferências de pacientes, apesar da boa capacidade declarada de viabilização do transporte. A percepção convergente dos atores territoriais, contraposta à avaliação favorável das fontes institucionais sobre o transporte, indica que a oportunidade da transferência depende de outras etapas do processo além da disponibilização do veículo. As demoras podem comprometer o acesso oportuno a serviços de maior complexidade e pressionar a capacidade operacional dos HPP enquanto os pacientes aguardam encaminhamento.

Critérios

- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, item 5 e item 6.2 – Sistemas Logísticos.*
- *Portaria GM/MS 9.262/2025, que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde: art. 9º, incisos III, V e VI, e art. 20, inciso VIII.*
- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 19 e parágrafo único.*

III.1.6. Conclusão

114. Os resultados indicam que os Hospitais de Pequeno Porte mantêm diferentes formas de relação com as Redes de Atenção à Saúde, com graus distintos de formalização, planejamento regional e coordenação assistencial. Em parcela relevante dos HPP, foram identificadas fragilidades que limitam sua adequada inserção na RAS.

115. As respostas mostram ampla utilização de sistemas de regulação, existência de fluxos assistenciais com outros serviços e realização de encaminhamentos e transferências. Esses elementos demonstram a presença de mecanismos operacionais de articulação com a rede, mas não permitem concluir, por si só, que essa integração ocorra de forma adequadamente planejada, formalizada e coordenada. Na percepção dos atores territoriais, observa-se ainda avaliação predominantemente favorável quanto à capacidade dos HPP de resolver ao menos parte das demandas atendidas, embora essa percepção não constitua medida objetiva de resolutividade.

116. Persistem fragilidades nas três dimensões consideradas para avaliar a inserção dos HPP na RAS. Na oferta assistencial planejada e racional, parcela dos HPP apresenta definição insuficiente do papel assistencial, com formalização incompleta, participação limitada do planejamento regional e sinais de atuação nem sempre alinhada ao papel definido. Na governança institucional, a contratualização formal com outros atores da RAS alcança aproximadamente metade das respostas e, nos casos em que existe, parcela dos diretores e das secretarias não participa das instâncias destinadas ao seu acompanhamento. Na coordenação assistencial, parte dos fluxos permanece informal, o acesso nem sempre é efetivamente ordenado pela regulação, a contrarreferência e o compartilhamento de informações clínicas apresentam fragilidades e os atores territoriais relatam demora nas transferências.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

117. O cenário identificado é, portanto, de presença de mecanismos operacionais de articulação dos HPP com outros pontos da RAS, porém acompanhada de fragilidades na integração institucional, regional e longitudinal do cuidado. Existem meios para encaminhamento, regulação e transferência dos usuários. Mostram-se mais frágeis, contudo, a definição e a pactuação regional do papel de parcela das unidades, o acompanhamento dos compromissos contratualizados, a formalização e a ordenação dos fluxos de acesso e o retorno das informações necessárias à continuidade do cuidado.

118. Em síntese, as fragilidades identificadas podem integrar um mesmo encadeamento sistêmico: a definição e a pactuação regional insuficientes do papel dos HPP podem contribuir para que sua atuação responda, em maior medida, às demandas imediatas do território, inclusive de pronto atendimento e da Atenção Primária. A participação limitada nas instâncias de acompanhamento da contratualização fragiliza o monitoramento e o ajuste dos compromissos pactuados. Ao mesmo tempo, embora a maioria dos HPP utilize sistemas informatizados de regulação, parte dos fluxos assistenciais permanece sem formalização e o acesso nem sempre é ordenado de forma predominante pela regulação. Somam-se a isso as limitações na contrarreferência, no compartilhamento de informações e na oportunidade das transferências, que podem comprometer a continuidade assistencial.

119. O principal desafio evidenciado pela análise está, portanto, em definir e pactuar de forma mais consistente o papel dos HPP no planejamento regional, fortalecer os mecanismos de governança e acompanhamento e aprimorar sua articulação com os demais serviços da RAS ao longo do percurso assistencial.

III.2. Capacidade Operacional dos HPP

120. Para fins desta auditoria, a capacidade operacional dos Hospitais de Pequeno Porte está relacionada à disponibilidade de infraestrutura física, equipamentos, insumos, profissionais e serviços de apoio compatíveis com as atividades assistenciais realizadas. A existência desses recursos, isoladamente, não assegura condições adequadas de funcionamento, sendo necessário considerar também suas condições de uso e sua disponibilidade ao longo da prestação dos serviços.

121. A análise examinou a adequação e a conservação da infraestrutura física; a disponibilidade e a manutenção de equipamentos; o abastecimento de medicamentos, materiais e insumos; a disponibilidade e a composição da força de trabalho; o acesso a serviços de apoio diagnóstico; e as condições para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência. As informações prestadas pelos diretores dos HPP e pelas Secretarias de Saúde foram complementadas pelas percepções de ACS, enfermeiros da ESF e conselheiros municipais de saúde.

122. A avaliação teve como principais referenciais a RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde; a RDC Anvisa 50/2002, relativa ao planejamento e à organização física dos estabelecimentos assistenciais de saúde; a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017); as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria MS 4.279/2010), como os demais critérios consolidados na peça 48. A partir desses referenciais, os resultados são apresentados segundo os principais achados identificados.

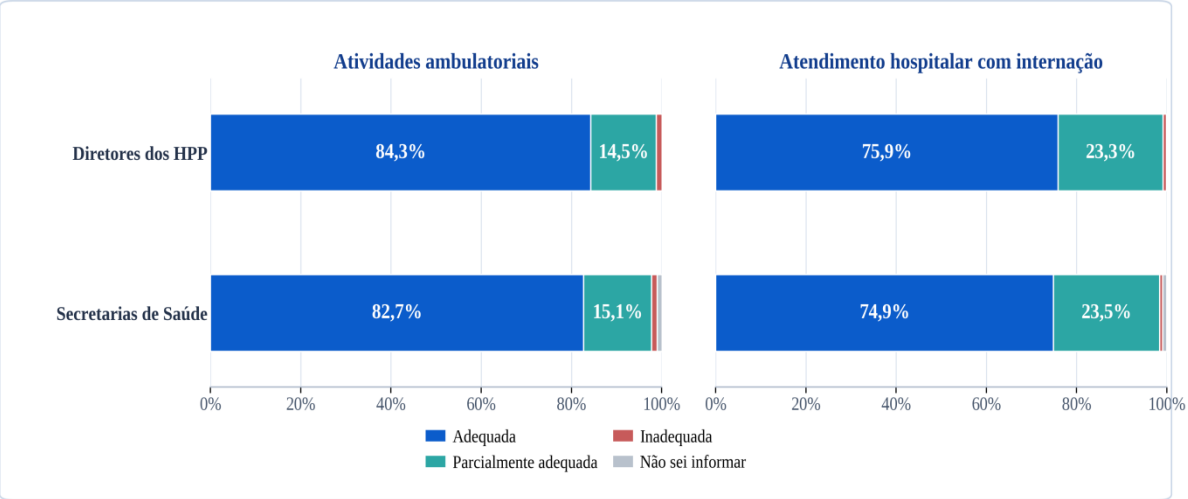
III.2.1. Insuficiências parciais na infraestrutura física de parcela dos HPP, especialmente para internação

123. As avaliações sobre a infraestrutura física são predominantemente favoráveis, mas revelam insuficiências parciais em parcela dos HPP, mais acentuadas nas atividades que envolvem internação. Para o atendimento ambulatorial, 84,3% dos diretores e 82,7% das Secretarias consideraram adequados os ambientes e a estrutura física, enquanto 14,3% e 15,1%, respectivamente, os avaliaram como parcialmente adequados. Para as atividades de internação, 75,9% dos diretores e 74,9% das Secretarias avaliaram a infraestrutura como adequada, enquanto a condição "parcialmente adequada" alcançou 23,3% e 23,5%, respectivamente. Assim, embora cerca de três quartos dos respondentes institucionais avaliem favoravelmente a infraestrutura destinada à internação,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

aproximadamente um quarto identifica limitações, proporção superior à observada nas atividades ambulatoriais.

Gráfico 5: Percentual declarado de adequação da infraestrutura física para atividades ambulatoriais e internação



Nota: *percentuais calculados sobre os respondentes aos quais cada questão se aplicava (ambulatório: 878 diretores e 1.043 Secretarias; internação: 968 diretores e 1.149 Secretarias).*

Fonte: *elaboração própria.*

124. A percepção dos atores territoriais é compatível com a existência de limitações em parcela das unidades, embora tenha caráter mais geral e não constitua avaliação técnica da conformidade físico-arquitetônica. Consideraram a estrutura adequada para atender os pacientes 58,5% dos ACS, 55,6% dos enfermeiros da ESF e 61,4% dos conselheiros municipais de saúde, enquanto aproximadamente um terço desses grupos a avaliou como adequada na maior parte, mas com alguns problemas.

125. As condições de conservação e manutenção das instalações apresentam fragilidade adicional. Problemas foram relatados por 56,0% dos diretores e 53,2% das secretarias, mas, na maior parte das respostas, sem prejuízo declarado ao funcionamento dos serviços. Situações em que os problemas prejudicam o funcionamento ou a segurança de pacientes e profissionais corresponderam a 3,7% entre os diretores e 4,9% entre as secretarias. Assim, os problemas de conservação são disseminados, mas sua repercussão operacional foi declarada como limitada na maioria dos casos.

126. A maioria dos HPP (68,7%), segundo declarações institucionais, conta com estrutura física adequada para a realização de atividades ambulatoriais ou de internação e não têm problemas de conservação ou manutenção que prejudiquem o funcionamento dos serviços ou a segurança de pacientes e profissionais. As maiores proporções de HPP com estrutura física adequada estão nos hospitais públicos geridos por organizações sociais (81,6%) e nos filantrópicos (79,3%) e entre aqueles situados nas regiões Sudeste (73,0%) e Sul (74,8%). Apenas 62,8% dos hospitais públicos com gestão direta e 56,2% dos hospitais da Região Norte foram indicados como tendo estrutura física adequada (resultados completos no Apêndice C).

127. A RDC Anvisa 50/2002 estabelece requisitos para o planejamento e a organização física dos estabelecimentos assistenciais de saúde, incluindo dimensionamento dos ambientes, organização funcional e fluxos de pacientes, profissionais, materiais e resíduos. A RDC Anvisa 63/2011, por sua vez, determina que os serviços de saúde disponham de infraestrutura física compatível com a modalidade de assistência prestada e mantenham a documentação relativa ao projeto arquitetônico aprovado pela vigilância sanitária competente.

128. Em conjunto, os resultados caracterizam insuficiências parciais na infraestrutura física de parcela dos HPP, especialmente para internação. Aproximadamente um quarto dos respondentes institucionais identifica limitações nos ambientes e na estrutura necessária às atividades de internação, e problemas de conservação ou manutenção são relatados por mais da metade das fontes

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

institucionais. Embora estes últimos, na maioria das respostas, ainda não comprometam o funcionamento dos serviços, os resultados indicam necessidade de adequação e manutenção da infraestrutura física de parcela das unidades em compatibilidade com as atividades assistenciais realizadas.

Critérios

- *RDC Anvisa 50/2002, que aprova o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde: art. 1º; Anexo, Parte II, itens 2 e 3; e Parte III, item 4, especialmente itens 4.1, 4.3 e 4.4.*
- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: arts. 17 e 23, inciso I.*

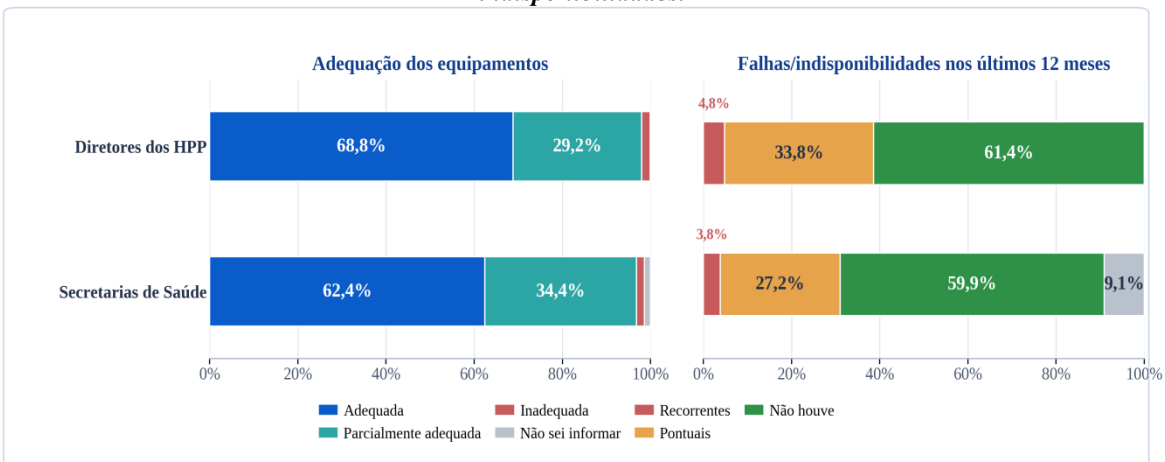
III.2.2. Fragilidades na disponibilidade e continuidade de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico

129. A disponibilidade de equipamentos, insumos e serviços de apoio diagnóstico é avaliada de forma majoritariamente favorável, mas as respostas revelam limitações parciais e ocorrências de indisponibilidade que afetaram o atendimento em parcela dos HPP. As situações mais frequentes envolvem falhas de equipamentos e interrupções no apoio diagnóstico, além de episódios de desabastecimento de medicamentos, materiais e itens necessários ao funcionamento assistencial, predominantemente de caráter pontual. A análise de equipamentos relacionados aos serviços obstétricos e/ou neonatais também evidencia heterogeneidade na disponibilidade de recursos entre os HPP que declararam realizar essas atividades.

130. Quanto aos equipamentos médico-assistenciais, 68,8% dos diretores consideraram que sua quantidade e variedade são adequadas aos serviços prestados pelo HPP, enquanto 29,2% avaliaram a disponibilidade como parcialmente adequada e 1,9%, como inadequada. Entre as Secretarias de Saúde, 62,4% indicaram adequação, 34,4% adequação parcial e 1,8% inadequação; 1,4% não soube informar. Assim, embora predomine a avaliação favorável, aproximadamente um terço das respostas institucionais identifica limitações na disponibilidade dos equipamentos necessários à assistência.

131. A manutenção constitui elemento adicional para compreender esse resultado. Entre os diretores, 68,4% informaram realização de manutenção preventiva e corretiva, enquanto 30,1% relataram realização apenas de manutenção corretiva e 1,5%, ausência de manutenção estruturada. Além disso, falhas ou indisponibilidades de equipamentos com impacto no atendimento nos últimos doze meses foram relatadas por 38,6% dos diretores e 31,0% das secretarias, predominantemente de forma pontual. O gráfico a seguir apresenta conjuntamente a avaliação da adequação dos equipamentos e a ocorrência dessas falhas ou indisponibilidades.

Gráfico 6: Avaliação institucional sobre a adequação dos equipamentos nos HPP e ocorrência de falhas ou indisponibilidades.



Nota: *no painel de falhas/indisponibilidades, as categorias "recorrentes" e "pontuais" referem-se a ocorrências com repercussão no atendimento, conforme os questionários.*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

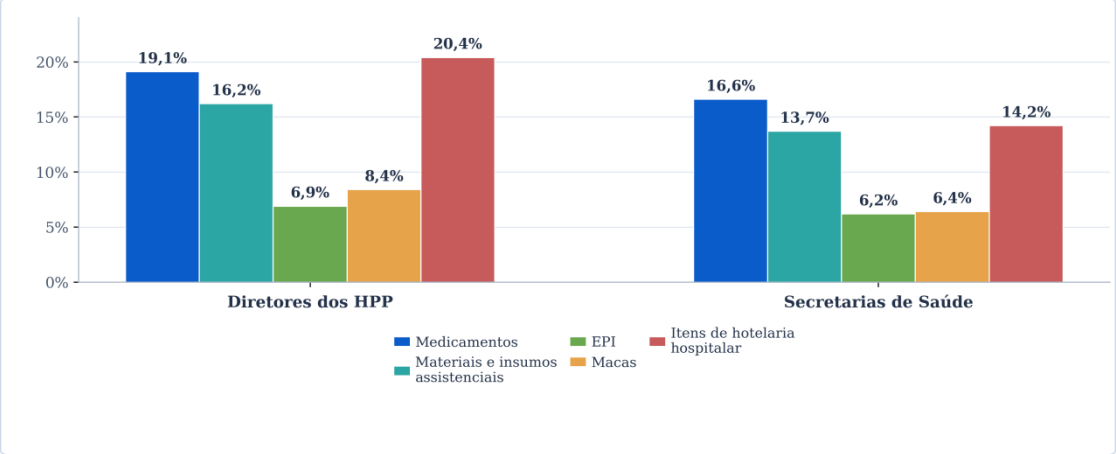
***Fonte**: elaboração própria.*

132. A percepção territorial também aponta limitações, embora deva ser interpretada como evidência complementar. Avaliaram que os equipamentos necessários estão disponíveis e funcionam adequadamente 51,2% dos ACS, 55,3% dos enfermeiros da ESF e 64,3% dos conselheiros municipais de saúde. Outros 22,9% dos ACS, 18,5% dos enfermeiros da ESF e 20,7% dos conselheiros municipais de saúde informaram que alguns equipamentos não funcionam adequadamente, enquanto 11,1%, 8,1% e 7,2%, respectivamente, relataram ausência ou problemas em vários equipamentos.

133. Em relação ao desabastecimento, os episódios relatados também foram predominantemente pontuais. A falta de medicamentos que prejudicou o atendimento nos últimos doze meses foi informada por 19,1% dos diretores e 16,6% das secretarias, sendo os episódios recorrentes indicados por apenas 2,1% de ambas as fontes. Para materiais e insumos assistenciais, algum desabastecimento com repercussão no atendimento foi relatado por 16,2% dos diretores e 13,7% das secretarias, com ocorrência recorrente em 2,0% e 1,7%, respectivamente.

134. Outros recursos apresentaram menor frequência de limitações, embora algumas situações mereçam registro. A falta ou insuficiência de equipamentos de proteção individual com repercussão assistencial foi relatada por 6,9% dos diretores e 6,2% das secretarias, enquanto problemas relacionados à disponibilidade de macas alcançaram 8,4% e 6,4%, respectivamente. Já limitações em itens de hotelaria hospitalar com impacto no atendimento foram informadas por 20,4% dos diretores e 14,2% das secretarias. O gráfico a seguir sintetiza as ocorrências de indisponibilidade ou insuficiência desses recursos com impacto no atendimento, nos últimos doze meses.

Gráfico 7: Ocorrências de indisponibilidade ou insuficiência de recursos com impacto no atendimento, nos últimos 12 meses.



***Nota:** os percentuais correspondem à soma das ocorrências pontuais e recorrentes relatadas nas questões 3.3.1 a 3.3.5 dos questionários dos diretores dos HPP e das Secretarias de Saúde.*

***Fonte:** elaboração própria.*

135. Somente 3 em cada 5 HPP, segundo respostas institucionais, dispõem de equipamentos compatíveis com os serviços prestados em quantidade suficiente e não registraram indisponibilidade de equipamentos ou insumos nos últimos doze meses que tenham impactado o atendimento, ou registraram de forma pontual, porém sem prejuízo ao atendimento. O menor índice de HPP com disponibilidade e continuidade de equipamentos e insumos está nos hospitais públicos com gestão direta (53,6%) e em cerca de metade dos hospitais situados nas regiões Norte e Nordeste (demais resultados no Apêndice C).

136. O apoio diagnóstico apresenta avaliação predominantemente favorável. Consideraram os serviços disponíveis adequados às necessidades assistenciais 87,8% dos diretores e 80,5% das secretarias, enquanto 10,8% e 16,4%, respectivamente, avaliaram essa disponibilidade como parcial. Entre os HPP cujos diretores informaram disponibilidade integral ou parcial desses serviços, eletrocardiografia, raio X, patologia clínica e ultrassonografia foram as modalidades mais frequentemente indicadas, enquanto exames de maior complexidade ou mais dependentes do perfil

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

assistencial apresentaram menor frequência, conforme demonstrado na tabela a seguir. Destaca-se que a disponibilidade de apoio diagnóstico compreende tanto a oferta direta pelo HPP - própria ou terceirizada - quanto o acesso formalizado ao serviço na rede. Ainda, a menor disponibilidade desses últimos não caracteriza, isoladamente, deficiência, pois sua necessidade depende do perfil assistencial do HPP e da organização do acesso na rede.

Tabela 4: Percentual de HPP com serviços de apoio diagnóstico declarados disponíveis, segundo os seus diretores

Serviço de apoio diagnóstico	*Percentual dos HPP*
Eletrocardiografia	*94,4%*
Raio X	*88,9%*
Patologia clínica – bioquímica, hematologia e urina	*83,5%*
Ultrassonografia	*67,6%*
Tomografia computadorizada	*27,7%*
Endoscopia	*22,7%*
Mamografia	*16,4%*
Ressonância magnética	*13,6%*

Nota: *os percentuais calculados sobre os 971 diretores dos HPP que responderam "Sim" ou "Parcialmente" sobre a disponibilização de Serviços de apoio diagnóstico.*

Fonte: *elaboração própria.*

137. Apesar dessa avaliação geral favorável, interrupções ou indisponibilidades de serviços diagnósticos com impacto no atendimento nos últimos doze meses foram relatadas por 30,2% dos diretores e 24,8% das secretarias. Na maior parte dos casos, tratou-se de ocorrências pontuais segundo 27,6% dos diretores e 23,0% das secretarias, enquanto interrupções recorrentes corresponderam a 2,5% e 1,8%, respectivamente. A percepção territorial também foi predominantemente favorável quanto ao acesso a exames básicos, considerado adequado por 67,8% dos ACS, 69,4% dos enfermeiros da ESF e 76,2% dos conselheiros municipais de saúde.

138. Disponibilizam acesso a apoio diagnóstico, segundo as respostas institucionais, 83,8% dos HPP. Esse acesso varia de 76,8% para HPP situados no Nordeste a 93,2% para aqueles situados no Sudeste, e de 81,8% para hospitais públicos com gestão direta a 89,5% para hospitais públicos geridos por organizações sociais (demais resultados no Apêndice C).

139. Ainda, foi realizada análise específica entre os 606 HPP cujos diretores declararam realizar pelo menos uma atividade diretamente relacionada ao parto ou à assistência neonatal nos últimos doze meses - parto normal, alojamento conjunto ou estabilização neonatal -, buscando verificar a disponibilidade declarada de sala de parto, incubadora neonatal e berço aquecido. Foram excluídos dessa análise os 112 HPP que informaram exclusivamente atendimento obstétrico sem realização de parto. Entre os estabelecimentos elegíveis, 96,0% declararam possuir sala de parto, 79,5% berço aquecido e 52,9% incubadora neonatal. Considerados conjuntamente os três equipamentos pesquisados, 48,3% dos HPP informaram possuir os três simultaneamente, 31,8% possuíam dois e 19,8% apenas um.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Gráfico 8: Disponibilidade dos principais equipamentos para serviços obstétricos e/ou neonatais declarada pelos diretores dos HPP.

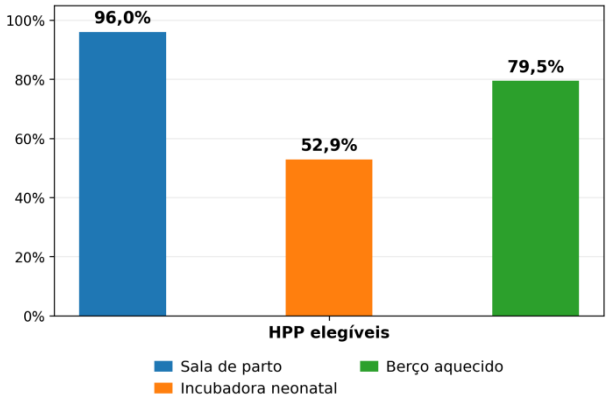
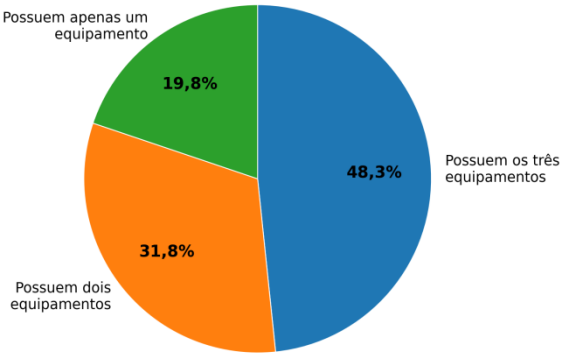


Gráfico 9: Quantidade de equipamentos para serviços obstétricos e/ou neonatais disponíveis simultaneamente entre os HPP.



***Nota**: universo de 606 respostas elegíveis de diretores de HPP que declararam realizar pelo menos uma das seguintes atividades nos últimos 12 meses: parto normal, alojamento conjunto ou estabilização neonatal. Foram excluídos os casos que informaram exclusivamente atendimento obstétrico sem realização de parto.*
***Fonte**: elaboração própria.*

140. Os resultados evidenciam heterogeneidade na disponibilidade dos equipamentos pesquisados entre os HPP que declararam realizar atividades relacionadas ao parto ou à assistência neonatal, especialmente quanto à incubadora neonatal, cuja disponibilidade foi informada por pouco mais da metade das unidades. A interpretação desse resultado deve considerar, contudo, que o grupo reúne diferentes modalidades de atendimento, que podem demandar combinações distintas de equipamentos. Assim, a ausência isolada de determinado recurso não permite concluir, por si só, pela inadequação da unidade, devendo sua necessidade ser avaliada conforme o perfil assistencial, os serviços efetivamente prestados e a organização da rede de referência.

141. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece que os serviços de saúde devem dispor de equipamentos, materiais, medicamentos e demais recursos necessários ao funcionamento, mantendo-os em condições adequadas e assegurando sua disponibilidade para a assistência. As diretrizes para organização da RAS no SUS (Portaria GM-MS 4.279/2010) também reconhecem a assistência farmacêutica e os sistemas de apoio diagnóstico como componentes necessários ao funcionamento integrado dos pontos de atenção.

142. Todavia, em conjunto, os resultados caracterizam fragilidades na disponibilidade e continuidade de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico em parcela dos HPP. Apesar de a maior parte das respostas indicar disponibilidade adequada desses recursos, há episódios consideráveis de falha, desabastecimento ou interrupção, predominantemente pontuais. A análise específica dos HPP que dispõem de serviços obstétricos e/ou neonatais também evidencia heterogeneidade na disponibilidade de equipamentos relacionados a esse perfil assistencial. Dessa forma, a proporção de unidades que relata limitações na disponibilidade de equipamentos, falhas com impacto no atendimento e interrupções do apoio diagnóstico demonstra que a disponibilidade e a continuidade dos recursos necessários à assistência não estão asseguradas de forma uniforme entre os HPP.

Critérios

- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, item 6.2.*
- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 7º, inciso II; arts. 17, 23, inciso IX, 47, 53 e 54.*

III.2.3. Condições declaradas predominantemente favoráveis para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência

143. Os HPP apresentam condições declaradas predominantemente favoráveis para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência. Essa

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

avaliação é sustentada pela elevada proporção de diretores e Secretarias de Saúde que informam condições mínimas para o atendimento inicial de urgência e para reanimação cardiovascular, pela ampla disponibilidade declarada dos principais equipamentos de suporte à vida e pela percepção majoritariamente favorável dos atores territoriais quanto à capacidade de estabilização de pacientes graves.

144. Quanto ao atendimento inicial de urgência, 89,1% dos diretores avaliaram que o HPP possui as condições mínimas necessárias, enquanto 9,3% indicaram atendimento parcial dessas condições e 1,5%, ausência. Entre as Secretarias de Saúde, 87,1% apontaram condições adequadas, 9,7%, parciais e 1,6%, insuficientes; 1,5% não soube informar. Assim, apesar da predominância de avaliações favoráveis, aproximadamente um em cada dez respondentes institucionais identifica alguma limitação nas condições disponíveis para esse atendimento.

145. Resultado semelhante foi observado quanto à capacidade para atendimento de casos de reanimação cardiovascular. Entre os diretores, 90,2% declararam que o hospital dispõe das condições mínimas necessárias, 8,7% responderam "parcialmente" e 1,1%, "não". Entre as secretarias, 85,9% avaliaram as condições como adequadas, 12,4% como parciais e 1,6% como insuficientes. As perguntas consideravam, entre outros elementos, equipamentos de suporte à vida, equipe treinada e protocolos assistenciais.

146. A grande maioria dos HPP (84,7%), segundo respostas institucionais, apresentam simultaneamente tanto condições mínimas para atendimento inicial de urgência quanto para reanimação cardiovascular. Esse índice varia desde cerca de 75% para os hospitais situados nas regiões Norte e Nordeste até 94% para os situados na região Sul. A quase totalidade dos hospitais públicos geridos por organizações sociais (96,1%) são dotados dessas condições mínimas, contra 81,3% dos hospitais públicos com gestão direta (demais resultados no Apêndice C).

147. A disponibilidade declarada de equipamentos de urgência e emergência pelos diretores reforça esse quadro. Entre os equipamentos avaliados, apenas o ventilador pulmonar apresentou disponibilidade inferior a 90% dos HPP, conforme demonstrado na tabela a seguir. A ausência isolada de determinado equipamento, contudo, não permite caracterizar inadequação da unidade sem considerar seu perfil assistencial e os requisitos aplicáveis aos serviços efetivamente realizados.

Tabela 5: Percentual de diretores de HPP que declaram disponibilidade de equipamentos de suporte à vida nos hospitais.

Equipamento de suporte à vida	*Percentual dos HPP*
Reanimador pulmonar / AMBU	*98,4%*
Carrinho de emergência	*97,3%*
Monitor de ECG	*96,1%*
Esfigmomanômetro	*95,8%*
Desfibrilador	*93,4%*
Ventilador pulmonar	*83,5%*

Fonte: *elaboração própria.*

148. O pareamento das respostas por HPP reforça a coerência entre o perfil assistencial declarado e os recursos disponíveis para a urgência e emergência. Entre os 920 HPP cujos diretores informaram atendimento de urgência e emergência 24 horas, 98,2% declararam presença de médico e 99,7%, de equipe de enfermagem durante todo o período. Quanto aos equipamentos de suporte à vida pesquisados, 91,6% desses hospitais dispunham de pelo menos cinco dos seis equipamentos avaliados e 79,1%, de todos os seis. Considerados simultaneamente equipamentos e força de trabalho, 90,4% possuíam pelo menos cinco dos seis equipamentos, além de médico e equipe de enfermagem 24 horas, e 78,3% reuniam os seis equipamentos e ambas as categorias profissionais durante todo o período. Os resultados demonstram elevada correspondência, em termos agregados, entre a oferta declarada de urgência e emergência 24 horas e a disponibilidade dos principais recursos examinados para esse atendimento. O detalhamento da disponibilidade simultânea desses recursos é apresentado na tabela a seguir:

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Tabela 6: Disponibilidade simultânea de profissionais e equipamentos entre os HPP que declararam atendimento de urgência e emergência 24h.

Condição simultânea	*HPP (n)*	*Percentual*
Médico e equipe de enfermagem em período integral (24h)	*902*	*98,0%*
Médico e equipe de enfermagem 24h + pelo menos 4 dos 6 equipamentos pesquisados	*871*	*94,7%*
Médico e equipe de enfermagem 24h + pelo menos 5 dos 6 equipamentos pesquisados	*832*	*90,4%*
Médico e equipe de enfermagem 24h + todos os 6 equipamentos pesquisados	*720*	*78,3%*

Nota: *percentuais calculados sobre os 920 HPP cujos diretores declararam atendimento de urgência e emergência 24h. Os seis equipamentos pesquisados são: reanimador pulmonar/AMBU, carrinho de emergência, monitor de ECG, esfigmomanômetro, desfibrilador e ventilador pulmonar.*

Fonte: *elaboração própria.*

149. A percepção territorial também é predominantemente favorável quanto à capacidade de primeiro atendimento e estabilização. Entre os ACS, 75,9% informaram que o HPP consegue frequentemente realizar o primeiro atendimento e estabilizar pacientes graves e 17,1%, que consegue às vezes. Entre os conselheiros municipais de saúde, 80,0% avaliaram que o hospital consegue realizar esse atendimento e 14,6% apontaram dificuldades. Entre os enfermeiros da ESF, 64,4% informaram não perceber dificuldade para estabilização, 18,1% relataram dificuldade eventual e 6,7%, frequente. A convergência entre as avaliações institucionais, a disponibilidade declarada de equipamentos e a percepção territorial constitui sinal consistente de capacidade para o primeiro atendimento e a estabilização em grande parte dos HPP pesquisados.

150. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece que os serviços de saúde devem prover infraestrutura, recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais compatíveis com a demanda e a modalidade de assistência prestada e assegurar suporte imediato à vida quando necessário. A Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017) também estabelece diretrizes relacionadas à continuidade e à integralidade da assistência hospitalar.

151. A natureza declaratória das evidências, entretanto, recomenda cautela. As respostas não substituem a verificação da disponibilidade e das condições de funcionamento dos equipamentos, da presença efetiva e qualificação das equipes ou da existência e aplicação dos protocolos assistenciais em cada unidade. Todavia, em conjunto, os resultados indicam condições declaradas predominantemente favoráveis para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência. A elevada proporção de avaliações institucionais favoráveis, a forte correspondência entre a oferta de urgência e emergência 24 horas e a disponibilidade simultânea de equipamentos e profissionais, bem como a percepção majoritariamente positiva dos atores territoriais, constituem evidências convergentes nesse sentido. Esse conjunto de evidências reforça a relevância da função de urgência e emergência no perfil assistencial dos HPP, sem permitir concluir, contudo, que essa seja sua função exclusiva ou que corresponda, em todos os casos, ao papel mais adequado no âmbito da RAS.

Critérios

- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 17 e art. 58.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, que estabelece a Política Nacional de Atenção Hospitalar – PNHOSP: Anexo XXIV, arts. 4º, 6º, incisos VIII e IX, e 22.*

III.2.4. Insuficiência de equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico, com repercussão no atendimento

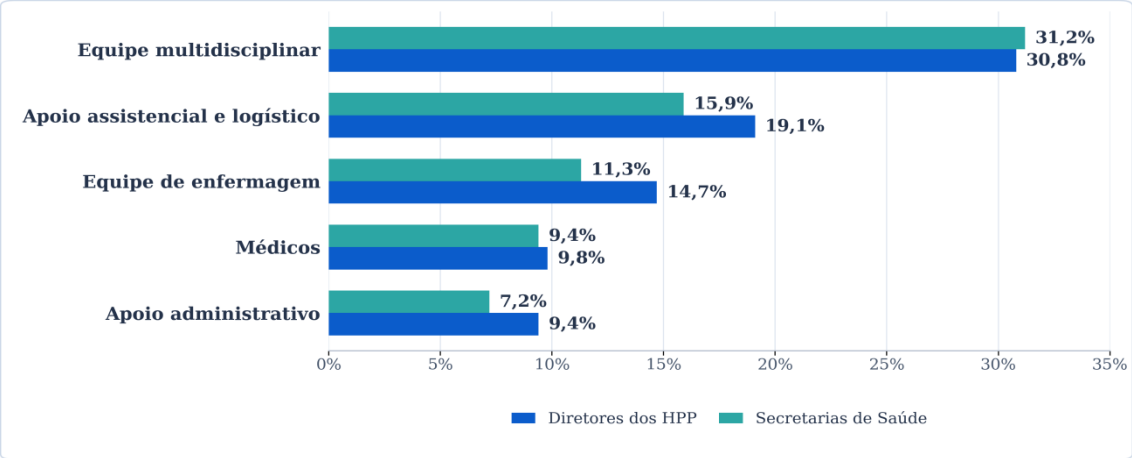
152. As principais limitações relacionadas à força de trabalho concentram-se nas equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico. A insuficiência ou ausência desses profissionais com repercussão no atendimento foi relatada por parcela relevante dos diretores dos HPP e das Secretarias de Saúde, enquanto as limitações relacionadas às equipes médica e de enfermagem foram menos frequentes e coexistem com elevada cobertura declarada dessas categorias durante 24 horas.

153. As maiores frequências foram observadas nas equipes multidisciplinares, cuja insuficiência ou ausência com repercussão no atendimento foi relatada por 30,8% dos diretores e 31,2%

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

das secretarias, seguidas pelos profissionais de apoio assistencial e logístico. As limitações foram menos frequentes para profissionais de enfermagem, médicos e administrativos. A convergência entre diretores e secretarias reforça a concentração das dificuldades na composição ampliada das equipes, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 10: Ausência ou insuficiência de profissionais com repercussão no atendimento



Fonte: *elaboração própria.*

154. Como contraponto, a cobertura declarada das categorias centrais para a assistência hospitalar durante todo o período de funcionamento é elevada. Entre os diretores, 96,4% informaram presença de médico durante 24 horas e 99,2%, de profissionais de enfermagem no mesmo período. Esses resultados são coerentes com a elevada oferta de atendimento de urgência e emergência 24 horas e com o pareamento apresentado no achado anterior, que mostrou elevada disponibilidade simultânea dessas duas categorias entre os HPP que declararam esse tipo de atendimento.

155. Em 42,4% dos HPP, há insuficiência de profissionais em pelo menos uma das categorias analisadas - médicos, enfermeiros, equipes multiprofissionais, apoio assistencial e logístico ou apoio administrativo. A insuficiência é mais frequente nos HPP da região Norte, onde alcança 58,9% das unidades, e nos hospitais públicos com gestão direta, com 46,2% (demais resultados no Apêndice C).

156. A percepção dos atores territoriais também registra repercussões relacionadas à disponibilidade de profissionais. Relataram que a falta de profissionais prejudica frequentemente ou às vezes o atendimento no HPP 29,2% dos ACS, 27,9% dos enfermeiros da ESF e 33,7% dos conselheiros municipais de saúde. Esses resultados devem ser interpretados como evidência complementar, especialmente porque 31,0% dos ACS e 37,7% dos enfermeiros da ESF declararam não saber avaliar esse aspecto, indicando menor conhecimento desses grupos sobre a composição e a disponibilidade das equipes hospitalares.

157. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece que os serviços de saúde devem dispor de profissionais em número e qualificação compatíveis com a demanda e com a modalidade de assistência prestada, além de assegurar a continuidade da assistência durante o período de funcionamento. As diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS (Portaria GM-MS 4.279/2010) também reconhecem a suficiência e a adequada distribuição dos recursos humanos como elementos necessários ao funcionamento dos pontos de atenção.

158. Em conjunto, os resultados caracterizam insuficiência de equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico, com repercussão no atendimento em parcela dos HPP. As limitações concentram-se na composição ampliada das equipes, podendo restringir a oferta de determinadas atividades e dificultar a integralidade da assistência. Como contraponto, as limitações declaradas de médicos e profissionais de enfermagem são menos frequentes, e a cobertura dessas duas categorias em regime de 24 horas é elevada.

Critérios

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 16, 30 e 31.*
- *Portaria MS 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS: Anexo, item 4, atributo 10.*

III.2.5. Conclusão

159. As respostas ao diagnóstico indicam avaliação predominantemente favorável quanto à disponibilidade de infraestrutura, equipamentos, insumos, profissionais e serviços de apoio necessários ao funcionamento das atividades declaradas. Essa avaliação, contudo, não é uniforme, tendo sido identificadas limitações parciais em componentes relevantes da capacidade operacional, especialmente na infraestrutura destinada à internação, na disponibilidade e continuidade de equipamentos, insumos e serviços de apoio diagnóstico e na composição das equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico.

160. Quanto à infraestrutura física, predominam avaliações favoráveis, mas parcela relevante dos respondentes identifica insuficiências nos ambientes e na configuração físico-arquitetônica necessária às atividades de internação. Além disso, problemas de conservação ou manutenção das instalações são relatados em mais da metade das respostas institucionais, ainda que, na maioria dos casos, sem prejuízo declarado ao funcionamento dos serviços.

161. A disponibilidade de equipamentos, medicamentos, insumos e apoio diagnóstico também apresenta avaliação predominantemente favorável, coexistindo, contudo, com limitações parciais e episódios de indisponibilidade que afetaram o atendimento. As ocorrências de falhas, desabastecimentos e interrupções foram, em sua maior parte, pontuais, não caracterizando quadro generalizado de desabastecimento ou interrupção crônica. A análise específica dos HPP que declararam prestar serviços obstétricos e/ou neonatais acrescenta evidências de heterogeneidade na disponibilidade de equipamentos associados a esse perfil assistencial. Em conjunto, os resultados indicam que a disponibilidade e a continuidade desses recursos não estão asseguradas de maneira uniforme entre os HPP.

162. Em relação à força de trabalho, as principais fragilidades concentram-se nas equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico. As limitações relacionadas a médicos e profissionais de enfermagem foram menos frequentes e coexistem com elevada cobertura declarada dessas categorias em regime de 24 horas. O conjunto das evidências aponta, portanto, maior dificuldade na composição ampliada das equipes multidisciplinares necessárias à prestação integral da assistência do que na presença contínua das categorias médica e de enfermagem.

163. Como contraponto, os resultados indicam condições declaradas predominantemente favoráveis para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência. Há convergência entre as avaliações institucionais sobre as condições mínimas para atendimento inicial e reanimação, a elevada disponibilidade dos principais equipamentos de suporte à vida e a percepção majoritariamente favorável dos atores territoriais. O pareamento por estabelecimento reforça esse resultado: entre os 920 HPP que declararam atendimento de urgência e emergência 24 horas, 98,0% dispunham simultaneamente de médico e equipe de enfermagem durante todo o período e 90,4% reuniam essas duas categorias profissionais e pelo menos cinco dos seis equipamentos de suporte à vida pesquisados. Essas evidências devem ser interpretadas como caracterização das condições declaradas pelos respondentes, e não como comprovação objetiva da capacidade operacional de cada unidade.

164. Em conjunto, os achados mostram que as fragilidades da capacidade operacional dos HPP não se expressam predominantemente pela ausência generalizada de recursos, mas pela adequação parcial de componentes da infraestrutura, por limitações e descontinuidades - em sua maioria pontuais - na disponibilidade de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico e por insuficiências na composição de determinadas equipes profissionais. Ao mesmo tempo, os resultados evidenciam elevada disponibilidade de recursos essenciais ao primeiro atendimento e à estabilização de pacientes graves em grande parte dos HPP que realizam urgência e emergência 24 horas. Essas

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

diferenças demonstram que a capacidade operacional não se apresenta de forma homogênea entre os hospitais e que as principais fragilidades se concentram em componentes específicos necessários à execução e à continuidade das atividades assistenciais.

III.3. Condições sanitárias e segurança do paciente nos HPP

165. As condições sanitárias e a segurança do paciente nos Hospitais de Pequeno Porte foram avaliadas a partir da existência e do funcionamento de mecanismos destinados a prevenir riscos sanitários e reduzir a ocorrência de danos durante a prestação da assistência.

166. A análise considerou três dimensões: controle sanitário e ambiental, abrangendo licenciamento, inspeções, higiene e gerenciamento de resíduos; continuidade de insumos críticos, relacionada à capacidade de resposta a interrupções de água, energia e gases medicinais; e mecanismos institucionais de segurança do paciente e controle de infecções.

167. Além das respostas dos diretores dos HPP e das Secretarias de Saúde, foram utilizadas as percepções dos profissionais da Atenção Primária e dos conselheiros municipais de saúde como evidências complementares. Os principais referenciais normativos foram as RDC Anvisa 63/2011, 36/2013 e 222/2018, além da Lei 9.431/1997.

III.3.1. Fragilidades na regularidade e no controle sanitário de parcela dos HPP

168. A análise identificou fragilidades na regularidade e no controle sanitário de parcela dos HPP. Cerca de 18% das respostas dos diretores e das Secretarias indicaram licença sanitária vencida ou ausência de licença e, entre as unidades submetidas a inspeção sanitária nos últimos 24 meses, aproximadamente metade foi classificada como parcialmente regular, com pendências. Também foram identificadas limitações em rotinas de controle ambiental e no gerenciamento de resíduos de serviços de saúde.

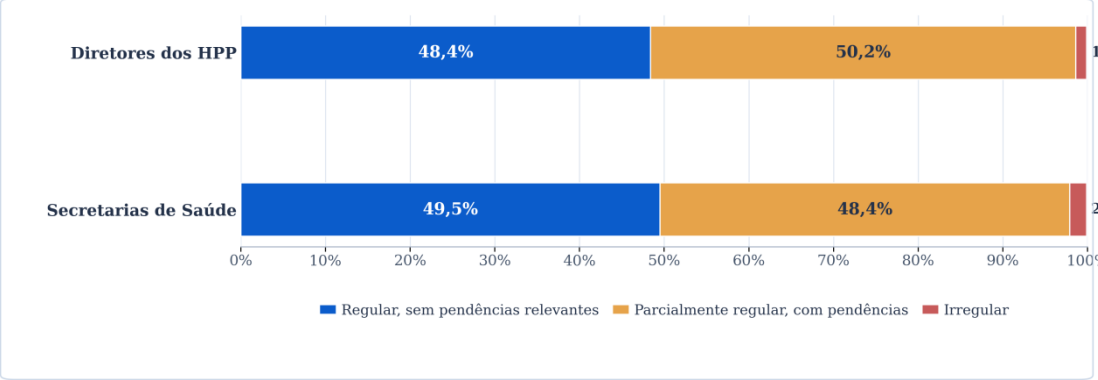
169. Quanto ao licenciamento sanitário, 57,2% dos diretores informaram que o HPP possuía licença vigente, enquanto 24,3% declararam que a licença estava em processo de renovação, com protocolo formal. Outros 4,3% informaram que a licença estava vencida e 14,3% que o hospital não possuía licença. Entre as Secretarias de Saúde, 57,0% informaram licença vigente; 19,5%, em processo de renovação; 4,3%, licença vencida; e 13,5%, ausência de licença; 5,7% não souberam informar.

170. A situação de renovação protocolada deve ser analisada separadamente da licença vencida sem renovação, pois sua regularidade depende da legislação sanitária local. Da mesma forma, a ausência de licença não permite concluir, isoladamente, pela irregularidade da unidade. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece que os estabelecimentos integrantes da Administração Pública ou por ela instituídos independem de licença para funcionamento, permanecendo, contudo, sujeitos às exigências sanitárias e à fiscalização pelo órgão competente. Ainda assim, parcela expressiva dos HPP públicos pesquisados informou possuir licença sanitária vigente ou em processo formal de renovação, indicando que esse instrumento é utilizado, na prática, também por estabelecimentos não necessariamente sujeitos à sua exigência legal. Assim, a situação do licenciamento deve ser interpretada em conjunto com os resultados das inspeções e com os demais mecanismos de controle sanitário analisados neste achado.

171. Segundo os diretores, 83,5% dos HPP haviam sido submetidos à inspeção sanitária nos últimos 24 meses. Entre as Secretarias de Saúde, 75,8% informaram a realização de inspeção nesse período. Entre as unidades inspecionadas, aproximadamente metade foi classificada como regular, sem pendências relevantes, e a outra metade como parcialmente regular, com pendências, enquanto a classificação de irregularidade foi pouco frequente, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Gráfico 11: Resultados das inspeções sanitárias declarados pelos diretores dos HPP e pelas Secretarias de Saúde.



Nota: *percentuais calculados sobre os HPP cuja realização de inspeção sanitária nos últimos 24 meses foi informada pelos respondentes institucionais (822, segundo os diretores; 884, segundo as Secretarias de Saúde).*

Fonte: *elaboração própria.*

172. Entre os HPP classificados como parcialmente regulares, os dados agregados não permitem identificar a natureza ou a gravidade das pendências. Como contraponto, a adoção de medidas corretivas foi informada por 97,6% dos diretores e 97,4% das Secretarias. Ainda assim, a classificação de aproximadamente metade das unidades inspecionadas como parcialmente regulares mostra que, no momento da inspeção, a regularidade sanitária não estava plenamente alcançada em parcela relevante dos HPP.

173. As condições gerais de limpeza e higienização apresentam avaliação predominantemente favorável. Rotinas adequadas de limpeza e desinfecção foram informadas por 91,4% dos diretores e 86,7% das secretarias. Essas rotinas foram consideradas parcialmente adequadas por 8,3% dos diretores e 9,2% das secretarias. A percepção territorial também foi majoritariamente positiva: 78,7% dos ACS, 74,5% dos enfermeiros da ESF e 80,1% dos conselheiros municipais de saúde consideraram adequadas as condições de limpeza e higiene. Por outro lado, 16,0% dos ACS, 14,9% dos enfermeiros da ESF e 16,2% dos conselheiros apontaram a existência de alguns problemas ou inadequações.

174. No controle ambiental, 81,3% dos diretores informaram realização sistemática e periódica do controle de pragas, enquanto 16,8% relataram ações apenas esporádicas e 1,9% declararam ausência dessas ações. Quanto à climatização, 83,0% dos diretores informaram manutenção sistemática e periódica, 16,2% relataram manutenção apenas esporádica e 0,7% declararam ausência de manutenção. Segundo as secretarias, falhas de climatização que prejudicaram o atendimento nos últimos doze meses ocorreram em 17,1% dos casos, predominantemente de forma pontual. Assim, embora predominem práticas sistemáticas, 18,7% dos diretores não informaram controle sistemático de pragas e 16,9% não informaram manutenção sistemática da climatização.

175. No gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, 85,2% dos diretores informaram possuir Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) vigente e implementado, enquanto 14,8% declararam não possuir esse instrumento. Entre as secretarias, 75,4% informaram a existência do PGRSS, 13,3% declararam que o hospital não possuía esse instrumento e 11,3% não souberam informar. Além disso, 17,6% dos diretores declararam não manter registros e rastreabilidade do manejo e da destinação final dos resíduos, enquanto 26,0% das Secretarias informaram não realizar monitoramento desse gerenciamento.

176. As inadequações registradas no gerenciamento de resíduos nos últimos doze meses foram menos frequentes e, em sua maioria, pontuais: alguma ocorrência foi informada por 8,5% dos diretores e 8,1% das secretarias. Entre os casos em que houve registro de inadequações, destacaram-se problemas no armazenamento, apontados por 38,1% dos diretores e 47,4% das secretarias, e no manejo interno, indicados por 38,1% e 32,6%, respectivamente. A baixa frequência declarada de inadequações não afasta, contudo, as fragilidades relacionadas à ausência de PGRSS, de rastreabilidade ou de monitoramento, uma vez que a ausência de registro não equivale necessariamente à inexistência de problemas.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

177. Somente 2 em cada 5 HPP, com base nas respostas institucionais, apresentam todas estas condições sanitárias adequadas a seu funcionamento: possui licença sanitária ou foi submetido a inspeção pela vigilância sanitária nos últimos 24 meses, sendo considerado regular ou sem pendências relevantes; e adota rotinas sistemáticas de limpeza, desinfecção, controle de pragas, manutenção do sistema de climatização e de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. A maior proporção de adequação de condições sanitárias está entre os hospitais filantrópicos (62,1%) e a menor, entre os públicos de gestão direta (29,0%). Comparando-se as regiões do país, a menor proporção está nas regiões Norte e Centro-Oeste (menos de 25%) e a maior, na região Sul (67,4%) – demais resultados no Apêndice C.

178. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece requisitos relacionados ao licenciamento sanitário, à conservação e limpeza das instalações, à ventilação, à manutenção predial e ao controle contínuo de vetores e pragas urbanas. A RDC Anvisa 222/2018, por sua vez, regulamenta o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, abrangendo a elaboração e implementação do PGRSS, o manejo, a destinação e o monitoramento dos resíduos.

179. Em conjunto, os resultados caracterizam fragilidades na regularidade e no controle sanitário de parcela dos HPP. A presença de pendências sanitárias em aproximadamente metade das unidades inspecionadas, associada a situações de licença vencida ou ausência declarada de licença e a limitações no controle ambiental e no gerenciamento de resíduos, evidencia que essas condições não estão asseguradas de forma uniforme. Como contraponto, predominam avaliações favoráveis quanto à limpeza e higienização, a maior parte dos HPP informa mecanismos de controle ambiental e gerenciamento de resíduos e quase todos os casos classificados como parcialmente regulares relatam adoção de medidas corretivas. Esses elementos favoráveis, contudo, não afastam as fragilidades identificadas na regularidade sanitária e na implementação sistemática dos mecanismos de controle em parcela das unidades.

Critérios

- *RDC Anvisa 63/2011, que estabelece requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde: art. 10 e parágrafo único; arts. 35, 36, 38, 42, 52 e 63.*
- *RDC Anvisa 222/2018, que regulamenta as boas práticas de gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: arts. 4º a 7º, 9º e 10.*

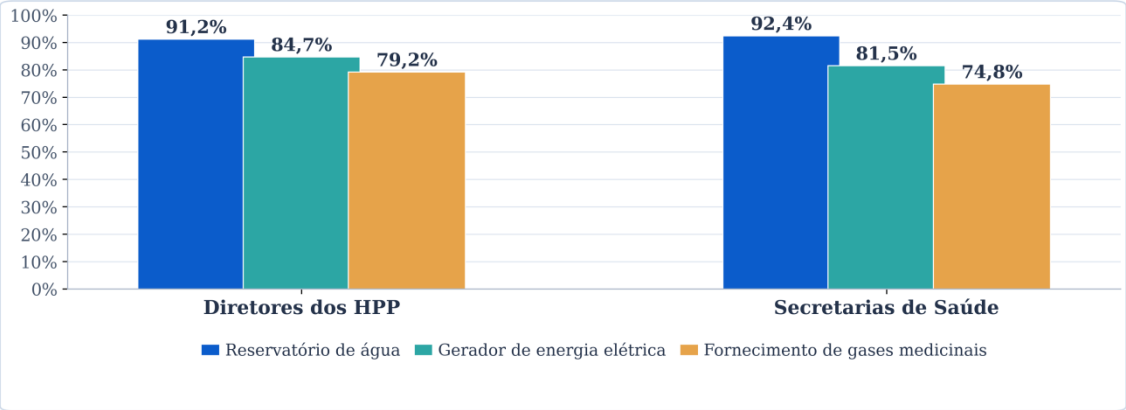
III.3.2. Fragilidade na capacidade de assegurar a continuidade dos serviços diante de interrupções de recursos essenciais em parcela relevante dos HPP

180. Cerca de um quarto dos HPP apresenta, segundo as respostas institucionais, capacidade apenas parcial ou inexistente para manter os serviços diante de interrupções no fornecimento de água, energia elétrica ou gases medicinais. Entre os diretores, 75,2% informaram capacidade plena, 19,5% capacidade parcial e 5,3% ausência dessa capacidade. Entre as secretarias de Saúde, 73,3% indicaram capacidade plena, 20,8% parcial e 2,8% inexistente; 3,0% não souberam informar.

181. Entre os HPP para os quais foi informada capacidade integral ou parcial de manter os serviços, os mecanismos de contingência mais frequentes foram os reservatórios de água, seguidos pelos geradores de energia elétrica e pelos mecanismos de fornecimento de gases medicinais, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Gráfico 12: Mecanismos de contingência declarados para enfrentar interrupções de recursos essenciais.



Nota: *percentuais calculados entre os respondentes que informaram capacidade integral ou parcial para manter os serviços diante de interrupções de água, energia elétrica ou gases medicinais (933 diretores dos HPP e 1.098 Secretarias de Saúde). Os respondentes que declararam ausência dessa capacidade ou, no caso das Secretarias, não souberam informá-la, não integraram o universo dessa questão.*
Fonte: *elaboração própria.*

182. Apesar das limitações de capacidade identificadas, interrupções efetivas dos serviços relacionadas à falta desses recursos foram pouco relatadas nos últimos doze meses. Entre os diretores, 86,4% informaram não ter ocorrido interrupção, 12,3% relataram episódios pontuais e 1,3%, recorrentes. Entre as secretarias, 85,0% não informaram interrupções, 9,8% apontaram ocorrências pontuais e 0,6%, recorrentes; 4,6% não souberam informar.

183. Segundo respostas institucionais, três em cada quatro HPP apresentaram disponibilidade contínua de energia elétrica, abastecimento de água e gases medicinais para os serviços assistenciais nos últimos doze meses. A pior situação encontra-se entre os hospitais públicos de gestão direta, onde um em cada três experimentou nesse período interrupções dos serviços assistenciais devido a falta de energia, água ou gases medicinais. Entre os hospitais situados nas regiões Norte e Nordeste, 32,2% e 38,4% respectivamente sofreram com esse problema (demais resultados no Apêndice C).

184. A percepção dos conselheiros municipais de saúde constitui evidência complementar nesse sentido, embora a questão dirigida a esse grupo tenha abrangido apenas interrupções por falta de água ou energia elétrica, sem incluir gases medicinais. Entre os conselheiros, 82,6% não relataram conhecimento de interrupções dos serviços por esses motivos, 2,5% indicaram ocorrências algumas vezes e 0,4%, várias vezes; 14,5% não souberam informar.

185. A RDC Anvisa 63/2011 determina que os serviços de saúde disponham da infraestrutura, dos equipamentos, insumos e materiais necessários à sua operacionalização e estabelece requisitos para as instalações de água, energia elétrica e gases. A norma exige continuidade do fornecimento de água nos locais em que esse recurso constitui insumo crítico e sistemas de energia elétrica de emergência quando a energia também for crítica para a assistência. Para os gases medicinais, a RDC Anvisa 50/2002 disciplina os sistemas de abastecimento e prevê suprimento de reserva para os sistemas especificados na norma, de modo a atender possíveis emergências.

186. A insuficiência dos mecanismos de contingência pode comprometer temporariamente a prestação da assistência quando ocorrem interrupções desses recursos, especialmente em atividades que dependem de abastecimento contínuo de água, energia para o funcionamento de equipamentos ou gases medicinais. A depender do recurso afetado e da duração da interrupção, podem ocorrer restrições ou suspensão de atendimentos e aumento do risco assistencial.

187. Em conjunto, os resultados caracterizam fragilidade na capacidade de assegurar a continuidade dos serviços diante de interrupções de recursos essenciais em parcela relevante dos HPP. Cerca de um quarto das unidades apresenta, segundo as fontes institucionais, capacidade apenas parcial ou inexistente para enfrentar interrupções de água, energia elétrica ou gases medicinais, e os mecanismos de contingência não estão presentes de forma uniforme entre os hospitais. Como contraponto, aproximadamente três quartos das respostas indicam capacidade plena, e as interrupções efetivamente relatadas nos últimos doze meses foram pouco frequentes e predominantemente pontuais.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Esses elementos favoráveis, contudo, não afastam a vulnerabilidade potencial de parcela dos HPP diante de falhas no fornecimento de recursos essenciais à manutenção da assistência.

Critérios

- *RDC Anvisa 63/2011, arts. 17, 35, 40 e 41.*
- *RDC Anvisa 50/2002, Anexo, Parte III, item 7.3.3 – Gases Medicinais.*

III.3.3. Mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções não plenamente implementados em parcela relevante dos HPP

188. Embora a maioria dos HPP apresente implementação integral dos mecanismos institucionais de segurança do paciente, persistem lacunas em parcela relevante das unidades. A implementação parcial ou a ausência desses mecanismos foi indicada por 27,5% dos diretores e 30,8% das Secretarias de Saúde.

189. A questão considerou conjuntamente mecanismos institucionais como o Núcleo de Segurança do Paciente, protocolos e rotinas voltados à prevenção de riscos e eventos adversos. Dessa forma, os resultados permitem avaliar o grau de implementação desse conjunto de mecanismos, mas não identificam, a partir das respostas agregadas, quais componentes específicos estão ausentes ou parcialmente implementados em cada HPP.

190. Quanto ao registro, à notificação e à utilização de informações sobre eventos adversos, 64,0% dos diretores informaram que essas atividades eram realizadas rotineiramente, 30,7% que ocorriam eventualmente e 5,3% que nunca eram realizadas. Entre as Secretarias, 55,7% indicaram realização rotineira, 30,7% eventual e 4,9% informaram que essas atividades nunca eram realizadas; 8,7% não souberam informar. Os resultados mostram, portanto, que esses processos estão presentes em grande parte dos HPP, mas não são realizados de forma rotineira em parcela relevante das unidades.

191. Nos últimos doze meses, a existência de registros de eventos adversos foi informada por 37,6% dos diretores e 25,1% das secretarias, enquanto 62,3% e 74,9%, respectivamente, não informaram registros. Esses resultados devem ser interpretados com cautela, pois a ausência de registro não equivale à inexistência de eventos adversos. Além disso, diferenças na capacidade de identificação, registro e notificação podem influenciar os percentuais observados, razão pela qual esses dados não permitem comparar diretamente a ocorrência de eventos adversos entre os HPP.

192. As percepções territoriais fornecem evidência complementar sobre a segurança da assistência. A ocorrência frequente ou eventual de falhas no atendimento que poderiam colocar pacientes em risco foi apontada por 32,6% dos ACS, 19,5% dos enfermeiros da ESF e 26,9% dos conselheiros municipais de saúde. Deve-se considerar, contudo, a proporção elevada de respondentes que não souberam informar, especialmente entre os ACS e os enfermeiros da ESF. Entre os conselheiros municipais de saúde, 53,9% avaliaram o atendimento nos HPP como seguro, 37,1% como seguro, mas com algumas preocupações, e 4,5% como inseguro; 4,4% não souberam informar. Por sua natureza perceptiva, esses resultados não comprovam a ocorrência de falhas específicas, mas indicam a existência de preocupações com a segurança da assistência em parcela dos territórios.

193. Também foram identificadas fragilidades nos mecanismos de prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência. Entre os diretores, 77,9% informaram que o HPP possuía Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em funcionamento, enquanto 22,0% declararam não possuir. Na perspectiva das secretarias, 75,5% indicaram existência de CCIH em funcionamento e 24,5% informaram sua ausência. A convergência entre as duas fontes indica que aproximadamente um em cada quatro HPP não dispõe de CCIH em funcionamento, segundo os respondentes institucionais.

194. Entre os 767 diretores que informaram a existência de CCIH em funcionamento, 84,4% declararam que os indicadores produzidos pela comissão eram utilizados para acompanhamento pela gestão do hospital, enquanto 15,6% responderam negativamente. O resultado constitui contraponto favorável nas unidades que dispõem da comissão, mas mostra também que sua existência não implica, necessariamente, a utilização dos indicadores produzidos no acompanhamento gerencial.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

195. Menos da metade dos HPP (45,8%), conforme respostas institucionais, apresenta mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções plenamente implementados, com registro e notificação rotineira de eventos adversos. A maior proporção de adequação está entre os hospitais filantrópicos (64,6%) e hospitais públicos geridos por organizações sociais (64,5%) e a menor, entre os públicos de gestão direta (34,8%). Comparando-se as regiões do país, a menor proporção está nas regiões Norte (35,6%) e Nordeste (32,0%) e a maior, na região Sul (64,2%) – demais resultados no Apêndice C.

196. A RDC Anvisa 36/2013 estabelece mecanismos institucionais voltados à segurança do paciente, incluindo o Núcleo e o Plano de Segurança do Paciente e o monitoramento e a notificação de incidentes e eventos adversos. No controle de infecções, a Lei 9.431/1997 estabelece a obrigatoriedade da manutenção de Programa de Controle de Infecções Hospitalares e da constituição de CCIH, enquanto a Portaria GM/MS 2.616/1998 disciplina diretrizes e atribuições relacionadas à prevenção e ao controle das infecções hospitalares.

197. A implementação incompleta desses mecanismos pode reduzir a capacidade dos HPP de identificar riscos, aprender com incidentes e eventos adversos, adotar medidas preventivas e acompanhar sistematicamente as infecções relacionadas à assistência.

198. Em conjunto, os resultados caracterizam implementação não plena dos mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções em parcela relevante dos HPP. A implementação parcial ou a ausência dos mecanismos de segurança do paciente alcança 27,5% das respostas dos diretores e 30,8% das secretarias, enquanto aproximadamente um em cada quatro HPP não dispõe de CCIH em funcionamento. Como contraponto, a maioria das unidades informa implementação integral dos mecanismos avaliados e existência de CCIH e, entre os hospitais que possuem a comissão, 84,4% dos diretores relatam utilização de seus indicadores pela gestão. Esses resultados favoráveis, contudo, não afastam as fragilidades identificadas na implementação e no funcionamento sistemático dos mecanismos destinados à prevenção e ao gerenciamento de riscos assistenciais e ao controle de infecções em parcela dos HPP.

Critérios

- *RDC Anvisa 36/2013, arts. 4º, 7º, 8º, 9º e 10.*
- *Lei 9.431/1997, art. 1º e art. 2º, inciso I.*
- *Portaria GM/MS 2.616/1998, Anexo I, itens 1, 2 e 2.1 a 2.5.*

III.3.4. Conclusão

199. As respostas ao diagnóstico indicam condições predominantemente favoráveis quanto a diversos aspectos sanitários e à existência de mecanismos institucionais voltados à segurança do paciente. Essas condições, contudo, não estão asseguradas de forma uniforme entre os HPP. Foram identificadas fragilidades em parcela relevante das unidades quanto à regularidade e ao controle sanitário, à capacidade de manter os serviços diante de interrupções de recursos essenciais e à implementação dos mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções.

200. Quanto à regularidade e ao controle sanitário, cerca de 18% das respostas institucionais indicaram licença sanitária vencida ou ausência declarada de licença e, entre os HPP submetidos a inspeção sanitária nos últimos 24 meses, aproximadamente metade foi classificada como parcialmente regular, com pendências. Também foram identificadas limitações na realização sistemática de ações de controle ambiental e no gerenciamento de resíduos, envolvendo a existência e implementação do PGRSS, a rastreabilidade do manejo e o monitoramento. Como contraponto, predominam avaliações favoráveis das condições de limpeza e higienização, a maior parte das unidades informa mecanismos de controle ambiental e gerenciamento de resíduos e quase todos os casos classificados como parcialmente regulares relatam adoção de medidas corretivas.

201. A capacidade de manter os serviços diante de interrupções de água, energia elétrica ou gases medicinais também se mostrou predominantemente favorável, mas não uniforme. Aproximadamente três quartos das respostas institucionais indicam capacidade plena, enquanto cerca

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

de um quarto dos HPP apresenta capacidade apenas parcial ou inexistente para enfrentar essas situações. Embora reservatórios de água, geradores de energia elétrica e mecanismos de fornecimento de gases medicinais estejam presentes na maioria das unidades avaliadas e as interrupções efetivamente relatadas tenham sido pouco frequentes e predominantemente pontuais, os resultados evidenciam vulnerabilidade potencial de parcela dos HPP diante de falhas no fornecimento de recursos essenciais à manutenção da assistência.

202. Em relação à segurança do paciente e ao controle de infecções, a maioria das unidades informa implementação integral dos mecanismos avaliados e existência de CCIH em funcionamento. Ainda assim, a implementação parcial ou a ausência dos mecanismos de segurança do paciente foi indicada por 27,5% dos diretores e 30,8% das Secretarias, e os processos de registro, notificação e utilização das informações sobre eventos adversos não ocorrem rotineiramente em parcela relevante das unidades. Além disso, aproximadamente um em cada quatro HPP não dispõe de CCIH em funcionamento, segundo os respondentes institucionais. Entre os hospitais que possuem a comissão, contudo, 84,4% dos diretores informaram utilização de seus indicadores pela gestão. As percepções territoriais também revelaram preocupações com situações capazes de colocar pacientes em risco, embora, por sua natureza, não comprovem isoladamente a ocorrência de falhas específicas.

203. Em conjunto, os resultados mostram que as principais fragilidades se concentram na regularidade sanitária e na implementação incompleta ou não sistemática de mecanismos de controle sanitário, contingência, segurança do paciente e controle de infecções em parcela dos HPP. Essas limitações podem aumentar a vulnerabilidade das unidades diante de riscos sanitários, interrupções de recursos essenciais e eventos relacionados à assistência, ainda que diversos indicadores apresentem resultados predominantemente favoráveis.

III.4. Experiência do paciente e foco no cidadão nos HPP

204. A experiência do paciente e o foco no cidadão nos Hospitais de Pequeno Porte foram examinados a partir de aspectos relacionados ao acolhimento e à organização do atendimento, às condições de espera, à comunicação e às informações prestadas aos pacientes, aos canais de manifestação, aos registros assistenciais e à garantia dos direitos dos usuários durante a assistência.

205. Foram analisados o acolhimento e a organização do atendimento inicial; as condições das áreas de espera; os registros das etapas do atendimento e dos prontuários; as práticas de comunicação com os pacientes; a divulgação de informações sobre os serviços e as formas de acesso; a existência, o funcionamento e a utilização dos canais de manifestação; e a garantia de direitos como informação, consentimento, acompanhante e visita. O monitoramento de indicadores assistenciais foi examinado de forma complementar, por se tratar de mecanismo de natureza predominantemente gerencial.

206. Por se tratar de dimensão relacionada à experiência do paciente e ao foco no cidadão, as respostas dos ACS, enfermeiros da ESF e conselheiros municipais de saúde foram utilizadas como percepção territorial sobre aspectos observáveis da relação entre os hospitais e seus usuários. As respostas dos diretores dos HPP e das Secretarias de Saúde foram utilizadas principalmente para avaliar a existência e o funcionamento dos mecanismos institucionais correspondentes. Nos aspectos de natureza predominantemente gerencial, como os registros assistenciais e o monitoramento de indicadores, a análise baseou-se principalmente nas fontes institucionais.

207. Os principais referenciais consideram os direitos dos usuários e dos pacientes, as diretrizes de humanização, acolhimento e informação, as boas práticas de funcionamento dos serviços de saúde e os requisitos relacionados à disponibilização de informações e aos canais de manifestação. A partir desses referenciais, os resultados são apresentados segundo os principais achados identificados.

III.4.1. Limitações na organização do atendimento inicial e nas condições de espera em parcela dos HPP

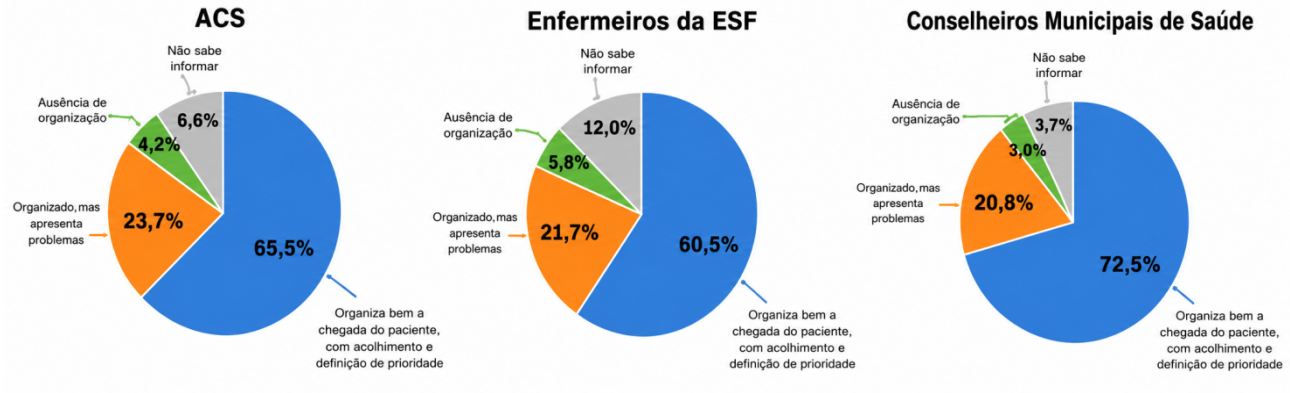
208. As evidências revelam limitações na organização do atendimento inicial e nas condições de espera em parcela dos HPP. Cerca de um quarto dos respondentes das fontes territoriais

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

apontou problemas na organização da chegada ao hospital, e aproximadamente um quinto identificou limitações nas áreas de espera. Quanto aos direitos dos pacientes, entre 14% e 22% dos respondentes territoriais informaram que sua observância ocorre apenas às vezes, indicando que essa garantia não se apresenta de forma uniforme. As respostas de diretores e Secretarias também registraram implementação parcial ou ausência de mecanismos de acolhimento e priorização em parcela das unidades, embora esses dados devam ser interpretados com cautela por decorrerem de autoavaliação dos próprios gestores. Como aspecto complementar, foram observadas limitações na informatização dos registros assistenciais.

209. Quanto à organização do atendimento inicial, a maior parte das fontes territoriais considerou que o HPP organiza a chegada do paciente, com acolhimento e definição de prioridade. Entretanto, 23,7% dos ACS, 21,7% dos enfermeiros da ESF e 20,8% dos conselheiros municipais de saúde avaliaram que o atendimento é organizado, mas apresenta problemas, e outros 4,2%, 5,8% e 3,0%, respectivamente, apontaram ausência de organização. A distribuição completa das respostas é apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 13: Percepção territorial sobre a organização do acolhimento e do atendimento inicial no HPP.

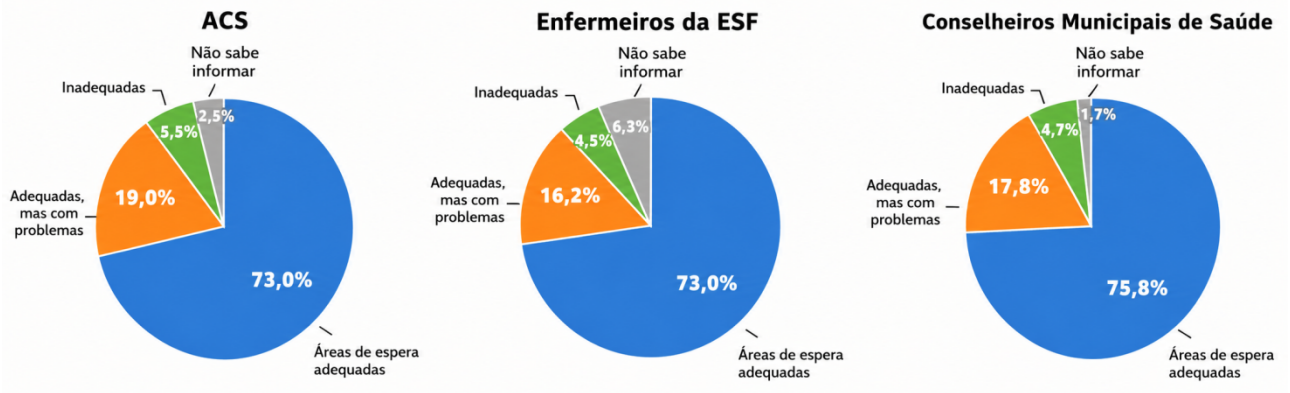


Fonte: *elaboração própria.*

210. Nas fontes institucionais, 87,1% dos diretores informaram a existência de fluxo ou protocolo definido para acolhimento e priorização, enquanto 10,2% indicaram implementação parcial e 2,7% declararam ausência. Entre as Secretarias de Saúde, 82,4% avaliaram a organização do atendimento inicial como adequada, 13,8% como parcialmente adequada e 2,1% como inadequada; 1,7% não souberam informar. Consideradas em conjunto, as diferentes perspectivas indicam que, embora os mecanismos de acolhimento e priorização estejam presentes na maior parte dos HPP, sua implementação não está consolidada de forma uniforme entre as unidades.

211. Quanto às condições das áreas de espera, também predominam avaliações positivas. As áreas foram consideradas adequadas por 73,0% dos ACS, 73,0% dos enfermeiros da ESF e 75,8% dos conselheiros municipais de saúde. Ainda assim, parcela relevante dos respondentes indicou áreas adequadas, mas com problemas, ou as considerou inadequadas, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 14: Percepção territorial sobre a adequação das áreas de espera no HPP.



Fonte: *elaboração própria.*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

212. As respostas institucionais são ainda mais favoráveis: 91,0% dos diretores avaliaram as áreas de espera como adequadas e 8,7% como parcialmente adequadas. Entre as Secretarias de Saúde, 84,5% indicaram adequação, 13,1% adequação parcial e 1,0% inadequação. Assim, embora situações de inadequação expressa sejam pouco frequentes, as percepções territoriais evidenciam problemas nas condições oferecidas aos usuários durante a espera em parcela dos HPP.

213. Como aspecto complementar, a análise dos registros assistenciais mostra que 63,1% dos diretores informaram registrar as etapas do atendimento de forma sistematizada em sistema informatizado, enquanto 36,0% declararam realizar esses registros de forma sistematizada manualmente; apenas 0,8% informaram não manter registros. Na perspectiva das secretarias, 87,2% avaliaram os registros das etapas do atendimento como adequados, 7,7% como parcialmente adequados e 1,5% como inadequados; 3,6% não souberam informar.

214. Quanto ao prontuário, 31,8% dos diretores informaram utilização predominantemente eletrônica, 32,4% predominantemente em papel e 35,6% em modelo híbrido, sendo residual a ausência de prontuário estruturado. Entre as secretarias, 79,8% indicaram registros clínicos plenamente sistematizados e 13,0% parcialmente sistematizados. A utilização de prontuário em papel ou de modelo híbrido não caracteriza, por si só, inadequação. Entretanto, a dependência ainda relevante de registros manuais pode dificultar a recuperação tempestiva do histórico do paciente e a circulação das informações clínicas entre os serviços. Esse aspecto deve ser interpretado em conjunto com as fragilidades de contrarreferência e de compartilhamento de informações identificadas na questão de auditoria Q1, com possível repercussão sobre a continuidade do cuidado e a integração dos HPP com os demais pontos da RAS, especialmente a atenção primária.

215. Segundo a ótica institucional, verifica-se que somente 38,8% dos hospitais atendem simultaneamente às seguintes condições: organizam o atendimento inicial por fluxo ou protocolo de acolhimento e priorização; mantêm área de espera em condições adequadas de conservação, limpeza e conforto; mantêm registros sistematizados das etapas do atendimento; e possuem prontuário predominantemente eletrônico. A maior proporção de HPP que atendem a essas condições está entre os hospitais públicos geridos por organizações sociais (64,5%) e entre os situados na região Centro-Oeste (56,3%). A menor proporção está entre hospitais públicos de gestão direta (34,9%) e entre os localizados na região Nordeste (27,7%; demais resultados no Apêndice C).

216. Quanto à garantia dos direitos dos pacientes, 72,2% dos ACS, 71,8% dos enfermeiros da ESF e 80,5% dos conselheiros municipais de saúde informaram que direitos como receber informações, ter acompanhante e exercer outras garantias durante o atendimento são respeitados frequentemente. Outros 21,8%, 16,4% e 14,4%, respectivamente, indicaram que isso ocorre às vezes, enquanto 1,4%, 1,5% e 1,0% apontaram sua não observância.

217. Nas fontes institucionais, 98,3% dos diretores declararam garantia sistemática de direitos como consentimento informado, acompanhante e visita, e 94,8% das Secretarias avaliaram que esses direitos são sempre garantidos. Esses percentuais, contudo, devem ser interpretados com cautela, por decorrerem de avaliações dos próprios responsáveis pela gestão dos serviços, potencialmente sujeitas a vieses de autoavaliação e desejabilidade social. Essa cautela é reforçada pela avaliação menos favorável das fontes territoriais: entre ACS e enfermeiros da ESF, a proporção de respostas indicando garantia frequente desses direitos ficou mais de 20 pontos percentuais abaixo da registrada entre diretores e Secretarias de Saúde.

218. Os referenciais adotados pela auditoria estabelecem que o atendimento deve ser organizado de forma acolhedora e humanizada, orientado pelas necessidades do usuário e realizado em condições que considerem, além do acesso ao serviço, aspectos como comodidade e conforto. Também asseguram ao paciente direitos relacionados à informação, autonomia, consentimento, acompanhante e visita. Esses requisitos encontram fundamento, entre outras normas, na Portaria GM/MS 1.820/2009, na Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, na Portaria MS 4.279/2010 e na Lei 8.080/1990.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

219. Problemas na organização da chegada e nas condições de espera podem reduzir a fluidez do atendimento, prejudicar a experiência do usuário e dificultar a priorização adequada dos pacientes. Quanto aos registros assistenciais, a dependência de registros manuais pode dificultar o acesso tempestivo ao histórico clínico e a circulação das informações necessárias à continuidade da assistência, especialmente nas transições entre o hospital e outros serviços da rede.

220. Em conjunto, os resultados caracterizam limitações na organização do atendimento inicial e nas condições de espera em parcela dos HPP. Cerca de um quarto dos respondentes territoriais identificou problemas na organização da chegada dos pacientes, enquanto aproximadamente um quinto apontou limitações nas condições oferecidas durante a espera. As respostas institucionais também registram situações de implementação parcial ou ausência dos mecanismos de acolhimento e priorização. Quanto aos direitos dos pacientes, embora a maioria das fontes territoriais tenha informado sua garantia frequente, entre 14,4% e 21,8% dos respondentes indicaram que esses direitos são respeitados apenas às vezes, evidenciando que sua observância não ocorre de forma regular em parcela das unidades. As avaliações de diretores e Secretarias de Saúde nesse quesito foram mais positivas, mas devem ser interpretadas com cautela por decorrerem de autoavaliação dos próprios responsáveis pela gestão dos serviços.

Critérios

- *Portaria GM/MS 1.820/2009, arts. 3º, 4º, parágrafo único, incisos V, VI e VII, e art. 5º, incisos V, VII e IX.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, art. 6º, inciso IV, e Anexo XXIV - PNHOSP.*

221. Portaria MS 4.279/2010, Anexo, item 3.1-Acesso; item 4-atributo 6;e item 7-diretriz I.

- *Lei 8.080/1990, art. 7º, incisos III e VIII.*

III.4.2. Fragilidades nos mecanismos de informação e nos canais de manifestação dos usuários

222. Os mecanismos de informação e de manifestação dos usuários estão presentes em grande parte dos HPP, mas não estão plenamente implementados e utilizados de forma uniforme. As limitações abrangem a comunicação durante o atendimento, a divulgação de informações sobre os serviços e, de forma mais expressiva, a estruturação, o funcionamento, a divulgação e a utilização dos canais destinados a receber manifestações dos usuários.

223. Quanto à comunicação durante o atendimento, as fontes territoriais indicam quadro favorável, mas não uniforme. Em todas as categorias consultadas, a maioria informou que os pacientes recebem, na maioria das vezes, explicações claras e de fácil compreensão sobre o problema de saúde, exames, tratamento e possíveis riscos. Ainda assim, entre 24,8% e 32,2% dos respondentes apontaram que essas explicações ocorrem apenas às vezes ou não ocorrem, evidenciando espaço para aprimorar a regularidade e a consistência da comunicação com os usuários. O detalhamento das respostas é apresentado na tabela a seguir.

Tabela 7: Percepção territorial sobre a clareza das explicações prestadas aos pacientes.

Fonte	Na maioria das vezes	s vezes	N ão ocorre	Não sabe informar
Agentes Comunitários de Saúde	59,5%	7,9%	4 ,3%	8,3%
Enfermeiros da ESF	54,4%	5,9%	4 ,1%	15,6 %
Conselheiros Municipais de Saúde	68,2%	2,4%	2 ,4%	7,0%

Nota: *a pergunta avaliou a percepção sobre a frequência com que os pacientes recebem explicações claras e de fácil compreensão sobre o problema de saúde, exames, tratamento e possíveis riscos.*

Fonte: *elaboração própria.*

224. As respostas institucionais também apontam espaço para aprimoramento, embora as perguntas dirigidas às duas fontes tenham objetos distintos. Entre os diretores, 66,6% declararam

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

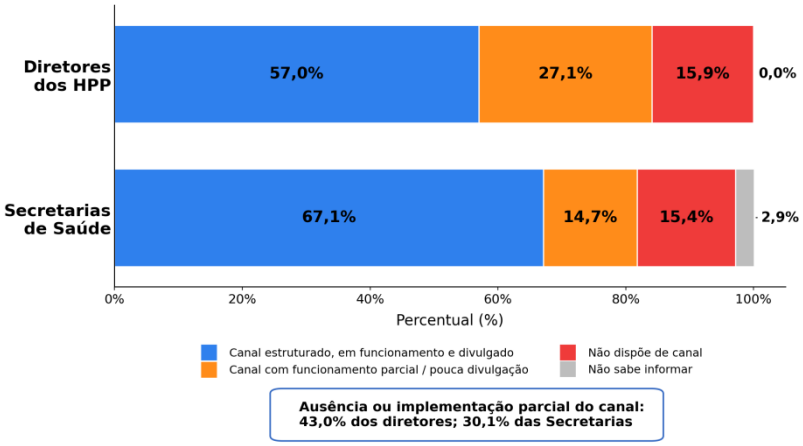
possuir protocolos ou rotinas institucionais de comunicação com os pacientes, 25,8% informaram implementação parcial e 7,6% afirmaram não possuir esses mecanismos. Entre as Secretarias de Saúde, 78,2% avaliaram as práticas de comunicação como adequadas, 13,8% como parcialmente adequadas e 1,5% como inadequadas; 6,4% não souberam informar. Como a questão dirigida aos diretores examina a existência de protocolos ou rotinas e a destinada às secretarias avalia as práticas de comunicação, os resultados são complementares e não devem ser comparados diretamente.

225. Também foram identificadas limitações na divulgação de informações sobre os serviços hospitalares. Informações completas e claras sobre serviços, formas de acesso e horários foram apontadas por 66,0% dos ACS, 64,4% dos enfermeiros da ESF e 64,8% dos conselheiros municipais de saúde. Por outro lado, informações incompletas, de difícil acesso, divulgadas com falhas ou inexistentes foram percebidas por 27,8% dos ACS, 24,6% dos enfermeiros da ESF e 30,9% dos conselheiros. Os demais 6,2%, 11,1% e 4,4%, respectivamente, não souberam informar.

226. As fontes institucionais apresentam avaliação mais favorável, mas também evidenciam implementação incompleta. A disponibilização de informações claras e acessíveis sobre serviços, fluxos de acesso e funcionamento foi declarada de forma plena por 77,0% dos diretores e 68,6% das Secretarias. A condição foi considerada parcial por 20,3% e 25,3%, respectivamente, e inexistente por 2,7% e 6,1%. Dessa forma, 23,0% dos diretores e 31,4% das Secretarias não indicaram disponibilização plena dessas informações.

227. As limitações são mais expressivas nos mecanismos destinados às manifestações dos usuários. Canais plenamente estruturados, em funcionamento e divulgados foram informados por 57,0% dos diretores dos HPP e 67,1% das Secretarias de Saúde. Em contrapartida, 43,0% dos diretores indicaram ausência do canal ou funcionamento parcial, inclusive por pouca divulgação; entre as Secretarias, esse percentual foi de 30,1%, além de 2,9% que não souberam informar. A distribuição das respostas é apresentada no gráfico a seguir.

Gráfico 15: Situação institucional declarada sobre os canais de manifestação dos usuários nos HPP.



***Fonte**: elaboração própria.*

228. A percepção territorial reforça que esses canais não são igualmente visíveis ou reconhecidos. A existência de canal foi informada por 61,2% dos ACS e 67,6% dos enfermeiros da ESF, enquanto 19,5% e 15,4%, respectivamente, afirmaram que ele não existe e 19,3% e 17,0% não souberam informar. Entre os conselheiros municipais de saúde, 49,9% indicaram que o canal existe e funciona, 19,3% que existe, mas não funciona bem, 16,7% que não existe e 14,1% não souberam informar. Os resultados mostram, portanto, limitações não apenas na existência e no funcionamento dos canais, mas também em sua visibilidade e reconhecimento no território.

229. Nos casos em que a implementação integral ou parcial do canal foi informada, o tratamento das manifestações apresenta quadro mais favorável, embora não uniforme. Entre os respondentes aos quais a questão era aplicável, 78,0% dos diretores informaram que o hospital sempre registra, analisa e responde às manifestações para promover melhorias, enquanto 20,4% indicaram que isso ocorre eventualmente e 1,6% que nunca ocorre. Entre as Secretarias elegíveis, 44,3% informaram

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

existir sempre registros da utilização das manifestações para melhoria dos serviços, 39,0% indicaram que isso ocorre eventualmente, 4,3% que nunca ocorre e 12,4% não souberam informar.

230. A percepção territorial sobre o retorno dado aos usuários apresenta quadro predominantemente favorável entre os respondentes que reconheceram a existência de canal, especialmente entre os enfermeiros da ESF e os conselheiros municipais de saúde. Ainda assim, o retorno não é percebido de forma regular por parcela dos respondentes, e o desconhecimento sobre a existência de resposta ou solução é expressivo, sobretudo entre os ACS. O detalhamento é apresentado na tabela a seguir.

Tabela 8: Percepção territorial sobre o retorno dado aos usuários após manifestações.

Fonte	Na maioria das vezes	Às vezes	Não há retorno	Não sabe informar
ACS	37,3%	24,0%	6,8%	31,9%
Enfermeiros da ESF	59,2%	20,7%	3,6%	16,5%
Conselhos Municipais de Saúde	52,2%	23,7%	5,3%	18,8%

Nota: *os percentuais referem-se aos respondentes que reconheceram a existência de canal para apresentação de manifestações dos usuários.*

Fonte: *elaboração própria.*

231. Por fim, apenas 31,4% dos HPP, conforme as respostas institucionais, atendem simultaneamente às seguintes condições: possuem protocolos de comunicação com pacientes; dispõem de canal de ativo e divulgado para manifestação dos usuários, bem como registram, analisam e respondem às manifestações; e disponibilizam ao público informações claras e acessíveis sobre seus serviços e fluxos. A maior proporção de HPP que atendem a essas condições está entre os hospitais públicos geridos por organizações sociais (61,8%) e entre os situados na região Sul (37,9%). A menor proporção está entre hospitais públicos de gestão direta (26,7%) e entre os localizados nas regiões Nordeste (27,7%) e Centro-Oeste (27,9%; demais resultados no Apêndice C).

232. Os referenciais aplicáveis estabelecem que o usuário deve receber informações claras e compreensíveis sobre seu cuidado e sobre os serviços disponíveis e dispor de meios para apresentar manifestações, com seu recebimento, análise, resposta e utilização para o aperfeiçoamento dos serviços. Esses requisitos encontram fundamento, entre outras normas, na Lei 15.378/2026, na Lei 13.460/2017, na Lei 8.080/1990, na Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017 e na Lei 12.527/2011.

233. As fragilidades identificadas podem dificultar a compreensão do cuidado e das formas de acesso aos serviços, reduzir a capacidade dos usuários de apresentar demandas e acompanhar seu tratamento e limitar a utilização de sua experiência como subsídio para o aperfeiçoamento da assistência.

234. Em conjunto, os resultados caracterizam fragilidades nos mecanismos de informação e nos canais de manifestação dos usuários em parcela dos HPP. Entre 30% e 45% das fontes territoriais indicaram que explicações claras aos pacientes ocorrem apenas eventualmente ou não ocorrem, e limitações nas informações sobre os serviços e formas de acesso foram apontadas por 24,6% a 30,9% desses respondentes. As fragilidades são mais expressivas nos canais de manifestação, cuja ausência ou implementação parcial foi indicada por 43,0% dos diretores e 30,1% das Secretarias de Saúde. Nos casos em que o canal existe, predomina algum tratamento das manifestações, embora registro, análise, resposta ou utilização dessas informações para melhoria dos serviços nem sempre ocorram de forma sistemática.

Critérios

- *Lei 15.378/2026 – Estatuto dos Direitos do Paciente, art. 12, caput e §§ 1º e 3º, e art. 23, incisos V e VI.*
- *Lei 13.460/2017, art. 6º, inciso VI; art. 7º, §§ 1º a 4º; arts. 9º a 16; e art. 23.*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

- *Lei 8.080/1990, art. 7º, incisos V, VI e VIII.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, Anexo 2 do Anexo XXIV, art. 8º, inciso IX.*
- *Lei 12.527/2011, art. 8º*

III.4.3. Análise Complementar

III.4.3.1. Principais obstáculos ao funcionamento dos HPP e atores apontados para sua superação

235. De forma complementar às questões diretamente relacionadas aos achados da auditoria, os questionários buscaram identificar os principais obstáculos percebidos ao funcionamento dos HPP. Os respondentes puderam selecionar até cinco problemas entre as alternativas apresentadas. Adicionalmente, nas fontes institucionais, foi analisada a indicação de até três atores considerados relevantes para o enfrentamento dessas dificuldades. A análise possui caráter transversal, uma vez que vários dos obstáculos mencionados se relacionam a aspectos examinados nas demais questões da auditoria.

236. Na perspectiva institucional, o obstáculo mais frequentemente indicado foi a insuficiência ou inconstância do financiamento, mencionada por 54,8% dos diretores dos HPP e 53,4% das Secretarias de Saúde. Em seguida, destacaram-se as dificuldades para transferência ou encaminhamento de pacientes, apontadas por 41,8% e 39,6%, respectivamente. Também apresentaram frequência relevante as limitações relacionadas a equipamentos e tecnologia, infraestrutura física e regulação do acesso e integração com a RAS.

Tabela 9: Principais obstáculos ao funcionamento dos HPP apontados pelas fontes institucionais.

Obstáculo	***Diretores dos HPP***	***Secretarias de Saúde***
Insuficiência ou inconstância do financiamento	*54,8%*	*53,4%*
Dificuldades de transferência ou encaminhamento de pacientes	*41,8%*	*39,6%*
Limitações de equipamentos e tecnologia	*34,9%*	*36,2%*
Limitações de infraestrutura física	*34,5%*	*30,9%*
Dificuldades de regulação do acesso e integração com a RAS	*28,4%*	*31,9%*
Falta ou insuficiência de segurança	*27,3%*	*17,7%*
Falta de apoio à saúde mental e ao bem-estar dos trabalhadores	*21,2%*	*16,6%*
Insuficiência de profissionais de saúde	*16,9%*	*15,1%*
Dificuldades administrativas ou normativas	*14,4%*	*15,0%*
Alta rotatividade de profissionais	*11,1%*	*13,8%*

Nota: *questão de múltipla seleção. Os respondentes puderam indicar até cinco obstáculos; portanto, os percentuais não somam 100%.*
Fonte: *elaboração própria.*

237. O financiamento merece destaque específico por ter sido indicado por mais da metade das duas fontes institucionais e por não ter constituído objeto específico das questões de auditoria. O resultado mostra que a insuficiência ou inconstância do financiamento é percebida pelos gestores como obstáculo relevante ao funcionamento dos HPP. Os questionários, contudo, não permitem identificar quais componentes do financiamento são considerados insuficientes ou irregulares, mensurar a magnitude dessas limitações ou estabelecer relação causal entre o financiamento e as demais fragilidades identificadas.

238. Diversos outros obstáculos apresentam correspondência com problemas examinados ao longo do diagnóstico. As dificuldades de transferência, encaminhamento e integração com a RAS se aproximam das fragilidades identificadas na questão Q1; as limitações de infraestrutura, equipamentos, exames e disponibilidade de profissionais se relacionam às condições analisadas na questão Q2; e problemas de organização do atendimento e acesso também aparecem nas análises da questão Q4. Essa recorrência reforça a relevância desses temas na percepção dos respondentes, sem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

que as respostas sobre obstáculos devam ser interpretadas, isoladamente, como demonstração das causas dos achados.

239. A perspectiva territorial apresenta distribuição distinta e evidencia aspectos menos destacados pelas fontes institucionais. O problema mais frequentemente mencionado pelos três grupos foi a falta de apoio à saúde mental e ao bem-estar dos profissionais de saúde do hospital, apontada por 38,8% dos ACS, 35,9% dos enfermeiros da ESF e 34,5% dos conselheiros municipais de saúde. Também se destacaram as dificuldades de transferência ou encaminhamento de pacientes, mencionadas por aproximadamente um terço dos respondentes dos três grupos: 34,7%, 34,3% e 33,4%, respectivamente. Entre os conselheiros municipais de saúde, a falta de integração com outros serviços da RAS também foi indicada por 33,4% dos respondentes.

Tabela 10: Principais obstáculos ao funcionamento dos HPP apontados pelas fontes territoriais.

Obstáculo percebido	*ACS*	*Enfermeiros da ESF*	*CMS*
Falta de apoio à saúde mental e ao bem-estar dos profissionais	*38,8%*	*35,9%*	*34,5%*
Dificuldades de transferência ou encaminhamento	*34,7%*	*34,3%*	*33,4%*
Falta de integração com a RAS	—	—	*33,4%*
Falta ou insuficiência de segurança	*19,3%*	*23,9%*	*27,8%*
Problemas com materiais, equipamentos ou exames	*25,7%*	*19,2%*	*19,0%*
Problemas de estrutura física	*15,6%*	*20,2%*	*22,0%*
Atendimento desorganizado	*19,8%*	*20,6%*	*13,4%*
Problemas no atendimento aos pacientes	*16,7%*	*19,7%*	*11,5%*
Falta ou insuficiência de profissionais	*19,5%*	*18,8%*	*18,6%*
Alta rotatividade de profissionais	*13,9%*	*13,2%*	*14,0%*
Interrupção de serviços	*14,7%*	*10,9%*	*8,8%*
Dificuldades no atendimento de urgência e emergência	*13,8%*	*11,2%*	*10,5%*
Dificuldades de acesso ou disponibilidade de vagas	*12,3%*	*11,4%*	*8,9%*

***Nota**: os respondentes puderam indicar até cinco obstáculos. O item relativo à falta de integração com a RAS constava somente do questionário dos conselheiros municipais de saúde.*

***Fonte:** elaboração própria.*

240. Além dos problemas mais frequentes, as fontes territoriais apontaram limitações relacionadas à segurança, à disponibilidade de materiais, equipamentos e exames, à estrutura física, à organização do atendimento e à disponibilidade de profissionais. Com menor frequência, também foram mencionadas interrupções de serviços, alta rotatividade de profissionais, dificuldades no atendimento de urgência e emergência e problemas de acesso ou disponibilidade de vagas.

241. As diferenças entre as fontes refletem as perspectivas a partir das quais os respondentes avaliam os hospitais. Diretores e Secretarias de Saúde se posicionam principalmente a partir da gestão e do funcionamento institucional, enquanto ACS, enfermeiros da ESF e conselheiros municipais de saúde trazem a percepção do território sobre dificuldades que afetam o funcionamento dos hospitais e sua relação com a rede e com os usuários. Por essa razão, as perspectivas institucional e territorial devem ser interpretadas separadamente e de forma complementar, e não como mensurações diretamente comparáveis.

242. Na análise das fontes institucionais, quando solicitados a indicar até três atores cuja atuação consideravam necessária para enfrentar os obstáculos, diretores e Secretarias atribuíram papel relevante aos diferentes níveis de gestão do SUS. Considerando a indicação do ator em qualquer uma das três posições escolhidas, a Secretaria Estadual de Saúde foi a mais mencionada pelas duas fontes, por 65,9% dos diretores e 64,6% das Secretarias. Entre os diretores, também se destacaram as Secretarias Municipais de Saúde, com 46,2%, e o Ministério da Saúde, com 43,2%. Entre as Secretarias, o Ministério da Saúde foi indicado por 49,1% e as gestões municipais por 34,4%.

243. A distribuição das respostas indica que, na percepção dos respondentes institucionais, a superação das dificuldades envolve a atuação de diferentes níveis de gestão do SUS, com destaque para a esfera estadual. A questão, contudo, não associava cada ator selecionado a um obstáculo específico. Assim, os resultados permitem identificar quais atores são mais frequentemente considerados relevantes para o enfrentamento das dificuldades, mas não permitem atribuir a cada um deles responsabilidade por determinado problema.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

244. Em conjunto, as respostas mostram que os obstáculos percebidos ao funcionamento dos HPP são multidimensionais. Na perspectiva institucional, destacam-se financiamento, transferências de pacientes, equipamentos, infraestrutura e integração com a rede. Na perspectiva territorial, sobressaem o apoio à saúde mental e ao bem-estar dos profissionais, as transferências, a integração com a RAS, a segurança e limitações relacionadas a materiais, equipamentos, estrutura física e disponibilidade de profissionais. A recorrência de vários desses temas nas demais questões do diagnóstico reforça sua relevância, enquanto a indicação de atores dos diferentes níveis de gestão evidencia a percepção de que seu enfrentamento envolve atuação articulada no âmbito do SUS.

III.4.3.2. Limitações no monitoramento de indicadores assistenciais

245. O monitoramento de indicadores assistenciais constitui instrumento relevante para que gestores hospitalares e do SUS acompanhem o funcionamento e o desempenho dos HPP, identifiquem problemas e variações nos resultados e disponham de informações sistematizadas para orientar suas decisões. Esse acompanhamento permite avaliar a situação das unidades ao longo do tempo e subsidiar medidas voltadas ao aprimoramento da assistência e dos serviços prestados à população.

246. Os resultados do diagnóstico mostram, contudo, que esse acompanhamento não ocorre regularmente em parcela relevante dos HPP. Entre os diretores, 61,6% informaram monitorar regularmente indicadores relacionados ao funcionamento e ao desempenho hospitalar, enquanto 38,4% declararam não realizar esse monitoramento regular. Na perspectiva das Secretarias de Saúde, 62,5% indicaram acompanhamento integral dos indicadores dos HPP, 22,9% acompanhamento parcial e 11,5% ausência de acompanhamento; outros 3,1% não souberam informar. Assim, 34,4% das Secretarias apontaram acompanhamento apenas parcial ou inexistente, além das situações em que não havia informação sobre esse acompanhamento.

247. As perguntas dirigidas às duas fontes possuem escopos distintos. Aos diretores foi perguntado sobre o monitoramento realizado pela própria gestão hospitalar, enquanto as Secretarias avaliaram o acompanhamento dos indicadores dos HPP sob sua perspectiva de gestão. Os percentuais, portanto, não devem ser diretamente confrontados como se medissem o mesmo mecanismo. Consideradas em seus respectivos contextos, entretanto, as duas fontes evidenciam que o acompanhamento sistemático dos indicadores não está plenamente institucionalizado, seja no âmbito interno de parcela dos hospitais, seja no acompanhamento realizado por parte das Secretarias de Saúde.

248. Quando se somam as perspectivas de diretores de HPP e secretários de saúde, verifica-se que 60,6% dos HPP analisados monitoram regularmente indicadores de desempenho assistencial. A maior proporção de HPP que possuem essa prática está entre os hospitais públicos geridos por organizações sociais (86,8%) e entre os situados na região Sul (77,0%). A menor proporção está entre hospitais públicos de gestão direta (51,4%) e entre os localizados na região Nordeste (48,0%; demais resultados no Apêndice C).

249. A importância desse mecanismo também está refletida nos referenciais adotados pela auditoria. A RDC Anvisa 63/2011 estabelece requisitos relacionados à manutenção de documentação e ao cálculo e registro de indicadores assistenciais. As normas de organização da atenção hospitalar e das Redes de Atenção à Saúde também atribuem relevância aos processos de acompanhamento, avaliação e utilização de informações como instrumentos de gestão e governança.

250. A ausência de monitoramento regular pode reduzir a capacidade das gestões de identificar tempestivamente problemas e variações de desempenho, acompanhar a utilização da capacidade hospitalar e os resultados da assistência e fundamentar decisões em informações sistematizadas. Essa limitação assume especial relevância em unidades que precisam ajustar continuamente sua atuação às necessidades da população e à sua inserção na rede de atenção.

251. Os resultados devem, contudo, ser interpretados dentro do alcance do diagnóstico. As respostas permitem identificar se os respondentes declaram realizar ou acompanhar indicadores e, no caso das Secretarias, o grau desse acompanhamento, mas não permitem avaliar quais indicadores

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

são utilizados, sua qualidade ou pertinência, a periodicidade efetiva de análise nem em que medida as informações produzidas são utilizadas na tomada de decisão e no aprimoramento dos serviços. Portanto, a existência declarada do monitoramento não significa, por si só, que haja um sistema de avaliação plenamente estruturado e efetivamente incorporado à gestão.

252. Em conjunto, os dados indicam limitações no monitoramento de indicadores assistenciais em cerca de 40% dos HPP. Esse cenário limita o uso sistemático de informações para conhecer o desempenho das unidades, identificar necessidades de ajuste e subsidiar decisões voltadas à melhoria dos serviços prestados à população.

Critérios

- *RDC Anvisa nº 63/2011, art. 23, inciso XVII, e art. 62.*
- *Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, Anexo XXIV e Anexo 2 do Anexo XXIV, arts. 11 e 12.*
- *Portaria MS nº 4.279/2010, Anexo, item 6.2 – Sistema de Governança.*

III.4.4. Conclusão

253. Os resultados neste bloco mostram um quadro favorável em diversos aspectos da experiência dos usuários nos HPP, mas com limitações relevantes e não uniformemente distribuídas. Na organização do atendimento inicial, cerca de um quarto dos respondentes territoriais identificou problemas ou ausência de organização, enquanto aproximadamente um quinto apontou limitações nas condições das áreas de espera. Como contraponto, predominam avaliações positivas nesses componentes e foram baixos, nas diferentes fontes, os percentuais que indicaram não observância dos direitos dos pacientes. Os registros assistenciais também são amplamente informados, embora permaneça relevante a utilização de registros predominantemente manuais ou híbridos, que pode dificultar a recuperação tempestiva e o compartilhamento de informações clínicas.

254. As fragilidades se tornam mais evidentes nos mecanismos de informação e participação dos usuários. Entre aproximadamente um quarto e um terço das fontes territoriais indicaram que explicações claras aos pacientes ocorrem apenas eventualmente ou não ocorrem, e limitações nas informações sobre os serviços e formas de acesso foram apontadas por 24,6% a 30,9% desses respondentes. Nos canais de manifestação, a ausência ou implementação parcial foi indicada por 43,0% dos diretores e 30,1% das Secretarias de Saúde. Embora, nos casos em que o canal existe, predomine algum tratamento das manifestações, o registro, a análise, a resposta ou a utilização dessas informações para melhoria dos serviços nem sempre ocorrem de forma sistemática.

255. As análises complementares ampliam esse diagnóstico ao evidenciarem desafios relacionados ao funcionamento e à gestão dos hospitais. Os obstáculos percebidos são multidimensionais: na perspectiva institucional, destacam-se a insuficiência ou inconstância do financiamento, mencionada por mais da metade dos diretores e das Secretarias, as dificuldades de transferência de pacientes, as limitações de equipamentos e infraestrutura e a integração com a rede; na perspectiva territorial, sobressaem o apoio à saúde mental e ao bem-estar dos profissionais, as transferências e outros problemas relacionados à segurança, estrutura, recursos e disponibilidade de profissionais. A indicação de atores dos diferentes níveis de gestão para o enfrentamento dessas dificuldades reforça a percepção de que parte dos desafios ultrapassa os limites de atuação isolada de cada hospital.

256. Também foram identificadas limitações no monitoramento de indicadores assistenciais, mecanismo relevante para conhecer o funcionamento e o desempenho das unidades e orientar decisões voltadas ao aprimoramento dos serviços. Embora 61,6% dos diretores tenham informado realizar acompanhamento regular, 38,4% declararam não o fazer. Entre as Secretarias de Saúde, 34,4% indicaram acompanhamento apenas parcial ou inexistente, além de 3,1% que não souberam informar. Os dados não permitem avaliar a qualidade dos indicadores utilizados nem sua efetiva incorporação à tomada de decisão, mas evidenciam que o acompanhamento sistemático ainda não está plenamente institucionalizado em parcela dos HPP e das gestões responsáveis.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

257. Em conjunto, a análise evidencia que os mecanismos relacionados à experiência do paciente e ao foco no cidadão estão presentes em grande parte dos HPP, porém sua implementação e utilização são heterogêneas. As avaliações predominantemente favoráveis quanto ao acolhimento, às condições de espera e à garantia de direitos convivem com limitações na organização do atendimento inicial, na comunicação e disponibilização de informações, na estruturação e utilização dos canais de manifestação e no monitoramento de indicadores. Essas fragilidades podem reduzir a capacidade de oferecer ao usuário uma experiência de atendimento organizada e compreensível e, ao mesmo tempo, limitar o uso sistemático das informações produzidas pelos próprios serviços e das manifestações dos cidadãos como subsídio para identificar problemas e aperfeiçoar a assistência.

III.5. Conclusão geral sobre o Diagnóstico Nacional

258. O Diagnóstico Nacional evidencia que os Hospitais de Pequeno Porte desempenham papel relevante na assistência à população, especialmente em municípios menores e em territórios com menor disponibilidade de outros serviços hospitalares, mas constituem um conjunto marcadamente heterogêneo quanto à função desempenhada na Rede de Atenção à Saúde, à capacidade operacional e ao grau de institucionalização dos mecanismos de gestão, segurança e relação com os usuários. Os resultados não caracterizam quadro generalizado de precariedade ou de isolamento dessas unidades, mas mostram que as condições necessárias ao adequado funcionamento e à integração à rede não estão asseguradas de forma uniforme.

259. Na inserção na RAS, o principal desafio identificado está na definição e institucionalização do papel assistencial dos HPP e em sua articulação com o planejamento regional. Embora existam mecanismos operacionais de integração com outros pontos da rede, cerca de 30% das respostas institucionais indicam ausência de carteira de serviços atualizada, o planejamento regional participa da definição da oferta em pouco mais da metade dos casos e a contratualização formal com outros atores da RAS alcança aproximadamente metade das respostas. Somam-se a esse quadro fragilidades na formalização e ordenação dos fluxos de acesso, no acompanhamento das contratualizações, na contrarreferência, no compartilhamento de informações clínicas e na oportunidade das transferências.

260. Ao mesmo tempo, os HPP apresentam atuação assistencial expressiva. O perfil declarado é fortemente concentrado no primeiro atendimento e na atenção hospitalar de menor complexidade: 93,4% dos diretores informaram atendimento de urgência e emergência 24 horas, 92,5% observação clínica por até 24 horas, 91,3% internação clínica de adultos e 87,2% estabilização de pacientes graves para transferência, com resultados semelhantes entre as Secretarias de Saúde. A percepção territorial também evidencia utilização funcional dessas unidades como serviços de pronto atendimento e para demandas próprias da atenção básica. Esse padrão não caracteriza, isoladamente, inadequação, pois a função de cada HPP depende das necessidades do território e da organização da respectiva rede, mas reforça a importância de que sua oferta decorra de definição deliberada e pactuada no planejamento regional.

261. Quanto à capacidade operacional, o diagnóstico atual apresenta quadro predominantemente favorável na disponibilidade dos recursos básicos necessários às atividades declaradas, embora com diferenças relevantes entre as unidades. As principais limitações concentram-se na adequação parcial da infraestrutura destinada à internação, em falhas ou indisponibilidades - em sua maioria pontuais - de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico e na insuficiência de equipes multidisciplinares e de apoio assistencial e logístico. Em sentido favorável, observou-se elevada cobertura declarada de médicos e profissionais de enfermagem e condições consistentes para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes graves em grande parte dos hospitais que realizam urgência e emergência 24 horas. Entre os 920 HPP que declararam essa atividade, 90,4% informaram dispor simultaneamente de médico e equipe de enfermagem 24 horas e de pelo menos cinco dos seis equipamentos de suporte à vida pesquisados.

262. As condições sanitárias e de segurança apresentam padrão semelhante de predominância de resultados favoráveis associado a fragilidades relevantes em parcela das unidades.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Foram identificadas situações de licença sanitária vencida ou ausência de licença, ressalvadas as hipóteses legais aplicáveis, pendências em unidades submetidas à inspeção, capacidade apenas parcial ou inexistente para assegurar a continuidade dos serviços diante de interrupções de água, energia ou gases medicinais e implementação incompleta de mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções. Em particular, cerca de um quarto das respostas institucionais indica capacidade não plena de contingência, e a implementação parcial ou ausência dos mecanismos de segurança do paciente alcançou 27,5% dos diretores e 30,8% das Secretarias. Esses resultados mostram que mecanismos básicos de prevenção e gerenciamento de riscos estão presentes na maioria das unidades, porém ainda não se encontram plenamente institucionalizados em parcela relevante dos HPP.

263. Também na experiência do paciente predominam avaliações favoráveis quanto ao acolhimento, às condições de espera e ao respeito aos direitos dos usuários, coexistindo, contudo, com limitações na organização do atendimento inicial, na comunicação e disponibilização de informações e, de forma mais expressiva, nos canais de manifestação. A ausência ou implementação parcial desses canais foi indicada por 43,0% dos diretores e 30,1% das Secretarias. Além disso, 38,4% dos diretores informaram não realizar regularmente o monitoramento de indicadores assistenciais, enquanto 34,4% das Secretarias indicaram acompanhamento apenas parcial ou inexistente. O conjunto desses resultados evidencia espaço para fortalecer não apenas a prestação direta da assistência, mas também os mecanismos pelos quais os hospitais conhecem seu próprio desempenho e utilizam informações e manifestações dos cidadãos para aperfeiçoar os serviços.

264. Alguns desses resultados dialogam diretamente com o diagnóstico realizado pelo Ministério da Saúde há cerca de uma década. O estudo concluído em 2015 já destacava a necessidade de redefinir o papel dos HPP nas redes loco-regionais e de considerar, para cada estabelecimento, as necessidades assistenciais e o contexto territorial. A própria concepção do estudo buscava subsidiar a definição de novos papéis para os HPP e de diretrizes para uma política específica para esse segmento. Nesse aspecto, o diagnóstico atual revela persistência de questão estrutural já identificada naquele período: a heterogeneidade dos hospitais e a necessidade de definição mais clara de sua missão e de sua inserção na rede continuam centrais, agora evidenciadas pela formalização incompleta do papel assistencial, pela participação ainda limitada do planejamento regional e pelos problemas de governança e coordenação assistencial identificados no item III.1 deste relatório.

265. Por outro lado, os resultados atuais não reproduzem integralmente o quadro então observado quanto às condições para urgência e emergência. No estudo do Ministério da Saúde, apenas 29,8% dos estabelecimentos avaliados atendiam ao parâmetro construído à época, que combinava aparelhamento mínimo e disponibilidade de profissionais 24 horas por dia, sete dias por semana. No diagnóstico atual, o quadro declarado é consideravelmente mais favorável entre os HPP que informaram efetivamente prestar atendimento de urgência e emergência 24 horas: 90,4% desse grupo reuniam médico e equipe de enfermagem durante todo o período e pelo menos cinco dos seis equipamentos de suporte à vida pesquisados, e 78,3% reuniam as duas categorias profissionais e todos os seis equipamentos. Esses percentuais não devem ser interpretados como medida direta de evolução entre 2015 e 2026, pois os denominadores, os critérios de composição dos indicadores e as estratégias de coleta são distintos. Ainda assim, a diferença entre os quadros constitui elemento relevante: enquanto o estudo anterior identificou grande insuficiência dos parâmetros de urgência e emergência, a auditoria atual encontrou, para o subconjunto que declara realizar esse atendimento 24 horas, elevada disponibilidade dos recursos pesquisados.

266. Cautela semelhante deve ser adotada quanto à infraestrutura e aos demais recursos operacionais. O estudo anterior descrevia problemas importantes de infraestrutura e capacidade de resposta dos HPP. O diagnóstico atual não sustenta caracterização de precariedade generalizada: prevalecem avaliações favoráveis, acompanhadas de insuficiências parciais e de descontinuidades concentradas em determinados componentes. Mais do que indicar simplesmente ausência de estrutura, os resultados atuais evidenciam heterogeneidade na correspondência entre o perfil assistencial, a

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

capacidade disponível e os mecanismos necessários para assegurar continuidade e segurança da assistência.

267. Essa heterogeneidade é reforçada pelas respostas sobre os obstáculos ao funcionamento dos hospitais. Na perspectiva dos gestores, destacaram-se a insuficiência ou inconstância do financiamento, as dificuldades de transferência, as limitações de equipamentos e infraestrutura e a integração com a rede. Na perspectiva territorial, aparecem ainda questões relacionadas ao apoio aos profissionais, à segurança e à disponibilidade de recursos. A indicação, pelos respondentes institucionais, de atores dos diferentes níveis de gestão para o enfrentamento desses problemas evidencia que parte relevante dos desafios não pode ser tratada exclusivamente no âmbito de cada estabelecimento ou município, mas envolve a organização regional e interfederativa do SUS.

268. O conjunto das evidências aponta, portanto, que o principal desafio para os HPP não está em estabelecer um modelo assistencial único para hospitais definidos apenas pelo número de leitos, mas em assegurar que cada unidade desempenhe função coerente com as necessidades de sua população e com a organização regional da RAS, dispondo das capacidades e dos mecanismos de gestão compatíveis com essa função. Isso pressupõe relacionar, de forma mais consistente, a definição do papel assistencial ao planejamento regional, à capacidade instalada, aos fluxos regulatórios e de continuidade do cuidado, às condições de segurança, ao acompanhamento do desempenho e à participação dos usuários.

269. Esse desafio assume relevância adicional diante da situação atual da PNHPP. A política foi concebida justamente para induzir a redefinição do papel dessas unidades mediante pactuação e contratualização e para orientar sua inserção nas redes regionalizadas. Entretanto, o Ministério da Saúde informou que, embora a PNHPP permaneça formalmente vigente, ela não se encontra atualmente operacionalizada, não há fluxo para novas adesões desde 2011 e não existem mecanismos federais ativos especificamente destinados à adesão, reorganização, qualificação ou acompanhamento desses estabelecimentos. A Pasta informou ainda não dispor de análise estrutural recente da política que contemple, de forma integrada, o universo dos HPP e os estabelecimentos efetivamente aderidos. Verifica-se, assim, descompasso entre a permanência formal da política e sua capacidade atual de orientar, induzir, monitorar e avaliar sistematicamente o tratamento conferido aos HPP no SUS. Nesse contexto, os resultados do Diagnóstico Nacional oferecem evidências atuais para subsidiar a reavaliação do tratamento desses estabelecimentos no âmbito da política hospitalar do SUS, considerando a diversidade de funções que desempenham e as fragilidades institucionais, operacionais e assistenciais identificadas.

270. Ante o exposto, considerando que a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, embora formalmente vigente, não se encontra operacionalizada, não recebe novas adesões desde 2011 e não conta atualmente com mecanismos federais ativos especificamente destinados à reorganização, qualificação, monitoramento ou avaliação sistemática dos HPP, situação que compromete o exercício das atribuições previstas nos arts. 8º, incisos IV e VI, e 15 do Anexo XXIII à Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, tendo o Ministério da Saúde informado, ainda, que elementos de seu modelo original, inclusive de financiamento, deixaram de refletir as condições atuais da assistência hospitalar e que vêm sendo realizados estudos para formulação de nova política para esses estabelecimentos;

271. Considerando que o Diagnóstico Nacional evidenciou que os HPP constituem conjunto heterogêneo quanto à função desempenhada na Rede de Atenção à Saúde, à capacidade operacional e ao grau de institucionalização dos mecanismos de gestão e segurança, e que, embora desempenhem funções assistenciais relevantes e não se tenha identificado quadro generalizado de precariedade ou isolamento, persistem fragilidades na definição e pactuação regional do papel assistencial de parcela das unidades e em sua integração com os demais pontos da RAS;

272. Considerando que também foram identificadas, em parcela dos HPP, limitações relacionadas à infraestrutura, equipamentos e serviços de apoio, composição das equipes, regularidade e controle sanitário, continuidade de recursos essenciais, segurança do paciente, mecanismos de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

informação e manifestação dos usuários e monitoramento de indicadores, e que a insuficiência ou inconstância do financiamento foi apontada pelas fontes institucionais como o principal obstáculo ao funcionamento dessas unidades, embora diversos componentes avaliados apresentem resultados predominantemente favoráveis;

273. Considerando que o estudo promovido pelo Ministério da Saúde e concluído em 2015 já apontava a necessidade de redefinir o papel dos HPP nas redes loco-regionais segundo as necessidades assistenciais e o contexto territorial e teve entre seus objetivos subsidiar pressupostos e diretrizes para uma política destinada a esse segmento hospitalar, questão que permanece presente nos resultados do Diagnóstico Nacional realizado nesta auditoria;

274. Considerando, por fim, que a organização dos HPP envolve responsabilidades compartilhadas entre os diferentes níveis de gestão do SUS e depende de planejamento e pactuação interfederativa, cabendo ao Ministério da Saúde, nos termos dos arts. 26 e 27 do Anexo I do Decreto 11.798/2023, exercer funções de formulação, coordenação e avaliação das políticas nacionais de atenção hospitalar;

275. Propor-se-á determinação ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e no art. 4º, inciso II, da Resolução-TCU 315/2020, para que, em articulação com os gestores estaduais e municipais do SUS, elabore, no prazo de 180 dias, um plano de ação destinado a subsidiar a revisão da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e a formulação de proposta atualizada para o tratamento desses estabelecimentos no âmbito do SUS, considerando os resultados do Diagnóstico Nacional realizado nesta auditoria e contemplando, no mínimo, os seguintes eixos:

a) redefinição do universo e da tipologia dos Hospitais de Pequeno Porte, mediante revisão dos critérios utilizados para sua caracterização e avaliação da conveniência de estratificá-los segundo porte, perfil assistencial, natureza e esfera de gestão, localização, características territoriais e função desempenhada na Rede de Atenção à Saúde;

b) definição de diretrizes e critérios para subsidiar o diagnóstico territorial e a definição do papel assistencial dos HPP pelos gestores e instâncias de pactuação competentes, considerando, entre outros elementos, o perfil demográfico e epidemiológico da população, as necessidades assistenciais, a oferta existente nos demais pontos da RAS, os vazios assistenciais, a localização e as condições de acesso aos serviços de referência, a produção realizada, a utilização da capacidade instalada e a organização regional da assistência;

c) definição de perfis assistenciais e dos requisitos correspondentes, estabelecendo, conforme as funções atribuídas aos HPP, os serviços que podem integrar sua atuação e os requisitos de capacidade operacional, infraestrutura, equipamentos, força de trabalho, apoio diagnóstico, continuidade de recursos essenciais, segurança do paciente e controle de infecções necessários ao desempenho seguro dessas funções;

d) formulação de diretrizes para o fortalecimento dos mecanismos de integração regional e governança, contemplando planejamento regional, pactuação e contratualização, acompanhamento dos compromissos assumidos, regulação do acesso, formalização dos fluxos de referência e contrarreferência, transferências de pacientes e compartilhamento das informações necessárias à continuidade do cuidado;

e) revisão do modelo de financiamento e dos mecanismos de indução, considerando os custos e a sustentabilidade dos diferentes perfis assistenciais, as responsabilidades interfederativas de financiamento e a possibilidade de vincular incentivos ao papel assistencial pactuado, às necessidades territoriais e ao cumprimento de compromissos e resultados, de modo a reduzir estímulos à manutenção de estruturas ou produção dissociadas das necessidades da RAS;

f) definição de estratégia de transição e reorganização dos estabelecimentos, contemplando alternativas para qualificação das unidades que devam manter determinada função hospitalar e para redefinição do perfil assistencial daquelas cuja atuação, a partir das análises e pactuações competentes,

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

venha a ser modificada em razão das necessidades da população, da capacidade instalada e da organização regional dos serviços; e

g) instituição de modelo permanente de monitoramento, avaliação e revisão, com definição de indicadores relacionados ao papel assistencial, capacidade operacional, integração à RAS, produção e utilização dos serviços, financiamento, segurança do paciente, experiência dos usuários e resultados da assistência, bem como responsabilidades pelo acompanhamento e mecanismos para utilização periódica dessas informações na revisão do perfil e da atuação dos HPP, contemplando mecanismos de consolidação e acompanhamento dos recursos federais destinados a esses estabelecimentos, sempre que possível individualizados por CNES e segundo sua natureza e origem.

276. O plano de ação deverá explicitar, ainda, as etapas de implementação, os produtos esperados, os responsáveis, os prazos, as instâncias de pactuação interfederativa envolvidas e os mecanismos de acompanhamento de sua execução.

IV. VISITAS A HPP EM PERNAMBUCO E OPORTUNIDADES DE MELHORIA

277. Este capítulo reúne as principais evidências obtidas nas visitas técnicas realizadas aos Hospitais de Pequeno Porte selecionados no Estado de Pernambuco. A etapa presencial teve por finalidade aprofundar, em contextos concretos, os quatro eixos definidos para a auditoria: inserção dos HPP na Rede de Atenção à Saúde, capacidade operacional, condições seguras de atendimento e experiência do cidadão e foco no usuário.

278. Foram visitados e examinados o Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, de gestão estadual; e os hospitais municipais Adolpho Pereira Carneiro, em São Caetano; Dr. Alberto de Oliveira, em Bonito; e Santina Falcão, em Santa Maria do Cambucá. A seleção das unidades visitadas foi orientada por indicadores de utilização, perfil assistencial e resolutividade, bem como pela viabilidade logística dos deslocamentos da equipe, conforme detalhado no item I.4 deste relatório e na peça 54. Dessa forma, as evidências obtidas possuem natureza predominantemente qualitativa, e as unidades visitadas não constituem amostra estatística destinada à extrapolação direta dos resultados para o conjunto dos HPP de Pernambuco ou do país.

279. A análise conjunta das quatro unidades evidenciou realidades distintas quanto ao porte, ao perfil assistencial, à gestão, à utilização da capacidade instalada e à inserção regional. Ao mesmo tempo, foram identificados temas recorrentes, especialmente relacionados à definição e formalização do papel assistencial, à continuidade do cuidado, à organização dos fluxos e da demanda, à utilização da capacidade hospitalar e à consolidação de mecanismos de segurança e de escuta dos usuários. As análises individualizadas dos HPP, fundamentadas sobretudo em entrevistas com atores locais e usuários, observação direta e análise documental, encontram-se detalhadas nos respectivos papéis de trabalho. Como fonte complementar de escuta, foi também disponibilizado questionário eletrônico por meio de cartazes com QR code afixados nos quatro hospitais, destinado a captar a percepção dos usuários sobre o atendimento (peças 72 a 83). Em especial, a peça 72 consolida os resultados obtidos mediante a aplicação dos procedimentos de auditoria.

280. Além de aprofundar a compreensão das condições encontradas, a etapa presencial buscou identificar oportunidades de melhoria passíveis de tratamento pelos atores locais e regionais no curto e médio prazo. Ao final de cada visita, essas oportunidades foram discutidas com representantes da gestão municipal ou estadual, da direção hospitalar e da respectiva Gerência Regional de Saúde. A partir desse diálogo, foram construídos Planos Colaborativos de Melhoria, de natureza não deliberativa, destinados a registrar as medidas voluntariamente acolhidas pelos atores envolvidos, em consonância com o art. 16, parágrafo único, inciso I, da Resolução-TCU 315/2020 e com o item 14 da Parte VI do Anexo Único da Portaria-Segecex 9/2020, na redação vigente dada pela Portaria-Segecex 3/2023 (peça 71).

IV.1. Inserção dos HPP na Rede de Atenção à Saúde

281. A análise da inserção dos HPP na Rede de Atenção à Saúde considerou, de forma integrada, a definição e a formalização do papel assistencial das unidades, sua relação com o planejamento e a pactuação regional, os instrumentos de contratualização, quando aplicáveis, a

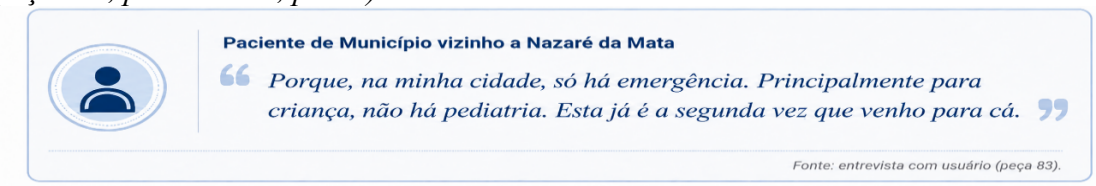
Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

regulação do acesso e os fluxos de referência e contrarreferência. As visitas evidenciaram realidades distintas quanto ao grau de formalização desses elementos, mas também questões comuns relacionadas à continuidade do cuidado, ao retorno das informações assistenciais e à organização da demanda entre hospital, Atenção Primária e serviços de referência. As análises individualizadas encontram-se detalhadas nos respectivos papéis de trabalho (peça 72).

282. A análise deste eixo considerou, entre seus principais referenciais, as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, consolidadas na Portaria de Consolidação GM/MS 3/2017, a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP (Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017) e a Política Nacional de Regulação em Saúde (Portaria GM/MS 9.262/2025), especialmente quanto à definição do papel assistencial, ao planejamento e à pactuação regional, à contratualização, quando aplicável, à regulação e aos fluxos de referência e contrarreferência. O detalhamento dos critérios aplicáveis consta da peça 43.

283. Quanto à definição do papel assistencial, verificaram-se diferentes níveis de formalização. O Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, e o Hospital Municipal Adolpho Pereira Carneiro, em São Caetano, apresentaram, respectivamente, Carteira de Serviços Assistenciais e Carta de Serviços Hospitalares, compatíveis, em linhas gerais, com a atuação observada (peças 76, p. 2, e 77, p. 4-17). Em Bonito, os serviços efetivamente prestados pelo Hospital Dr. Alberto de Oliveira eram conhecidos pelos gestores e profissionais, mas não estavam consolidados em carteira própria ou instrumento sintético equivalente. Em Santa Maria do Cambucá, o plano de trabalho do hospital, referente a 2025-2028, contribuía para caracterizar o Hospital Santina Falcão, embora não reunisse, de modo objetivo e acessível, todos os elementos relativos à oferta, aos fluxos de acesso, ao apoio diagnóstico, aos critérios de encaminhamento e aos limites de atuação da unidade (peça 79).

284. O Hospital Ermírio Coutinho apresentou o arranjo institucional mais formalizado entre as unidades visitadas. De gestão estadual e administrado por Organização Social, possui Contrato de Gestão vigente com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, acompanhado de anexos técnicos, metas, indicadores, responsabilidades e mecanismos de monitoramento. A documentação e as entrevistas evidenciaram papel regional relevante, especialmente em urgência e emergência, internações, assistência obstétrica e materno-infantil, pediatria, ambulatórios especializados e apoio diagnóstico, atendendo usuários de Nazaré da Mata e de outros municípios das II e XII Regiões de Saúde (peças 76, p. 3-44 e 80, p. 2-9).



285. Em São Caetano, a Carta de Serviços Hospitalares conferia definição formal à oferta da unidade. Também foram apresentados instrumentos de planejamento regional aplicáveis ao território, entre eles o Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência (PAR-RUE) da IV Região de Saúde, atualizado em 2025, o Mapa da Saúde da IV Região, de 2023, e relatórios da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Quanto a esta última, o próprio município informou que a versão atualmente disponível, de 2019, encontra-se desatualizada e não reflete integralmente a atual configuração da Rede de Atenção à Saúde e dos fluxos assistenciais regionais, acrescentando que não foram identificados instrumentos posteriores de repactuação regional que a tenham substituído formalmente. Assim, embora haja evidências de planejamento regional aplicável ao território, permanece ponto de atenção quanto à demonstração do alinhamento atual entre a oferta do hospital e as necessidades e pactuações vigentes na rede (peça 77, p. 4-17 e 30-359).

286. Em Bonito, também foi apresentado o PAR-RUE da IV Região de Saúde, aprovado em 2025, evidenciando a existência de planejamento regional aplicável ao componente de urgência e emergência no território. Não foram, entretanto, disponibilizados PPI ou outro instrumento específico e atualizado de pactuação assistencial que permitisse avaliar de forma completa a correspondência entre a oferta atual do Hospital Dr. Alberto de Oliveira e as necessidades da rede, especialmente em

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

relação a serviços não restritos à urgência e emergência, como cirurgias eletivas de baixa e média complexidade. A situação foi tratada como oportunidade de melhor demonstração do alinhamento regional, e não como indicação de incompatibilidade entre os serviços efetivamente prestados (urgência e emergência, internações de baixa e média complexidade e cirurgias eletivas) e o perfil assistencial conhecido pelos atores locais (peças 78, p. 14-133, 72, p. 44-60, e 73, p. 9-11).

287. No Hospital Santina Falcão, o papel assistencial mostrou-se relativamente claro na prática: trata-se de unidade de porta aberta e referência municipal para urgência e emergência, estabilização, observação e internação clínica, com funcionamento que, segundo as evidências colhidas, se aproxima operacionalmente de uma unidade de pronto atendimento. Não foi demonstrado pelo município, contudo, vínculo documental suficiente entre essa oferta e instrumentos vigentes de planejamento ou pactuação regional. Apesar disso, o PAR-RUE da IV Região de Saúde prevê a sua atuação nos atendimentos da IV Região de Saúde de Pernambuco. Assim, embora os serviços observados tenham se mostrado, em linhas gerais, coerentes com o perfil local da unidade, permanece oportunidade de formalizar melhor sua organização, seus limites de atuação e sua relação com a rede regional de atenção (peças 73, p. 12-14; e 79).

288. O grau de formalização do papel assistencial variou entre os modelos de gestão examinados. No Hospital Ermírio Coutinho, o Contrato de Gestão e seus anexos especificam serviços, metas, indicadores e responsabilidades, e foram identificados registros de acompanhamento periódico de sua execução (peça 76). Nos três hospitais administrados diretamente pelos municípios - São Caetano, Bonito e Santa Maria do Cambucá -, contudo, não foi identificado instrumento formal de contratualização hospitalar aplicável às unidades. Embora o PAR-RUE, o Mapa da Saúde e a PPI contenham referências à oferta e aos fluxos regionais, esses documentos, por sua natureza de planejamento e pactuação intergestores, não reúnem, em instrumento específico para cada hospital, a definição de serviços, responsabilidades, metas, indicadores e mecanismos de acompanhamento (peças 77 a 79).

289. Essa diferença também é relevante sob o aspecto normativo. Nos termos dos arts. 2º e 34 do Anexo XXIV à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2/2017, a PNHOSP aplica-se a todos os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS, cabendo aos gestores formalizar essa relação por meio de instrumentos de contratualização. Nos casos examinados, a clareza sobre o papel da unidade na RAS mostrou-se maior quando a oferta assistencial estava registrada em instrumento específico do hospital e articulada ao planejamento da rede. Quando essa definição permanecia dispersa em documentos regionais ou era conhecida principalmente pela prática cotidiana, havia maior dificuldade para demonstrar objetivamente os limites de atuação, as responsabilidades e a correspondência dos serviços com as necessidades atuais da rede.

290. Quanto à operacionalização dos fluxos assistenciais, a regulação para acesso a serviços de maior complexidade estava presente nos quatro contextos examinados, predominantemente por meio de estruturas estaduais. A existência de mecanismos regulatórios, entretanto, não assegurava, por si só, o acompanhamento completo do percurso do paciente ou o retorno adequado das informações assistenciais, tendo sido observadas diferenças quanto à forma de utilização e à capacidade local de rastrear os encaminhamentos (peça 73).

291. No Hospital Ermírio Coutinho, o sistema estadual de regulação permitia solicitação de vagas, atualização da evolução clínica e acompanhamento das transferências. Ainda assim, foram relatados períodos de demora para obtenção de vagas, permanência de pacientes aguardando transferência e necessidade de contatos adicionais com a Central de Regulação e com os serviços de destino. Também foram mencionadas dificuldades para receber informações após o atendimento em unidades estaduais de maior complexidade (peça 73, p. 2-5).

292. Nos demais hospitais, a inserção nos fluxos estaduais também estava estabelecida, porém com menor capacidade local de acompanhamento. São Caetano utiliza a Central Estadual de Regulação para acesso a serviços de maior complexidade, mas permanecem limitações quanto ao acompanhamento dos encaminhamentos e ao retorno das informações assistenciais. Em Bonito, os

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

encaminhamentos de pacientes graves também eram realizados por meio da Central Estadual, sem sistema informatizado próprio para acompanhamento. Em Santa Maria do Cambucá, o médico plantonista acionava a Central Estadual de Regulação por telefone, sem utilização de sistema informatizado próprio pelo hospital para registro e acompanhamento dos fluxos, tendo sido relatada maior dificuldade nos casos que demandavam UTI (peças 72, 73 e 80).

293. A referência e, principalmente, a contrarreferência constituíram um dos temas mais recorrentes nas quatro visitas. Em todos os contextos havia alguma forma de comunicação entre os serviços, porém variavam o grau de formalização, os instrumentos utilizados e a capacidade de registrar e acompanhar o retorno do paciente. De modo geral, a fragilidade observada não correspondia à inexistência de interação entre hospital e rede, mas à necessidade de tornar os fluxos mais padronizados, institucionalizados e rastreáveis (peças 72, 73 e 80).

294. Em Nazaré da Mata, profissionais da Atenção Primária relataram dificuldade para obter sistematicamente informações sobre condutas, exames, diagnósticos e encaminhamentos realizados pelo Hospital Ermírio Coutinho, especialmente após atendimentos ambulatoriais e no acompanhamento de gestantes de alto risco. A ausência de interoperabilidade entre os sistemas informatizados do hospital e da Atenção Primária à Saúde reforçava a dependência de documentos impressos ou do próprio paciente (peças 73, p. 2-5, e 80, p. 2-9). Durante a fiscalização, o hospital informou ter elaborado, em 29/6/2026, modelo de formulário de contrarreferência no prontuário eletrônico, com possibilidade de impressão e entrega ao usuário (peça 84, p. 7-11).

295. Em São Caetano, havia comunicação entre hospital, Atenção Primária e gestão municipal, mas os registros permaneciam majoritariamente em papel e não existia fluxo institucional suficientemente estruturado para a devolução sistemática de informações às Unidades Básicas de Saúde (UBS) após atendimentos, internações ou altas. A formalização da contrarreferência e o avanço gradual da informatização foram identificados como oportunidades de aprimoramento da continuidade do cuidado (peças 72, p. 24-44, e 73, p. 6-8).

296. Em Bonito, foram observadas práticas positivas de integração. A assistência social mantinha contato com as unidades básicas de saúde (UBS), promovia redirecionamento assistido de usuários com demandas não urgentes e utilizava, juntamente com outras equipes, grupos de mensagens para facilitar a comunicação. A principal oportunidade de melhoria estava na maior formalização e rastreabilidade dessas práticas, que ainda dependiam, em parte, de mecanismos informais (peças 72, p. 44-60, e 73, p. 9-11).

297. Em Santa Maria do Cambucá, já existia Formulário de Referência e Contrarreferência com campos para identificação do paciente, atendimento realizado e orientação para continuidade do cuidado. O instrumento era utilizado na comunicação com a Atenção Primária e posteriormente registrado no prontuário eletrônico da UBS. O fluxo, contudo, permanecia predominantemente manual, sem integração informatizada entre hospital, APS e rede regional e sem protocolos formalizados com os serviços regionais de referência, o que limitava a rastreabilidade e o retorno das informações após os encaminhamentos (peças 72, p. 61-83, e 73, p. 12-14).

298. A organização da demanda também se mostrou diretamente relacionada à inserção dos hospitais na rede. Em São Caetano e Santa Maria do Cambucá, gestores e profissionais relataram procura frequente do hospital por condições que poderiam, em determinadas circunstâncias, ser acompanhadas pela Atenção Primária, associando o fenômeno a fatores culturais, comodidade e percepção de acesso mais imediato pela população. Em Nazaré da Mata, a situação apresentava também dimensão regional, pois a maior resolutividade percebida do Hospital Ermírio Coutinho atraía usuários de outros municípios e contribuía para pressão sobre sua porta de urgência (peças 72, 73 e 80).

299. Em Bonito, verificou-se que, nos casos mais típicos de condições de saúde sensíveis à Atenção Primária, uma assistente social redirecionava os pacientes para a UBS de referência, com o devido agendamento da consulta. Essa prática foi considerada positiva por favorecer o

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

encaminhamento ao ponto de atenção mais adequado, contribuir para a organização do fluxo assistencial e reduzir a demanda sobre o hospital (peças 72, 73 e 80).

300. As oportunidades de melhoria relacionadas a esses aspectos foram discutidas com os atores locais e regionais e incorporadas, conforme o caso, aos Planos Colaborativos apresentados no item IV.5 e dispostos na peça 71.

301. Em síntese, as visitas demonstraram que a adequada inserção dos HPP na RAS depende da combinação entre papel assistencial claramente definido, planejamento e pactuação compatíveis com as necessidades do território, regulação funcional e fluxos efetivos de continuidade do cuidado.

IV.2. Capacidade operacional

302. A avaliação da capacidade operacional examinou se a infraestrutura, equipamentos, medicamentos, insumos, força de trabalho e os serviços de apoio se mostravam compatíveis com o perfil assistencial efetivamente desempenhado pelos hospitais. No conjunto das quatro visitas, não foram identificadas evidências de insuficiência desses recursos em extensão que inviabilizasse o funcionamento regular das unidades. As diferenças mais relevantes estiveram relacionadas ao grau de utilização da capacidade instalada, à organização da manutenção dos equipamentos, à disponibilidade de determinados recursos diagnósticos, à estrutura de apoio operacional e, em situações específicas, à cobertura profissional.

303. A análise da capacidade operacional considerou, entre seus principais referenciais, as RDC Anvisa 63/2011 e 50/2002 e a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), especialmente quanto à compatibilidade da infraestrutura, dos equipamentos e de sua manutenção, dos medicamentos e insumos, da força de trabalho e dos serviços de apoio com o perfil assistencial e a demanda atendida pela unidade. O detalhamento dos critérios aplicáveis consta da peça 43.

304. No Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, a estrutura operacional mostrou-se, em linhas gerais, compatível com o perfil regional e com os serviços ofertados. Foram apresentados contratos e aditivos relacionados à manutenção e ao suporte de equipamentos e de infraestrutura crítica, incluindo serviços de engenharia clínica para equipamentos médico-hospitalares, manutenção preventiva e corretiva de climatização e refrigeração, locação e manutenção de grupo gerador e fornecimento de gases medicinais.

305. A unidade também apresentou registros sistemáticos de acompanhamento da ocupação, com média anual de 69% em 2025, variando entre 42,5% e 80,6% (peça 76). O percentual médio, isoladamente, não indicou superlotação nem baixa ocupação estrutural, embora a pressão regional relatada e as oscilações mensais recomendem interpretação conjunta com a demanda, os fluxos regulatórios e os serviços ofertados. Permaneceram ainda pontos de atenção relacionados à oferta de ultrassonografia diante da demanda regional e à possibilidade de ampliação da oferta de vagas, especialmente do ambulatório de pré-natal de alto risco. Na pesquisa de usuários, três dos dez respondentes (30%) registraram resposta crítica quanto à disponibilidade ou ao funcionamento de aparelhos, havendo ainda relato específico de indisponibilidade de ultrassonografia. Eventual ampliação depende da disponibilidade de recursos e equipe, da pactuação regional, da viabilidade contratual e de sua compatibilidade com o papel do hospital na rede materno-infantil (peça 72 e 73).

306. Em São Caetano, os equipamentos, medicamentos, insumos, apoio diagnóstico e composição das equipes mostraram-se, em princípio, compatíveis com os serviços ofertados. Os registros de abril de 2025 a abril de 2026 indicaram taxas mensais de ocupação entre 26,9% e 42,0% (peça 77, p. 360-361). A unidade dispõe, ainda, de estrutura para cirurgias de baixa e média complexidade, utilizada em dois dias da semana, com atendimentos destinados predominantemente à população do próprio município. Esse conjunto indicou oportunidade de avaliar melhor aproveitamento da capacidade instalada, inclusive para eventual ampliação da oferta regional. Essa possibilidade, contudo, depende de avaliação de viabilidade, iniciativa formal do município, definição das responsabilidades e da fonte de financiamento e pactuação nas instâncias competentes de governança regional, como CT-CIR e CIR, conforme aplicável (peças 71, 72 e 73).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

307. A unidade de São Caetano também apresentou registros de manutenção corretiva e informou processo destinado ao aprimoramento da manutenção preventiva. Não foram identificadas falhas relevantes de equipamentos que tivessem comprometido a assistência, mas a consolidação de rotina preventiva permaneceu como oportunidade de melhoria gerencial (peça 77, p. 362-383, 593-604).

308. Em Bonito, a estrutura física e organizacional foi avaliada positivamente, sem evidências de insuficiência relevante de equipamentos, medicamentos, insumos, pessoal ou apoio diagnóstico. Gestores e direção estimaram ocupação dos leitos clínicos em cerca de 10% na maior parte do ano e aproximadamente 30% em períodos sazonais, embora não houvesse série formalmente consolidada. As evidências indicaram possibilidade de melhor aproveitamento da capacidade instalada e a eficiência hospitalar com a ocupação desses leitos, inclusive em estratégias regionais, desde que precedida de avaliação de viabilidade e proposta formal do município, com definição da fonte de financiamento e submissão às instâncias competentes de pactuação regional, especialmente CT-CIR e CIR (peças 72, 73 e 80).

309. No Hospital Santina Falcão, em Santa Maria do Cambucá, a capacidade operacional deve ser analisada à luz do reduzido porte e do perfil assistencial da unidade, voltado predominantemente ao pronto atendimento, à estabilização, à observação e à internação clínica de curta permanência. Na prática, seu funcionamento se aproxima mais do perfil de uma unidade de pronto atendimento do que do de um hospital com estrutura relevante de retaguarda. A unidade dispõe de apenas nove leitos, distribuídos entre pacientes adultos, pediátricos e a sala de estabilização. Segundo o Município, a ocupação ficava em torno de 30% a 40% nas enfermarias, 100% nos leitos de urgência e 50% na sala de estabilização, embora não tenha sido apresentado relatório consolidado que permitisse validar esses percentuais em período mais amplo.

310. Essas características justificam tratamento distinto do conferido a hospitais de maior porte, como os de Bonito e São Caetano, nos quais a capacidade não utilizada pode representar margem para retaguarda regional. Embora a baixa ocupação das enfermarias seja relevante sob a perspectiva da eficiência, ela não indica necessariamente capacidade ociosa disponível para outros municípios. Como os nove leitos são divididos por perfil de paciente, a destinação regional de apenas um deles – por exemplo, um leito adulto masculino – poderia deixar a unidade sem disponibilidade imediata para uma urgência local dessa natureza. Assim, a reduzida escala e a demanda variável exigem a preservação de alguma disponibilidade para assegurar a resposta à população do próprio município (peças 72, 73 e 80).

311. Nesse hospital, os principais pontos de atenção operacionais concentraram-se na manutenção predominantemente corretiva dos equipamentos, no funcionamento com apenas um médico por plantão (situação potencialmente vulnerável nos períodos de maior demanda ou quando há necessidade de acompanhamento de transferências) e nas limitações do apoio diagnóstico imediato. Na pesquisa com usuários, 38,9% dos respondentes registraram respostas críticas quanto à disponibilidade de funcionários e o mesmo percentual quanto à disponibilidade ou ao funcionamento de aparelhos. O laboratório terceirizado funciona presencialmente até aproximadamente 17h, e os exames de raio-X dependem de serviço localizado em município vizinho (Surubim-PE), embora exista espaço preparado para futura instalação de equipamento próprio, ainda pendente de aquisição (peça 72, p. 61-83).

312. Ainda em Santa Maria do Cambucá, foi identificada oportunidade de aproveitamento da infraestrutura da lavanderia hospitalar. Embora a unidade já disponha de equipamentos, o serviço não estava em funcionamento devido à necessidade de adequações no espaço físico. A utilização dessa estrutura depende, portanto, da avaliação da viabilidade das adequações necessárias e dos respectivos custos e fontes de financiamento (peça 71, p. 24-29).

313. A comparação entre os quatro hospitais evidencia que a utilização da capacidade instalada deve ser analisada considerando o papel efetivamente desempenhado na RAS. Baixas taxas de ocupação podem indicar possibilidade de melhor aproveitamento em determinados contextos, como observado em São Caetano e Bonito, sobretudo quando o número de leitos permite sua utilização sem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

comprometer a resposta local. Em Santa Maria do Cambucá, contudo, o reduzido porte e o perfil predominantemente voltado ao pronto atendimento tornam inadequada a interpretação da baixa ocupação média como indicativa, por si só, de capacidade ociosa disponível para retaguarda regional. Do mesmo modo, ocupações mais elevadas devem ser interpretadas em conjunto com a demanda, a regulação e a capacidade de transferência, como observado no Hospital Ermírio Coutinho, em razão de seu papel regional. Assim, a taxa de ocupação dos leitos dos HPP não deve ser analisada isoladamente, devendo ser considerada em função da finalidade assistencial da unidade, de seu porte, das necessidades do território e de sua articulação com a rede.

314. O terceiro eixo examinou as condições sanitárias e de segurança necessárias ao funcionamento das unidades, abrangendo licenciamento, continuidade dos serviços essenciais, gerenciamento de resíduos, prevenção e controle de infecções e mecanismos de segurança do paciente, além da organização de processos críticos de atendimento quando diretamente relacionados à segurança assistencial. As visitas não identificaram situações de interdição ou irregularidades que inviabilizassem o funcionamento dos quatro hospitais, embora tenham sido observados diferentes níveis de maturidade institucional nos mecanismos de gestão da segurança.

315. A análise das condições seguras de atendimento considerou, entre seus principais referenciais, as RDC Anvisa 63/2011, 36/2013 e 222/2018, a Lei 9.431/1997 e a Portaria MS 2.616/1998, abrangendo licenciamento e regularidade sanitária, continuidade dos recursos essenciais, gerenciamento de resíduos, segurança do paciente e prevenção e controle de infecções. O detalhamento dos critérios aplicáveis consta da peça 43.

316. O Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, apresentou licença sanitária vigente, relatório recente de inspeção, mecanismos de contingência para energia, água e gases medicinais, PGRSS e contrato específico para coleta e destinação de resíduos. Foram também apresentados documentos de instituição e funcionamento do Núcleo ou Comissão de Segurança do Paciente, registros de incidentes e ações de acompanhamento. Não foram identificadas interrupções críticas de serviços essenciais que tivessem comprometido a assistência. As não conformidades pontuais registradas pela vigilância sanitária estavam acompanhadas de respostas e providências da unidade. As evidências indicaram mecanismos de segurança sanitária e assistencial mais consolidados, sem ponto relevante de estruturação inicial identificado nesse eixo (peças 72, 73 e 76, p. 61-125).

317. Em Bonito, a situação geral também se mostrou regular. O hospital possuía licença de funcionamento vigente emitida pela vigilância sanitária, PGRSS, contrato para destinação de resíduos e infraestrutura de contingência, incluindo gerador, reservação de água e gases medicinais. As evidências indicaram funcionamento do Núcleo de Segurança do Paciente e utilização de ficha de notificação de eventos adversos, não tendo sido identificados pontos relevantes de estruturação dos mecanismos de segurança nesse eixo (peça 78, p. 168-231).

318. Em São Caetano, foram apresentados licença sanitária vigente, inspeções recentes, gerador, reservatórios de água, sistema de gases medicinais, PGRSS e contrato para destinação dos resíduos, sem registros de paralisação dos serviços assistenciais. Os principais pontos de aprimoramento concentraram-se na consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente, dos protocolos e mecanismos de notificação e monitoramento, bem como na maior padronização das rotinas da sala vermelha, incluindo fluxos, atribuições, checklists e treinamento das equipes (peças 72, p. 23-44, e 77, p. 451-464).

319. O Hospital Santina Falcão, em Santa Maria do Cambucá, apresentou licença sanitária vigente, PGRSS e contrato para coleta e destinação de resíduos, sem evidências de interdição ou de interrupções críticas dos serviços. A unidade, contudo, não dispunha de gerador de energia próprio, Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) formalmente instituído ou CCIH/estrutura equivalente. Os equipamentos da sala de estabilização possuíam baterias com autonomia mínima informada de três horas. A ausência de gerador foi tratada como ponto de atenção relacionado à contingência energética, especialmente diante do funcionamento ininterrupto da unidade, sem registro de ocorrência anterior que tivesse comprometido a assistência. Essa situação foi analisada de forma

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

proporcional ao porte e ao perfil assistencial do hospital, evitando-se caracterizá-la como falha que tenha produzido interrupção efetiva dos serviços, mas reconhecendo sua relevância como vulnerabilidade potencial em caso de falha prolongada no fornecimento de energia (peças 72, p. 61-83, e 73, p. 12-14).

320. No mesmo hospital, a inexistência de NSP formalmente instituído e de estrutura responsável pelo controle de infecções reduzia a capacidade de identificar, registrar e tratar sistematicamente riscos, incidentes e eventos adversos. A instituição desses mecanismos, em formato compatível com o porte e o perfil assistencial da unidade, constituiu uma das principais oportunidades de aprimoramento identificadas nesse eixo (peças, 72, p. 61-83, e 73, p. 12-14).

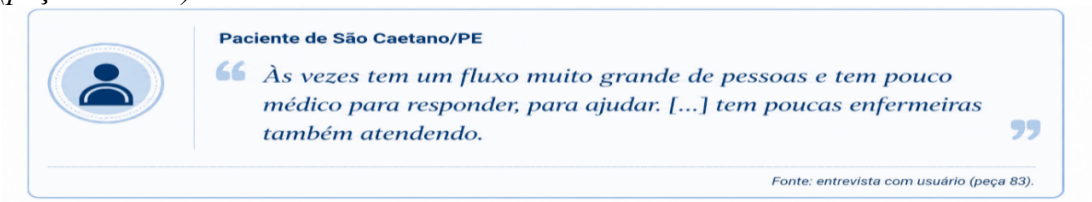
321. Em conjunto, as evidências demonstram diferentes graus de consolidação dos mecanismos de segurança. O Hospital Ermírio Coutinho e o Hospital Dr. Alberto de Oliveira apresentaram situação mais estruturada nesse eixo. Em São Caetano, as oportunidades concentraram-se na consolidação do NSP, dos instrumentos de notificação e das rotinas da sala vermelha. Em Santa Maria do Cambucá, assumiram maior relevância a instituição formal do NSP, a estruturação de mecanismos de prevenção e controle de infecções e a contingência energética.

IV.3. Experiência do cidadão e foco no usuário

322. A análise da experiência do cidadão considerou as condições de acesso e acolhimento, a organização e priorização do atendimento, a comunicação com os usuários, os canais de escuta e a utilização das manifestações recebidas para aperfeiçoamento dos serviços. Também foram considerados, quando relacionados diretamente à experiência do usuário, aspectos de ambiência, conforto, orientação da população sobre o uso adequado da rede e proteção de usuários, acompanhantes e profissionais no ambiente hospitalar.

323. Como principais referenciais normativos, foram consideradas a Portaria GM/MS 1.820/2009, a Lei 13.460/2017, a Lei 12.527/2011 e a Lei 15.378/2026, especialmente quanto ao acesso e acolhimento, à comunicação e informação, aos mecanismos de escuta e manifestação e à observância dos direitos do paciente. O detalhamento dos critérios aplicáveis consta da peça 43.

324. De modo geral, as entrevistas com ACS, profissionais de saúde dos hospitais, pacientes e acompanhantes realizadas nas quatro unidades revelaram percepção predominantemente favorável sobre o atendimento. Os relatos também permitiram identificar situações pontuais relacionadas ao tempo de espera, à disponibilidade de profissionais, à ambiência e à informação ao cidadão (peças 80 e 83).



325. A pesquisa com usuários por QR Code reuniu 52 respostas nos quatro hospitais visitados. Os resultados têm caráter descritivo e exploratório e não permitem extrapolação para o conjunto dos usuários, mas contribuem para identificar aspectos recorrentes da experiência relatada pelos respondentes.

Tabela 11: Principais problemas percebidos pelos usuários nos quatro HPP visitados.

Problema percebido	*Respondentes*	*%*
Demora para ser atendido	*33*	*63,5%*
Falta de médicos, enfermeiros ou outros funcionários	*24*	*46,2%*
Atendimento desorganizado	*18*	*34,6%*
Falta de informação para pacientes e acompanhantes	*16*	*30,8%*
Problemas no atendimento de urgências ou casos graves	*12*	*23,1%*
Falta de respeito ou mau atendimento dos funcionários	*11*	*21,2%*
Falta de segurança no hospital	*10*	*19,2%*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

Nota: *questão de múltipla escolha; os percentuais não somam 100%.*
Fonte: *elaboração própria.*

326. Passando à análise individualizada, no Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, foram apresentados protocolos e fluxos de acolhimento, classificação de risco e priorização dos atendimentos, com avaliação por profissional de enfermagem e categorização conforme a gravidade. A unidade também apresentou estrutura formal de ouvidoria, com canais presenciais, telefônicos e eletrônicos, urnas de sugestões e relatórios periódicos contendo consolidação das manifestações, providências adotadas e devolutivas (peças 72, p. 2-18, e 76, p. 117-125).

327. As oportunidades identificadas em Nazaré da Mata foram mais específicas. Considerando o papel regional da unidade na linha materno-infantil, foi considerada pertinente a criação de triagem própria para gestantes, mesmo não havendo problema estrutural no sistema geral de classificação de risco. A eventual implantação poderia qualificar o acolhimento obstétrico, evitando que gestantes aguardassem em ambiente comum da urgência e emergência, desde que demonstrada viabilidade assistencial, estrutural e de equipe para organização de fluxo específico. Também foram discutidas melhorias na ambiência e climatização da recepção e na comunicação dos fluxos de acesso à população (peça 72, p. 2-23, e 76, p. 102-125).

328. Em São Caetano, o Hospital Adolpho Pereira Carneiro dispunha de protocolo formal de acolhimento com classificação de risco e utilizava a Ouvidoria Municipal como canal institucional para recebimento e tratamento das manifestações, havendo registros das demandas e respectivas respostas (peça 77, p. 556-584 e 605-647).

329. Em Bonito, havia protocolo formal de acolhimento com classificação de risco e diferentes canais de manifestação, entre eles questionário de satisfação, caixa de sugestões, QR Code para acesso a canal da ouvidoria municipal. As entrevistas com ACS, profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes indicaram percepção predominantemente favorável do atendimento. A pesquisa com usuários não indicou predominância de avaliações negativas, tendo cinco dos nove respondentes (55,6%) avaliado o atendimento como bom ou muito bom. Observou-se, contudo, que os registros das manifestações obtidos pelo município não estavam consolidados de modo a permitir acompanhamento histórico, identificação de tendências e utilização mais sistemática dessas informações para a melhoria dos serviços (peças 72, p. 44-60, e 80, p. 23-34).

330. Em Santa Maria do Cambucá, havia acolhimento inicial, verificação de sinais vitais e priorização prática dos pacientes mais graves, mas não protocolo formal de classificação de risco. Considerando o porte da unidade, a demanda espontânea e a presença de apenas um médico por plantão, foi identificada oportunidade de avaliar a implantação gradual de protocolo simplificado, compatível com suas condições operacionais. Foram ainda relatados canais básicos de escuta, como serviço municipal de ouvidoria, caixa de sugestões e acompanhamento pelo Conselho Municipal de Saúde, sem apresentação de relatórios ou sínteses sistematizadas das demandas e providências adotadas (peças 72, p. 61-83, e 80, p. 35-44).

331. A orientação da população quanto ao uso adequado dos diferentes pontos da rede também se relaciona à experiência do cidadão. Em São Caetano e Santa Maria do Cambucá, parte da procura hospitalar foi associada à preferência pelo acesso imediato e à percepção de maior resolutividade do hospital. Nesse contexto, a melhor informação sobre o papel das UBS e dos hospitais pode contribuir para organizar a demanda, desde que acompanhada de acolhimento adequado e de capacidade efetiva da Atenção Primária para receber e acompanhar os usuários.

332. A avaliação das quatro unidades indica, portanto, que o foco no usuário não se limita à existência de canais de reclamação ou à medição de satisfação. Envolve organizar o acesso de forma compreensível e segura, oferecer acolhimento compatível com a gravidade dos casos, informar adequadamente o cidadão, garantir meios acessíveis de manifestação e transformar essas informações em insumos para a gestão. Nos hospitais visitados, os principais espaços de aprimoramento estiveram mais relacionados à consolidação desses processos do que à necessidade de criação de mecanismos de participação ou acolhimento (peças 71 e 72).

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

IV.4. Planos Colaborativos e síntese das oportunidades de melhoria

333. Os Planos Colaborativos constituíram instrumento transversal aos quatro eixos examinados na auditoria, destinado a registrar oportunidades de melhoria reconhecidas durante as visitas e medidas voluntariamente acolhidas pelos atores responsáveis pela gestão da saúde nas localidades (peça 71). Possuem natureza não deliberativa e não constituem determinação, recomendação ou manifestação oficial do Tribunal. As versões finais foram consolidadas após manifestação dos responsáveis, com indicação dos compromissos, responsáveis, referências temporais e possíveis evidências para acompanhamento.

334. No Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, as medidas concentraram-se principalmente na integração com a rede e na qualificação de processos já existentes. Foram previstos formulário de contrarreferência ambulatorial, discussão dos fluxos de acesso em colegiado regional, encontro com profissionais da rede municipal para apresentação do perfil assistencial, dos fluxos e dos protocolos de acesso da unidade, avaliação de triagem obstétrica específica, análise da possibilidade de ampliação do pré-natal de alto risco e providências relacionadas à climatização da recepção. O próprio hospital informou ter elaborado o modelo de contrarreferência no prazo inicialmente pactuado, constituindo evidência de providência adotada ainda durante a fiscalização. As demais medidas ficaram condicionadas, conforme o caso, à articulação com a II GERES, com a Secretaria Estadual de Saúde, com a Secretaria Municipal de Saúde de Nazaré da Mata e com as instâncias regionais competentes (peça 71, p. 2-9).

335. Em São Caetano, os compromissos abrangeram maior número de dimensões. No eixo de integração, foi prevista a formalização da contrarreferência hospital-APS e o avanço da informatização, condicionado à disponibilidade dos recursos e equipamentos necessários. Também foram pactuadas ações educativas sobre o uso da rede, mapeamento de áreas com maior demanda hospitalar por condições sensíveis à Atenção Primária, formalização das rotinas da sala vermelha, consolidação do Núcleo de Segurança do Paciente e dos mecanismos de notificação, medidas de segurança patrimonial, climatização da recepção, reorganização da sala de medicação e do corredor assistencial e avaliação da utilização estratégica dos leitos e da estrutura cirúrgica. Quanto a esse último ponto, a versão final do plano incorporou a manifestação da IV GERES e da SES-PE no sentido de que eventual oferta regional de leitos, cirurgias eletivas ou outros serviços por hospital sob gestão municipal deve ser iniciada pelo respectivo município, mediante proposta formal acompanhada de demonstração de viabilidade operacional e financeira e submetida às instâncias competentes de governança regional, inicialmente à CT-CIR e, posteriormente, à CIR (peça 71, p. 10-19).

336. Em Bonito, o Plano Colaborativo foi mais concentrado. O primeiro compromisso buscou formalizar as práticas de contrarreferência que já ocorriam entre o hospital e a Atenção Básica, com definição das informações mínimas a serem encaminhadas, dos responsáveis pela comunicação e dos mecanismos de registro. O segundo previu a avaliação, em conjunto com a IV GERES/SES-PE e demais instâncias competentes, da possibilidade de melhor aproveitamento da capacidade instalada em estratégias regionais. Eventual ampliação da oferta ficou expressamente condicionada à viabilidade técnica, à pactuação interfederativa e à adequada contrapartida financeira. A versão final registrou, ainda, que a discussão sobre eventual oferta regional de leitos, cirurgias eletivas ou outros serviços deve partir de proposta formal do município e ser analisada nos espaços próprios de governança regional, especialmente na CT-CIR e na CIR (peça 71, p. 20-23).

337. Em Santa Maria do Cambucá, os compromissos refletiram as necessidades de uma unidade de menor porte e estrutura mais simples. Foram previstas ações de orientação da população, avaliação da implantação gradual de classificação de risco, análise dos períodos de maior demanda e de alternativas para melhoria da cobertura médica, instituição do Núcleo de Segurança do Paciente e estruturação de CCIH ou de estrutura equivalente para prevenção e controle de infecções. Também se estabeleceu a elaboração de plano de ação destinado à aquisição, instalação e entrada em operação de equipamento de raio-X, com indicação de etapas, responsáveis, custos estimados, fontes possíveis de financiamento e cronograma, bem como a elaboração ou atualização de estudo de viabilidade relativo

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

à adequação da lavanderia hospitalar e à utilização dos equipamentos já adquiridos (peça 71, p. 24-29).

338. A comparação dos Planos Colaborativos evidencia que as oportunidades identificadas possuem naturezas distintas e exigem respostas ajustadas às condições de cada unidade. Parte das medidas envolve providências predominantemente gerenciais ou organizacionais, como formalização de fluxos, elaboração de protocolos, padronização de registros, capacitação e melhoria da comunicação entre os serviços. Outras iniciativas, como informatização, aquisição de equipamentos, adequações físicas e eventual ampliação da oferta assistencial, dependem de recursos, análise de viabilidade e, conforme o caso, pactuação regional e definição das responsabilidades de financiamento. No Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, predominam medidas de integração regional, continuidade do cuidado e atenção materno-infantil; em São Caetano, formalização de processos assistenciais, segurança do paciente, ambiência e melhor aproveitamento da estrutura existente; em Bonito, formalização da comunicação com a rede e avaliação da capacidade instalada; e, em Santa Maria do Cambucá, organização da demanda, segurança assistencial, resolutividade diagnóstica e infraestrutura de apoio.

339. A pactuação das medidas, por si só, não afasta a necessidade de verificar seus resultados. Por essa razão, a evolução dos compromissos deverá ser considerada na avaliação dos benefícios da auditoria e, quando pertinente, na definição dos encaminhamentos finais, distinguindo-se as providências já implementadas, aquelas em execução e as situações que permaneçam sem tratamento suficiente. Esse acompanhamento deverá observar a natureza colaborativa dos planos, a proporcionalidade das medidas em relação ao porte e ao perfil das unidades e as competências próprias de cada ator envolvido.

IV.5. Acompanhamento inicial dos Planos Colaborativos: avanços, benefícios iniciais e pendências

340. Ainda durante a fiscalização, cerca de dois meses após as visitas iniciais, a equipe de auditoria realizou acompanhamento inicial das medidas acordadas, mediante novas visitas presenciais aos hospitais de Nazaré da Mata, São Caetano e Santa Maria do Cambucá e reunião on-line com os gestores de Bonito e representantes da IV GERES/SES-PE. O acompanhamento teve por objetivo verificar a evolução dos compromissos assumidos e identificar resultados e benefícios iniciais, especialmente quanto às necessidades observadas em campo e captadas na escuta dos usuários, com vistas à melhoria do atendimento prestado. A situação de cada compromisso, incluindo as providências implementadas ou em execução e os pontos ainda pendentes, encontra-se detalhada no Apêndice D deste relatório.

341. De modo geral, foram constatados avanços nos quatro Planos Colaborativos, embora em diferentes estágios de implementação. As providências de natureza predominantemente gerencial e organizacional apresentaram maior desenvolvimento, com formalização de fluxos e protocolos, organização de processos assistenciais, ações educativas e estruturação de mecanismos de segurança do paciente. Essas medidas podem produzir benefícios imediatos ou de curto e médio prazo para os cidadãos, como aprimoramento na continuidade do cuidado, melhor orientação sobre o acesso aos serviços, organização do atendimento e redução de riscos assistenciais.

342. Permaneciam em execução ou pendentes medidas que demandavam consolidação das rotinas implantadas, disponibilidade de recursos, aquisição ou instalação de equipamentos, adequações físicas, contratação de profissionais ou articulação e pactuação regional. Em diversos casos, os prazos originalmente estabelecidos ainda estavam em curso no momento do acompanhamento.

*343. No **Hospital Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata**, os principais avanços ocorreram na integração com os demais pontos da rede. Foi implantado documento padronizado de referência e contrarreferência no ambulatório, com fluxo definido para registro, impressão e entrega das informações ao paciente. O perfil assistencial e os fluxos de acesso ao hospital foram apresentados no colegiado regional da II Região de Saúde, e foi realizado encontro com profissionais da Atenção Básica do município para divulgação dos serviços, fluxos e formas de acesso à unidade. As medidas*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

favorecem a orientação dos usuários e a continuidade do cuidado após o atendimento hospitalar (peça 84, p. 1-20).

344. Quanto às ações ainda em desenvolvimento, foram realizados levantamentos preliminares de pessoal e custos para subsidiar a avaliação da implantação da classificação de risco obstétrico e da eventual ampliação do pré-natal de alto risco. Sua efetivação dependia de contratações, disponibilidade de recursos e articulações com a II GERES e a Secretaria Estadual de Saúde. Na climatização da recepção, iniciou-se cotação para a adequação elétrica necessária à instalação dos equipamentos já adquiridos, sem que a melhoria estivesse concluída. O detalhamento das providências e respectivas evidências consta do Apêndice D.

*345. No **Hospital Municipal Adolpho Pereira Carneiro, em São Caetano**, foram alcançados avanços na continuidade do cuidado e na segurança assistencial. Foi elaborado protocolo institucional de contrarreferência entre o hospital e a APS, com fluxo, critérios de identificação dos pacientes que necessitam de seguimento e instrumentos para registro das informações. Na sala vermelha, foram formalizados protocolos e rotinas para atendimento de pacientes graves, implantados checklists de conferência e quadro diário com a composição e as atribuições da equipe. Também avançou a estruturação do Núcleo de Segurança do Paciente, mediante elaboração do respectivo plano, realização de reuniões e desenvolvimento de protocolos e instrumentos de gerenciamento de riscos (peça 84, p. 21-53).*

346. Parte dessas ações ainda estava em consolidação. A informatização da contrarreferência dependia da aquisição de equipamentos e dos recursos previstos no âmbito da APS. Segundo informado pela direção do hospital, além da criação de protocolos, seriam realizadas capacitações da equipe da sala vermelha, já em fase de agendamento. A direção também estava monitorando a aplicação dos novos protocolos e dos mecanismos de segurança do paciente na rotina do hospital, enquanto os mecanismos de notificação e monitoramento permaneciam em desenvolvimento. Na ambiência, foram concluídas adequações elétricas e instalados equipamentos de climatização em ambientes assistenciais e de observação, mas a recepção e a reorganização física da sala de medicação e dos corredores ainda dependiam de recursos e etapas posteriores. Não haviam sido apresentadas evidências de implementação das medidas de segurança patrimonial. Quanto ao aproveitamento regional da capacidade hospitalar, foi definido o fluxo institucional a ser seguido, ainda sem proposta formal ou pactuação concluída. O quadro completo das ações encontra-se no Apêndice D.

*347. No **Hospital Dr. Alberto de Oliveira, em Bonito**, houve avanço nos dois eixos do Plano Colaborativo. Foi elaborado e implantado protocolo formal de transição de cuidados e contrarreferência entre o hospital e a APS, com definição de responsáveis, informações clínicas mínimas e utilização de instrumento padronizado de comunicação clínica, abrangendo altas hospitalares e situações selecionadas da emergência. Segundo a gestão, o procedimento já vinha sendo utilizado pelas equipes, contribuindo para que as informações clínicas acompanhem o usuário e para melhor continuidade do cuidado (peça 84, p. 54-76).*

348. O município também passou a acompanhar de forma mais sistemática a capacidade hospitalar e informou medidas para ampliar o aproveitamento das internações e do bloco cirúrgico. Até agosto de 2026, foram informadas 161 internações cirúrgicas, frente a 137 em todo o ano de 2025, além de evolução das internações clínicas e obstétricas. Esse movimento ainda se concentrava no melhor aproveitamento local da unidade. Eventual utilização da capacidade remanescente em estratégias regionais dependia de análise de viabilidade, manifestação formal do município e discussão com a IV GERES e nas instâncias competentes de pactuação, tendo dezembro de 2026 como referência.

*349. No **Hospital Santina Falcão, em Santa Maria do Cambucá**, foram identificados avanços na organização do atendimento e na segurança dos pacientes. Foram realizadas reuniões e atividades educativas com profissionais da rede municipal sobre o papel da Atenção Básica e do hospital. Segundo a gestão, houve redução inicial estimada entre 10% e 15% nos atendimentos hospitalares, resultado que, em razão do curto período de observação e da sazonalidade, ainda não*

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

pode ser atribuído exclusivamente às medidas adotadas. Também foi implantado acolhimento com classificação de risco, com protocolo baseado no Sistema Manchester e reorganização da equipe de enfermagem, embora a implantação recente ainda não permitisse avaliar seus efeitos sobre os fluxos e os tempos de espera. O Núcleo de Segurança do Paciente foi formalmente instituído (peça 84, p. 77-179).

350. Para o controle de infecções, foram adotadas providências para a estruturação da CCIH e do Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH). A portaria de instituição da CCIH, contudo, permanecia em minuta, de modo que a Comissão ainda não podia ser considerada formalmente constituída. Quanto ao raio X, o procedimento de aquisição do equipamento, realizado mediante adesão à Ata de Registro de Preços, havia sido concluído, com a celebração do contrato e o encaminhamento do pedido de fornecimento. Permaneciam pendentes a adequação elétrica da sala, a entrega e a montagem do aparelho e a disponibilização de profissional de radiologia. Na lavanderia, foi elaborado projeto de adequação física, ainda dependente de levantamento de custos e contratação das intervenções. A gestão optou, ainda, por acompanhar inicialmente os efeitos das medidas de organização da demanda antes de avaliar eventual reforço permanente da escala médica. Os detalhes e as evidências constam do Apêndice D.

351. O primeiro acompanhamento demonstra, assim, que os Planos Colaborativos já produziram providências concretas durante a fiscalização, relacionadas a necessidades identificadas nos hospitais e percebidas pelos usuários. Destacam-se medidas voltadas à continuidade do cuidado, à orientação sobre os serviços disponíveis, à organização dos fluxos de atendimento, à melhoria da ambiência e à redução de riscos assistenciais. Embora seus efeitos ainda não possam ser integralmente mensurados, essas providências apresentam potencial para proporcionar atendimento mais organizado, seguro e resolutivo no curto e médio prazo.

352. Ao mesmo tempo, parte das medidas ainda requer prazo adicional para conclusão ou para avaliação de seus efeitos, seja porque os prazos pactuados permanecem em curso, seja porque sua implementação depende de recursos, aquisições, adequações estruturais, contratação de profissionais ou articulação entre diferentes atores e instâncias de governança. Por isso, mostra-se necessário manter o acompanhamento, de modo a distinguir a adoção de providências dos resultados efetivamente produzidos e, quando possível, mensurar os benefícios proporcionados aos cidadãos. Essa avaliação deverá considerar também em que medida tais resultados respondem às necessidades e expectativas identificadas na escuta dos usuários.

353. Assim, considerando a natureza colaborativa dos planos, a diversidade dos prazos pactuados e a necessidade de avaliação posterior de sua implementação e resultados, propõe-se a instauração de processo específico de acompanhamento, com fundamento no art. 241, inciso II, do Regimento Interno do TCU. Nesse processo, deverão ser examinados a evolução das iniciativas voluntariamente acolhidas pelos gestores, os resultados alcançados e os benefícios decorrentes da fiscalização, sem converter os compromissos assumidos em obrigações impostas pelo Tribunal. Caso sejam identificadas situações relevantes que demandem atuação adicional do TCU, poderá ser avaliada a adoção de outras ações de controle.

V. CONCLUSÃO

354. A auditoria avaliou a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte nas Redes de Atenção à Saúde e as condições necessárias ao seu funcionamento seguro e adequado à população, combinando duas frentes complementares de trabalho: a realização de um Diagnóstico Nacional, destinado a produzir visão abrangente e atualizada sobre os HPP no país, e visitas técnicas a quatro unidades selecionadas no Estado de Pernambuco, destinadas a aprofundar, em contextos concretos, aspectos relacionados à integração assistencial, à capacidade operacional, à segurança e à experiência dos usuários, bem como identificar oportunidades de melhoria na assistência prestada por aquelas unidades.

355. O conjunto das evidências confirma a relevância dos HPP na organização da assistência, especialmente em municípios menores e em territórios com menor disponibilidade de outros

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

serviços hospitalares, mas evidencia também a acentuada heterogeneidade dessas unidades. Hospitais classificados em um mesmo segmento de porte desempenham funções distintas, apresentam diferentes capacidades e graus de integração à rede e respondem a necessidades territoriais diversas. Além disso, os resultados não sustentam caracterização generalizada de precariedade, isolamento ou baixa relevância assistencial dos HPP, mas mostram que as condições necessárias à sua adequada inserção na RAS e ao desempenho de suas funções não estão asseguradas de forma uniforme.

356. No Diagnóstico Nacional, a principal questão estrutural identificada está relacionada à definição e à institucionalização do papel assistencial dos HPP e à sua articulação com o planejamento regional. Embora existam mecanismos operacionais de integração com a rede e seja expressiva a atuação dessas unidades no primeiro atendimento, na observação, na internação clínica e na estabilização de pacientes, parcela relevante dos hospitais apresenta formalização incompleta de sua função assistencial, participação limitada do planejamento regional na definição da oferta e fragilidades nos mecanismos de contratualização e acompanhamento. Também foram identificadas limitações na formalização dos fluxos, na contrarreferência e no compartilhamento de informações clínicas e demora relevante nas transferências de pacientes.

357. Nas demais dimensões, os resultados revelam quadro predominantemente favorável em diversos componentes, mas igualmente heterogêneo. A capacidade operacional não se caracteriza pela ausência expressiva de recursos, mas por limitações específicas na infraestrutura, na continuidade de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico e na composição de equipes multidisciplinares e de apoio. Em sentido favorável, grande parte dos HPP que declara realizar urgência e emergência 24 horas informou disponibilidade simultânea de profissionais e equipamentos necessários ao primeiro atendimento e à estabilização. Nas condições sanitárias e de segurança, predominam mecanismos básicos de prevenção e gerenciamento de riscos, coexistindo com pendências sanitárias, capacidade não plena de contingência e implementação incompleta dos mecanismos de segurança do paciente e de controle de infecções em parcela relevante das unidades.

358. Quanto à experiência do cidadão, as avaliações são predominantemente favoráveis em relação ao acolhimento, às condições de espera e à garantia de direitos, mas foram identificadas limitações na comunicação com os pacientes, na disponibilização de informações e, especialmente, na estruturação e utilização dos canais de manifestação. Também se verificaram limitações no monitoramento de indicadores assistenciais por parte de parcela dos hospitais e das Secretarias de Saúde. Esses resultados mostram que o aprimoramento dos HPP envolve não apenas a disponibilidade de recursos para prestar assistência, mas também a capacidade de acompanhar seu próprio desempenho e de utilizar as informações produzidas pelos serviços e pelos cidadãos para qualificar continuamente o atendimento.

359. As visitas realizadas em Pernambuco deram concretude a essa heterogeneidade e reforçaram a necessidade de respostas proporcionais ao papel desempenhado por cada unidade. Não foram identificadas, no conjunto dos quatro hospitais examinados, insuficiências graves de estrutura ou recursos que inviabilizassem seu funcionamento regular. Foram observadas, porém, diferenças importantes quanto à formalização do papel assistencial, à utilização da capacidade instalada, à organização da referência e contrarreferência, à maturidade dos mecanismos de segurança e à organização dos processos voltados aos usuários.

360. Em algumas unidades, a principal oportunidade estava no fortalecimento da integração regional e da continuidade do cuidado; em outras, no melhor aproveitamento da capacidade existente, condicionado à demonstração de viabilidade, à pactuação regional e à adequada definição do financiamento. Também foram identificadas oportunidades relacionadas à qualificação de processos assistenciais e de segurança, ao apoio diagnóstico, à ambiência e à organização da demanda. A comparação entre os hospitais confirmou, portanto, que situações aparentemente semelhantes podem demandar soluções distintas conforme o perfil da unidade, a oferta existente no território e sua função na rede.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

361. A experiência dos Planos Colaborativos de Melhorias Prioritárias demonstrou, adicionalmente, que parcela das oportunidades identificadas pode ser enfrentada, de maneira mais imediata e concreta em benefício do cidadão, por medidas gerenciais e organizacionais conduzidas pelos próprios atores locais e regionais, como formalização de fluxos, protocolos e registros, capacitação, melhoria da comunicação entre hospital e Atenção Primária e organização da demanda. Outras iniciativas dependem de investimentos, análise de viabilidade e pactuação interfederativa. Os planos permitiram converter evidências qualitativas das visitas em compromissos adaptados às realidades de cada hospital, preservando sua natureza colaborativa e não deliberativa.

362. As duas frentes convergem, assim, para uma mesma conclusão central: não se mostra adequado tratar os Hospitais de Pequeno Porte como um conjunto homogêneo ao qual deva corresponder um único padrão de atuação. A organização dessas unidades deve considerar a função que exercem em cada território e assegurar correspondência entre necessidades da população, planejamento regional, perfil assistencial, capacidade instalada, integração com os demais pontos da RAS, condições de segurança e mecanismos de gestão e acompanhamento. Essa conclusão assume especial relevância diante da situação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, que, embora formalmente vigente, não se encontra operacionalizada, não recebe novas adesões desde 2011 e não conta atualmente com mecanismos federais ativos especificamente destinados à adesão, reorganização, qualificação ou acompanhamento dessas unidades. Verifica-se, assim, descompasso entre a vigência formal da política e sua capacidade atual de orientar, induzir, monitorar e avaliar sistematicamente o tratamento conferido aos HPP no SUS.

363. Diante desse quadro, o principal encaminhamento proposto consiste em determinar ao Ministério da Saúde a elaboração de plano de ação destinado a subsidiar a revisão da PNHPP e a formulação de tratamento atualizado para esses estabelecimentos no âmbito do SUS. A medida busca enfrentar a ausência de operacionalização, monitoramento e avaliação sistemáticos da política, sem antecipar o conteúdo da solução a ser adotada pela Pasta.

364. A elaboração dessa política poderá ser favorecida pelo próprio produto informacional gerado pela auditoria. O Diagnóstico Nacional produziu base estruturada de respostas provenientes de diretores hospitalares, Secretarias de Saúde, profissionais da Atenção Primária, representantes do controle social e cidadãos, pacientes e/ou acompanhantes, permitindo análises que ultrapassam os resultados agregados apresentados neste relatório. Assim, mostra-se pertinente compartilhar com o Ministério da Saúde a base de dados e a documentação metodológica do Diagnóstico Nacional, de modo que a Pasta possa utilizá-las como subsídio aos estudos já em curso, inclusive para realizar análises individualizadas por HPP e recortes por estado, Região de Saúde ou outras agregações territoriais pertinentes. Esse compartilhamento deve preservar as informações necessárias à identificação dos estabelecimentos, como o CNES, quando necessárias às análises institucionais, e observar o tratamento adequado dos dados pessoais e demais informações dos respondentes cuja identificação individual não seja necessária à finalidade pretendida. A disponibilização da base pode reduzir a necessidade de nova coleta de informações e ampliar o aproveitamento das evidências produzidas pela fiscalização.

365. Por sua vez, quanto à frente presencial, relacionada às visitas aos HPP em Pernambuco, considerando a natureza colaborativa dos compromissos assumidos, a diversidade de prazos e a necessidade de verificar sua implementação e seus resultados, mostra-se adequada a instauração de processo específico de acompanhamento dos Planos Colaborativos, destinado à avaliação conclusiva das providências adotadas pelos atores responsáveis e à mensuração dos benefícios decorrentes da fiscalização.

366. Dessa forma, os encaminhamentos propostos atuam em dois níveis complementares. No plano estruturante, busca-se utilizar o diagnóstico produzido para induzir a revisão do tratamento nacional dos HPP e apoiar o Ministério da Saúde com evidências atualizadas para o planejamento da política hospitalar. No plano local e regional, busca-se acompanhar as soluções construídas durante

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

as visitas para verificar se os compromissos assumidos se traduziram em melhorias concretas na integração à rede, na organização dos serviços, na segurança e na assistência prestada aos cidadãos.

VI. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

367. Diante do exposto, submete-se à consideração superior a seguinte proposta de encaminhamento:

*a) **determinar** ao Ministério da Saúde (MS), com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e nos arts. 4º, inciso I, e 7º, § 3º, inciso I, e § 4º, da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de 180 dias, elabore e apresente a este Tribunal plano de ação, contendo, no mínimo, as atividades a serem desenvolvidas, os respectivos responsáveis e os prazos de implementação, destinado a subsidiar a revisão da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e a formulação de proposta atualizada para o tratamento desses estabelecimentos no âmbito do SUS, diante da ausência de operacionalização, monitoramento e avaliação sistemáticos da política, em desacordo com os arts. 8º, incisos IV e VI, e 15 do Anexo XXIII à Portaria de Consolidação GM/MS 2/2017, considerando os resultados do Diagnóstico Nacional realizado nesta auditoria e contemplando, no mínimo, os seguintes eixos:*

a.1) avaliação da adequação do universo e da tipologia dos Hospitais de Pequeno Porte e, caso necessário, sua redefinição, mediante revisão dos critérios utilizados para sua caracterização e avaliação da conveniência de estratificá-los segundo porte, perfil assistencial, natureza e esfera de gestão, localização, características territoriais e função desempenhada na Rede de Atenção à Saúde;

a.2) definição de diretrizes e critérios para subsidiar o diagnóstico territorial e a definição do papel assistencial dos HPP pelos gestores e instâncias de pactuação competentes, considerando, entre outros elementos, o perfil demográfico e epidemiológico da população, as necessidades assistenciais, a oferta existente nos demais pontos da RAS, os vazios assistenciais, a localização e as condições de acesso aos serviços de referência, a produção realizada, a utilização da capacidade instalada e a organização regional da assistência;

a.3) definição de referenciais para a organização dos perfis assistenciais dos HPP e dos requisitos correspondentes, estabelecendo, conforme as funções atribuídas a esses estabelecimentos, os serviços que podem integrar sua atuação e os requisitos de capacidade operacional, infraestrutura, equipamentos, força de trabalho, apoio diagnóstico, continuidade de recursos essenciais, segurança do paciente e controle de infecções necessários ao desempenho seguro dessas funções;

a.4) formulação de diretrizes para o fortalecimento dos mecanismos de integração regional e governança, contemplando planejamento regional, pactuação e contratualização, acompanhamento dos compromissos assumidos, regulação do acesso, formalização dos fluxos de referência e contrarreferência, transferências de pacientes e compartilhamento das informações necessárias à continuidade do cuidado;

a.5) avaliação da adequação e eventual revisão do modelo de financiamento e dos mecanismos de indução, considerando os custos e a sustentabilidade dos diferentes perfis assistenciais, as responsabilidades interfederativas de financiamento e a possibilidade de vincular incentivos ao papel assistencial pactuado, às necessidades territoriais e ao cumprimento de compromissos e resultados;

a.6) definição de estratégia de transição e reorganização dos estabelecimentos, quando aplicável, contemplando alternativas para qualificação das unidades que devam manter determinada função hospitalar e para redefinição do perfil assistencial daquelas cuja atuação, a partir das análises e pactuações competentes, venha a ser modificada em razão das necessidades da população, da capacidade instalada e da organização regional dos serviços; e

a.7) definição e implementação de modelo permanente de monitoramento, avaliação e revisão da política, com estabelecimento de indicadores relacionados ao papel assistencial, capacidade operacional, integração à RAS, produção e utilização dos serviços, financiamento, segurança do paciente, experiência dos usuários e resultados da assistência, bem como das responsabilidades pelo acompanhamento e dos mecanismos para utilização periódica dessas informações na revisão do perfil e da atuação dos HPP, contemplando, no âmbito das competências federais, mecanismos de

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

consolidação e acompanhamento dos recursos da União destinados a esses estabelecimentos, preferencialmente individualizados por CNES e discriminados segundo natureza e origem;

*b) **encaminhar** ao Ministério da Saúde, para subsidiar os estudos de revisão da política destinada aos Hospitais de Pequeno Porte, a base estruturada de dados resultante do Diagnóstico Nacional realizado nesta auditoria, acompanhada dos questionários e documentação metodológica pertinente, possibilitando, entre outras aplicações, análises individualizadas por estabelecimento e recortes territoriais por estado, região de saúde e outras agregações pertinentes, observados os requisitos aplicáveis à proteção dos dados pessoais dos respondentes;*

*c) **autorizar** a AudSaúde a autuar processo específico de acompanhamento, com fundamento no art. 241 do Regimento Interno do TCU, c/c o art 2º, II, da Portaria-Segecex 27/2016, destinado a avaliar a evolução da implementação e os resultados das iniciativas voluntariamente acolhidas pelos gestores nos Planos Colaborativos de Melhorias Prioritárias elaborados no âmbito desta auditoria, com vistas a:*

c.1) verificar a situação das providências assumidas, distinguindo as ações implementadas, em execução, não iniciadas ou eventualmente reformuladas pelos respectivos responsáveis;

c.2) avaliar, sempre que possível, os resultados e benefícios decorrentes das medidas implementadas para a assistência prestada pelos HPP e para sua articulação com a Rede de Atenção à Saúde;

c.3) identificar eventuais dificuldades ou fatores que tenham impedido ou limitado a implementação das ações propostas; e

c.4) avaliar a necessidade de adoção de outras ações de controle pelo Tribunal, quando identificadas situações relevantes compreendidas em sua competência;

*d) **encaminhar** ao Ministério da Saúde; à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco; às Secretarias de Saúde dos Municípios de Nazaré da Mata, São Caetano, Bonito e Santa Maria do Cambucá, em Pernambuco; à Confederação Nacional dos Municípios (CNM); ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass); e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) cópia do presente relatório e do acórdão que vier a ser proferido, informando que o conteúdo estará disponível no endereço www.tcu.gov.br/acordaos e que o inteiro teor pode ser obtido no dia seguinte à oficialização;*

e) nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar da ata da sessão em que estes autos forem apreciados comunicação do relator ao colegiado no sentido de autorizar o monitoramento da determinação constante da alínea "a" e respectivas subalíneas no âmbito do processo de acompanhamento autorizado na alínea "c"."

É o Relatório.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227923.

VOTO

Trata-se de auditoria operacional realizada com o objetivo de avaliar o papel desempenhado pelos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em sua capacidade de funcionamento, integração à rede assistencial e condições sanitárias e de segurança para a prestação dos serviços de saúde à população.

2. Cumpre destacar que a presente fiscalização integra iniciativa deste Tribunal destinada a fortalecer a participação social na definição de sua agenda de controle. No âmbito da diretriz "Fiscalizar com o Cidadão no Foco", o tema dos Hospitais de Pequeno Porte foi o mais votado em consulta pública realizada por meio da Plataforma do Cidadão, com 1.462 votos, evidenciando o elevado interesse social da matéria e sua relevância para o aprimoramento da política pública de saúde.

3. Inicialmente, cumprimento o Presidente Vital do Rêgo por essa relevante diretriz estabelecida no sentido de alinhar as ações desta Corte ao interesse do cidadão brasileiro. Essa atuação do Tribunal aproxima o controle externo da sociedade, do cidadão, e demonstra a importância de que as preocupações manifestadas pela população podem contribuir para a identificação de problemas públicos relevantes e para o direcionamento do controle externo a medidas capazes de produzir resultados concretos. Ações como esta ilustram a importância da visão e da sensibilidade do líder deste Tribunal em benefício da sociedade.

4. Parabenizo também toda a equipe da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde) pela excelência do trabalho realizado. O relatório apresenta diagnóstico nacional robusto, construído a partir de ampla coleta de evidências documentais, aplicação de questionários a diversos atores do sistema de saúde, visitas técnicas de campo e mecanismos de escuta cidadã. O resultado é uma avaliação abrangente e atualizada acerca da situação dos Hospitais de Pequeno Porte em todo o território nacional.

5. O tema objeto desta fiscalização possui elevada relevância para a política pública de saúde. Os Hospitais de Pequeno Porte representam parcela expressiva da infraestrutura hospitalar do país e exercem papel especialmente importante em municípios menores e regiões com menor disponibilidade de serviços especializados. Em muitos casos, constituem o principal ponto de atenção hospitalar disponível à população, desempenhando funções relacionadas ao primeiro atendimento, à observação clínica, à internação e à estabilização de pacientes.

6. A auditoria evidencia que tais unidades não podem ser analisadas exclusivamente sob a ótica de seu porte físico ou do número de leitos disponíveis. Hospitais com dimensões semelhantes desempenham papéis profundamente distintos nas diferentes regiões do país, em função das características territoriais, da disponibilidade de serviços de referência, das condições de deslocamento da população e da organização regional da assistência.

7. Essa constatação assume especial relevância diante da situação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte (PNHPP). Instituída em 2004 com o propósito de redefinir o papel dessas unidades e promover sua integração às redes regionalizadas de atenção à saúde, a política, embora permaneça formalmente vigente, encontra-se atualmente desprovida de mecanismos federais ativos de expansão, monitoramento ou aperfeiçoamento e não recebe novas adesões desde 2011.

8. Nesse contexto, a auditoria examinou a atual realidade dos Hospitais de Pequeno Porte sob quatro eixos complementares: inserção dos HPP nas Redes de Atenção à Saúde; capacidade operacional; condições seguras de atendimento; e experiência do cidadão e foco no usuário. Trata-se, a meu ver, de abordagem adequada para compreender os desafios enfrentados por essas unidades e avaliar sua capacidade de contribuir para a ampliação do acesso, a continuidade do cuidado e a prestação de serviços de saúde mais resolutivos à população.

9. Com o propósito de aprofundar a análise desses eixos e verificar sua materialização na prática assistencial, merecem especial atenção as evidências colhidas nas visitas técnicas realizadas aos

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

Hospitais de Pequeno Porte selecionados no Estado de Pernambuco. Essa etapa permitiu avaliar, em campo, os desafios e as potencialidades identificados no diagnóstico nacional, conferindo maior profundidade e contextualização aos achados da auditoria. Além de possibilitar a verificação direta das condições de funcionamento das unidades, as visitas forneceram subsídios para compreender como esses hospitais se inserem nas Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), os obstáculos enfrentados para o desempenho de suas atribuições e as estratégias adotadas para garantir o atendimento à população, especialmente em regiões com limitada oferta de serviços de saúde.

I. Da relevância dos Hospitais de Pequeno Porte para o SUS

10. Antes de examinar os achados específicos da auditoria, cumpre registrar que os Hospitais de Pequeno Porte continuam desempenhando papel relevante na assistência à saúde, especialmente em municípios menores e regiões com menor disponibilidade de serviços hospitalares.

11. As evidências produzidas pela fiscalização demonstram que essas unidades mantêm atuação assistencial expressiva no âmbito do SUS. Entre os hospitais pesquisados, mais de 93% informaram prestar atendimento de urgência e emergência 24 horas, mais de 92% realizam observação clínica, mais de 91% executam internações clínicas de adultos e aproximadamente 87% promovem a estabilização de pacientes para transferência.

12. Esses resultados evidenciam a relevância dos HPP para a assistência à população e afastam a percepção de que constituam estruturas desprovidas de função assistencial significativa. O principal desafio identificado, portanto, não está em justificar sua existência, mas em assegurar que exerçam papel compatível com as necessidades da população e com a organização regional da assistência, dispondo das condições necessárias para desempenhá-lo de forma segura e eficiente. É sob essa perspectiva que devem ser analisados os achados da presente auditoria.

II. Da inserção dos Hospitais de Pequeno Porte na Rede de Atenção à Saúde

13. O primeiro eixo analisado refere-se à inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nas Redes de Atenção à Saúde.

14. A meu ver, esse constitui o núcleo central da presente auditoria. Antes mesmo de discutir infraestrutura, equipamentos ou financiamento, é necessário definir qual papel esses hospitais devem desempenhar na rede assistencial e em que medida sua atuação se encontra alinhada às necessidades da população e ao planejamento regional da saúde.

15. A auditoria demonstrou que os HPP mantêm inserção operacional relevante nas Redes de Atenção à Saúde. Os mecanismos de regulação estão amplamente disseminados, os fluxos assistenciais existem e os hospitais participam ativamente da prestação de serviços à população. Não se identificou, portanto, cenário de isolamento generalizado dessas unidades.

16. Os resultados revelam, contudo, fragilidades importantes na formalização e na governança dessa inserção. Aproximadamente 30% das respostas institucionais indicaram ausência de carteira de serviços atualizada, enquanto o planejamento regional participou da definição da oferta assistencial em apenas cerca de metade dos casos analisados.

17. Também foram observados sinais de descompasso entre o papel formalmente atribuído aos hospitais e a atuação efetivamente desenvolvida. O perfil assistencial declarado concentra-se fortemente em atividades relacionadas ao primeiro atendimento, à observação clínica, à internação clínica de adultos e à estabilização de pacientes para transferência.

18. A percepção territorial reforça esse quadro. Parcela significativa dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e conselheiros municipais relatou procura frequente dos HPP para situações potencialmente resolvíveis na Atenção Primária à Saúde. Embora esse resultado não caracterize inadequação por si só, pode indicar fragilidades na organização da rede quando não decorre de planejamento deliberado.

19. Cumpre registrar, por outro lado, que as evidências não apontam baixa relevância assistencial dessas unidades. Ao contrário, a maioria dos atores territoriais avalia que os HPP resolvem

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

a maior parte ou parcela significativa das demandas recebidas, desempenhando papel particularmente importante em municípios menores e localidades mais distantes dos centros de referência.

20. A auditoria identificou, ainda, limitações nos mecanismos de governança regional. Embora aproximadamente metade dos hospitais possua instrumentos formais de contratualização, cerca de quatro em cada dez gestores declararam não participar das instâncias destinadas ao acompanhamento desses instrumentos.

21. Esse resultado merece atenção porque a contratualização constitui importante mecanismo de governança da rede. Por seu intermédio são definidos compromissos assistenciais, responsabilidades, metas e critérios de acompanhamento destinados a alinhar a atuação dos hospitais às necessidades do território e aos objetivos da Rede de Atenção à Saúde.

22. Os achados sugerem que parte das fragilidades identificadas decorre justamente da insuficiente articulação entre planejamento regional, contratualização e monitoramento. Essa situação reduz a capacidade de ajustar a oferta assistencial às necessidades da população, acompanhar os resultados alcançados e revisar periodicamente o papel atribuído aos hospitais.

23. Nesse contexto, parte das dificuldades observadas na formalização dos fluxos, na contrarreferência, no compartilhamento de informações clínicas e até mesmo na oportunidade das transferências parece decorrer de limitações mais amplas de coordenação regional.

24. Dessa forma, acompanho o entendimento da unidade técnica de que os Hospitais de Pequeno Porte possuem inserção operacional relevante na Rede de Atenção à Saúde, mas convivem com fragilidades relacionadas à definição e pactuação de seu papel assistencial, à contratualização, à governança regional, à formalização dos fluxos, ao compartilhamento de informações clínicas e à continuidade do cuidado.

25. O principal desafio evidenciado pela auditoria consiste em fortalecer os mecanismos de governança e acompanhamento capazes de articular planejamento regional, papel assistencial, regulação, contratualização e coordenação do cuidado, permitindo o monitoramento sistemático dos resultados alcançados e a revisão periódica da atuação dos HPP em consonância com as necessidades da população e a organização da Rede de Atenção à Saúde.

III. Da capacidade operacional dos Hospitais de Pequeno Porte

26. O segundo eixo examinado pela auditoria refere-se à capacidade operacional dos Hospitais de Pequeno Porte, compreendida como a adequação da infraestrutura física, dos equipamentos, dos insumos, dos recursos humanos e dos serviços de apoio às atividades assistenciais desenvolvidas por essas unidades.

27. Com base nos principais referenciais normativos aplicáveis à assistência hospitalar, a auditoria examinou a infraestrutura física, os equipamentos, os insumos, os recursos humanos, os serviços de apoio diagnóstico e as condições para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência.

28. Os resultados não revelam quadro generalizado de insuficiência operacional dos Hospitais de Pequeno Porte. Ao contrário, as avaliações institucionais foram predominantemente favoráveis quanto à disponibilidade de infraestrutura, equipamentos, insumos, profissionais e serviços de apoio necessários às atividades desenvolvidas. Persistem, contudo, fragilidades relevantes em parcela das unidades.

29. No que se refere à infraestrutura física, as principais limitações concentram-se nas áreas destinadas à internação. Embora cerca de três quartos dos respondentes tenham avaliado positivamente essas instalações, aproximadamente um quarto apontou insuficiências relacionadas à estrutura necessária para o desenvolvimento dessas atividades. Além disso, mais da metade dos gestores relatou problemas de conservação e manutenção predial, ainda que, na maioria dos casos, sem repercussão direta sobre a continuidade da assistência.

30. Quanto à disponibilidade de equipamentos, medicamentos, insumos e apoio diagnóstico, também predominam avaliações favoráveis. Entretanto, aproximadamente um terço dos respondentes

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

indicou limitações na disponibilidade dos equipamentos necessários aos serviços prestados e foram registradas ocorrências de falhas, interrupções de serviços diagnósticos e episódios de desabastecimento. Embora tais ocorrências tenham sido predominantemente pontuais, demonstram que a continuidade desses recursos não está assegurada de forma uniforme entre os HPP.

31. Merece destaque a heterogeneidade observada entre os hospitais que realizam atividades obstétricas e neonatais, especialmente quanto à disponibilidade de incubadoras neonatais. Como ressaltou a unidade técnica, a adequação desses recursos deve ser analisada à luz do perfil assistencial efetivamente desempenhado por cada hospital e da organização da respectiva rede de atenção.

32. Em relação à força de trabalho, as principais limitações identificadas concentram-se nas equipes multiprofissionais e nos serviços de apoio assistencial e logístico, cuja insuficiência foi apontada por aproximadamente um terço dos respondentes. Em contraste, a disponibilidade de médicos e profissionais de enfermagem mostrou-se significativamente mais favorável, com elevada cobertura declarada em regime de funcionamento contínuo.

33. Os resultados também indicam condições predominantemente favoráveis para o primeiro atendimento e a estabilização de pacientes em situações de urgência e emergência. Mais de 80% dos hospitais informaram dispor simultaneamente das condições mínimas para atendimento inicial e reanimação cardiovascular, enquanto a disponibilidade dos principais equipamentos de suporte à vida mostrou-se amplamente disseminada.

34. Merece especial destaque o resultado do pareamento realizado pela equipe de auditoria. Entre os hospitais que declararam prestar atendimento de urgência e emergência 24 horas, mais de 90% informaram dispor simultaneamente de médico, equipe de enfermagem e pelo menos cinco dos seis equipamentos críticos avaliados, evidenciando significativa correspondência entre a oferta assistencial declarada e os recursos disponíveis para sua execução.

35. As visitas realizadas em Pernambuco reforçam essa conclusão. Não foram identificadas insuficiências operacionais graves capazes de inviabilizar o funcionamento regular dos hospitais visitados. As diferenças observadas relacionaram-se mais à utilização da capacidade instalada, à organização dos processos assistenciais e à disponibilidade de determinados serviços diagnósticos do que à ausência absoluta de recursos.

36. Em síntese, acompanho o entendimento da unidade técnica de que a capacidade operacional dos Hospitais de Pequeno Porte não se caracteriza pela ausência generalizada de recursos. As principais fragilidades concentram-se na infraestrutura destinada à internação, na disponibilidade e continuidade de equipamentos, insumos e apoio diagnóstico e na composição das equipes multiprofissionais. Ao mesmo tempo, os resultados evidenciam elevada disponibilidade dos recursos essenciais ao primeiro atendimento e à estabilização de pacientes.

37. O principal desafio evidenciado pela auditoria consiste em assegurar maior correspondência entre o papel assistencial desempenhado por cada hospital, sua capacidade instalada e os recursos humanos, estruturais e tecnológicos necessários ao exercício seguro e eficiente dessas funções.

IV. Das condições sanitárias e de segurança do paciente nos HPP

38. O terceiro eixo examinado pela auditoria refere-se às condições sanitárias e de segurança necessárias para que os Hospitais de Pequeno Porte prestem serviços de forma segura à população.

39. A segurança assistencial constitui requisito indissociável da qualidade dos serviços de saúde. Não basta a existência de leitos, equipamentos e profissionais; é igualmente necessário que os serviços sejam prestados em ambiente compatível com as exigências sanitárias e dotado de mecanismos efetivos de prevenção e gestão de riscos.

40. A auditoria identificou cenário predominantemente favorável, embora coexistam fragilidades relevantes em parte das unidades avaliadas.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

41. No que se refere à regularidade sanitária, a maioria dos hospitais informou possuir licença vigente ou situação compatível com as exigências aplicáveis. Ainda assim, foram constatados casos de licenças vencidas, ausência de licenciamento e pendências apontadas em inspeções recentes.
42. Chama atenção o fato de cerca de metade das unidades inspecionadas ter sido considerada apenas parcialmente regular, com inconformidades que demandavam providências corretivas. Embora tais situações, em regra, não tenham levado à interrupção dos serviços, revelam a necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento sanitário.
43. Também foram identificadas fragilidades relacionadas ao gerenciamento de resíduos, ao controle ambiental e à adoção de rotinas de prevenção sanitária, além de limitações na capacidade de resposta a interrupções no fornecimento de energia elétrica, água e gases medicinais.
44. Aproximadamente um quarto dos hospitais informou possuir capacidade apenas parcial ou inexistente para enfrentar situações dessa natureza, vulnerabilidade que merece atenção diante do funcionamento ininterrupto dessas unidades e de sua atuação em urgência e emergência.
45. As visitas realizadas em Pernambuco ilustram a heterogeneidade observada. Enquanto os Hospitais Ermírio Coutinho, em Nazaré da Mata, e Dr. Alberto de Oliveira, em Bonito, apresentaram estruturas mais consolidadas de segurança institucional, outras unidades ainda demandam avanços em áreas como segurança do paciente, notificação de eventos adversos, controle de infecções e mecanismos de contingência.
46. A análise da unidade técnica considerou adequadamente o porte e o perfil assistencial dos estabelecimentos. Não se exige de um hospital de reduzida capacidade operacional o mesmo conjunto de estruturas de unidades com funções regionais mais amplas, sem que isso implique flexibilização dos requisitos sanitários essenciais.
47. Merece destaque o achado relativo à segurança do paciente e ao controle de infecções. A auditoria identificou que aproximadamente um quarto dos hospitais não dispõe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar em funcionamento e que parcela relevante das unidades ainda não implementou plenamente os instrumentos previstos na regulamentação aplicável.
48. Também se verificou que os processos de registro, notificação e análise de eventos adversos ainda não estão integralmente incorporados à rotina de todos os hospitais avaliados, apesar de sua relevância para o aprimoramento contínuo da qualidade assistencial.
49. Assim, acompanho a conclusão da unidade técnica de que os Hospitais de Pequeno Porte apresentam condições sanitárias e de segurança predominantemente favoráveis, mas ainda convivem com fragilidades relacionadas à regularidade sanitária, à capacidade de contingência e à implementação sistemática de mecanismos de segurança do paciente e controle de infecções.

V. Da experiência do cidadão e do foco no usuário

50. O quarto eixo da auditoria examinou a experiência dos usuários dos Hospitais de Pequeno Porte e os mecanismos voltados à sua participação, acolhimento e proteção.
51. A inclusão dessa perspectiva é especialmente relevante, pois o desempenho de uma política pública não pode ser avaliado apenas por estruturas, recursos ou indicadores de produção, mas também pela forma como os serviços são percebidos por seus usuários.
52. A auditoria revela cenário predominantemente favorável quanto ao acolhimento, às condições de atendimento e ao respeito aos direitos dos pacientes. A maioria dos respondentes vinculados à Atenção Primária, ao controle social e às próprias unidades avaliou positivamente os serviços prestados pelos HPP, resultado compatível com a importância dessas unidades para municípios de menor porte e regiões mais distantes dos centros de maior complexidade.
53. Não obstante, foram identificadas fragilidades relevantes. Cerca de um quarto dos respondentes apontou problemas na organização do atendimento inicial, no acolhimento e na definição de prioridades, além de limitações nas áreas de espera, na comunicação com os usuários e na divulgação de informações sobre os serviços.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

54. Merece especial atenção o tema da comunicação clínica. Entre um quarto e um terço dos respondentes indicou que informações sobre diagnósticos, tratamentos, exames e procedimentos nem sempre são prestadas de forma clara e compreensível, comprometendo não apenas a satisfação dos usuários, mas também a autonomia do paciente, o consentimento informado e a segurança assistencial.

55. A auditoria também evidenciou deficiências nos canais de manifestação dos usuários. Em parcela significativa dos hospitais, esses mecanismos não se encontram plenamente estruturados ou não são utilizados de forma sistemática como instrumentos de aperfeiçoamento dos serviços, apesar de seu potencial para identificar problemas operacionais e oportunidades de melhoria.

56. Outro ponto de atenção refere-se ao monitoramento de indicadores assistenciais. Aproximadamente 40% dos hospitais e das Secretarias de Saúde apresentam monitoramento insuficiente ou inexistente de indicadores relevantes, o que reduz a capacidade de identificação de problemas, acompanhamento de resultados e tomada de decisões baseada em evidências.

57. As visitas realizadas em Pernambuco confirmaram esse diagnóstico, revelando percepção geralmente positiva dos usuários, mas também oportunidades de aprimoramento relacionadas à comunicação, à organização dos fluxos de atendimento, ao acolhimento, à participação social e ao aproveitamento das manifestações dos cidadãos.

58. Assim, acompanho a conclusão da unidade técnica de que os Hospitais de Pequeno Porte dispõem, em geral, de mecanismos voltados ao acolhimento e à proteção dos usuários, embora ainda apresentem espaço relevante para aperfeiçoar sua capacidade de comunicação, escuta institucional, monitoramento de desempenho e utilização das contribuições dos pacientes e demais usuários dos serviços.

VI. Da necessidade de revisão da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte

59. Examinados os quatro eixos da auditoria, impõe-se enfrentar a principal questão estrutural evidenciada pelo trabalho.

60. Os resultados da fiscalização demonstram que os Hospitais de Pequeno Porte continuam desempenhando papel relevante no Sistema Único de Saúde, embora apresentem perfis assistenciais, capacidades operacionais e formas de inserção regional bastante heterogêneos.

61. Esse cenário afasta soluções uniformes baseadas exclusivamente no número de leitos e reforça a necessidade de compatibilizar a função efetivamente exercida por cada unidade com as necessidades da população, a organização regional da rede, a capacidade instalada e as condições de segurança assistencial.

62. É nesse contexto que se insere a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Concebida para orientar a redefinição do papel dessas unidades e promover sua integração às redes regionalizadas de atenção, a política permanece formalmente vigente sem dispor dos instrumentos necessários para cumprir essa finalidade.

63. Conforme demonstrado pela unidade técnica, a PNHPP não recebe novas adesões desde 2011, carece de mecanismos efetivos de reorganização, monitoramento e avaliação, não conta com diagnóstico nacional atualizado e tampouco dispõe de instrumentos aptos a acompanhar, de forma sistemática, os resultados produzidos pelos HPP no SUS.

64. Verifica-se, portanto, evidente descompasso entre a existência formal da política e sua capacidade de orientar a atuação dessas unidades, situação incompatível com o papel do Ministério da Saúde na formulação, coordenação e avaliação das políticas nacionais de atenção hospitalar.

65. Nesse contexto, considero adequada a proposta de determinar ao Ministério da Saúde a elaboração de plano de ação destinado a subsidiar a revisão da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte.

66. A medida não importa substituição da atuação do gestor pelo Tribunal, nem antecipa o conteúdo da futura política. Busca apenas assegurar a realização de processo estruturado de avaliação e revisão, com base nas evidências produzidas pela presente auditoria.

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

67. Também reputo pertinente o encaminhamento ao Ministério da Saúde da base de dados produzida pelo Diagnóstico Nacional, cujo conteúdo poderá subsidiar análises adicionais e a formulação de soluções mais aderentes à diversidade de realidades observadas no país.

VII. Dos Planos Colaborativos e do acompanhamento pelo Tribunal

68. As visitas realizadas em Pernambuco evidenciaram o potencial de abordagens colaborativas para promover melhorias concretas na prestação dos serviços públicos de saúde.

69. A elaboração de Planos Colaborativos, com a participação de gestores estaduais, municipais e dirigentes hospitalares, permitiu transformar achados de auditoria em compromissos voltados ao aperfeiçoamento da gestão e da assistência, fortalecendo o diálogo institucional e a busca conjunta de soluções.

70. Embora possuam natureza voluntária e não se confundam com determinações ou recomendações desta Corte, os resultados iniciais relatados pela unidade técnica revelam avanços em áreas relevantes, como a integração da rede assistencial, a formalização de protocolos, a segurança do paciente e a organização dos fluxos de atendimento.

71. A experiência demonstra que o controle externo alcança resultados ainda mais relevantes quando, sem renunciar ao seu papel fiscalizador, atua também como indutor de boas práticas, estimulando o alinhamento entre os diversos atores responsáveis pela implementação das políticas públicas.

72. Nesse contexto, considero pertinente a instauração de processo específico de acompanhamento, com o objetivo de verificar a evolução das iniciativas pactuadas e avaliar os benefícios decorrentes da fiscalização.

73. Tal medida permitirá mensurar não apenas o cumprimento dos compromissos assumidos, mas, sobretudo, sua efetividade na geração de resultados para a população, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços prestados aos cidadãos.

VIII. Conclusão

74. À vista do conjunto de evidências reunidas, conclui-se que os Hospitais de Pequeno Porte continuam a desempenhar papel estratégico na organização da assistência à saúde em diversas regiões do país.

75. O trabalho evidencia, contudo, que tais unidades não podem ser tratadas como um conjunto homogêneo. A diversidade de perfis assistenciais, capacidades operacionais e contextos territoriais exige que sua inserção nas Redes de Atenção à Saúde observe as necessidades de cada região e o papel efetivamente desempenhado por cada estabelecimento na rede de atenção à saúde.

76. Os achados da fiscalização revelam que os principais desafios não decorrem da simples existência ou ausência dessas unidades, mas da necessidade de maior clareza quanto às suas funções, de sua integração efetiva às Redes de Atenção à Saúde, do fortalecimento das condições de segurança assistencial e do aprimoramento dos mecanismos de monitoramento, avaliação e participação dos usuários.

77. Nesse contexto, a situação da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte assume especial relevância. Embora formalmente vigente, a política deixou de dispor dos instrumentos necessários para orientar, acompanhar e induzir a organização dessas unidades em consonância com os objetivos do SUS.

78. A revisão dessa política, amparada em evidências e orientada para resultados, representa oportunidade relevante para que o Ministério da Saúde fortaleça a governança da atenção hospitalar de pequeno porte e promova maior alinhamento entre financiamento, organização dos serviços e necessidades da população.

79. Considero, por isso, adequadas tanto a determinação para elaboração de plano de ação voltado à revisão da política quanto a disponibilização ao Ministério da Saúde da base de dados

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

produzida pela auditoria, importante patrimônio informacional para subsidiar decisões e aperfeiçoamentos futuros.

80. Da mesma forma, reputo pertinente o acompanhamento dos Planos Colaborativos desenvolvidos durante as visitas em Pernambuco, iniciativa que traduz abordagem moderna de controle externo voltada não apenas à identificação de fragilidades, mas também à indução de melhorias e à geração de resultados para os cidadãos.

81. Ante o exposto, voto no sentido de que o Tribunal adote a deliberação que submeto à apreciação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 11 de novembro de 2026.

Ministro JOÃO AUGUSTO RIBEIRO NARDES
Relator

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227924.

ACÓRDÃO Nº 3065/2026 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 005.181/2026-7.
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Auditoria Operacional.
3. Interessados/Responsáveis: não há
4. Unidades Jurisdicionadas: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.
5. Relator: Ministro Augusto Nardes.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde).
8. Representação legal: não há

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos que tratam de auditoria operacional realizada com o objetivo de avaliar a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e verificar se essas unidades dispõem de condições mínimas de funcionamento, capacidade operacional e segurança sanitária e assistencial para prestar atendimento adequado à população no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tema eleito em votação popular como prioritário, sob a diretriz de Participação Cidadã,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, por unanimidade, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. determinar ao Ministério da Saúde, com fundamento no art. 250, inciso II, do Regimento Interno do TCU e nos arts. 4º, incisos I, 7º, § 3º, inciso I e § 4º, da Resolução-TCU 315/2020, que, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, elabore e apresente a este Tribunal plano de ação, contendo, no mínimo, atividades, responsáveis, prazos e produtos esperados, destinado a subsidiar a revisão da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte e a formulação de proposta atualizada para o tratamento desses estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, contemplando, no mínimo:

9.1.1. avaliação da adequação do universo e da tipologia dos Hospitais de Pequeno Porte e, caso necessário, sua redefinição, mediante revisão dos critérios atualmente utilizados para sua caracterização e da conveniência de estratificá-los segundo porte, perfil assistencial, esfera de gestão, localização geográfica, características territoriais e função desempenhada na Rede de Atenção à Saúde;

9.1.2. definição de diretrizes e critérios para subsidiar o diagnóstico territorial e a definição do papel assistencial dos HPP pelos gestores e instâncias de pactuação competentes, considerando perfil epidemiológico da população, necessidades assistenciais, vazios de oferta, produção realizada, utilização da capacidade instalada e organização regional da assistência;

9.1.3. definição de referenciais para organização dos perfis assistenciais dos Hospitais de Pequeno Porte e dos requisitos correspondentes de infraestrutura, equipamentos, força de trabalho, apoio diagnóstico, continuidade de recursos essenciais, segurança do paciente e controle de infecções;

9.1.4. formulação de diretrizes para fortalecimento dos mecanismos de integração regional e governança, contemplando planejamento regional, contratualização, pactuação interfederativa, regulação do acesso, formalização de fluxos de referência e contrarreferência, transferência de pacientes e compartilhamento de informações clínicas;

9.1.5. avaliação da adequação e eventual revisão do modelo de financiamento e dos mecanismos de indução atualmente aplicáveis aos Hospitais de Pequeno Porte, considerando sustentabilidade dos diferentes perfis assistenciais, responsabilidades interfederativas e possibilidade de vinculação de incentivos a compromissos e resultados;

9.1.6. definição de estratégia de transição e reorganização dos estabelecimentos, quando aplicável, contemplando alternativas para qualificação das unidades que devam manter função

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227932.

hospitalar e para redefinição do perfil assistencial daquelas cuja atuação venha a ser modificada pelas instâncias competentes;

9.1.7. definição e implementação de modelo permanente de monitoramento, avaliação e revisão da política voltada aos Hospitais de Pequeno Porte, com indicadores relativos ao papel assistencial, à integração à RAS, à capacidade operacional, ao financiamento, à segurança do paciente, à experiência dos usuários e aos resultados da assistência, contemplando, sempre que possível, mecanismos de consolidação e acompanhamento dos recursos federais destinados a esses estabelecimentos, individualizados por CNES e discriminados segundo natureza e origem;

9.2. encaminhar ao Ministério da Saúde a base estruturada de dados resultante do Diagnóstico Nacional realizado nesta auditoria, acompanhada dos respectivos questionários, documentação metodológica e informações necessárias à realização de análises complementares sobre os Hospitais de Pequeno Porte, observados os requisitos de proteção dos dados pessoais dos respondentes;

9.3. autorizar a Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), com fundamento no art. 241, inciso II, do Regimento Interno do TCU e no art. 2º, inciso II, da Portaria-Segecex 27/2016, a autuar processo específico de acompanhamento destinado a avaliar a evolução da implementação e os resultados das iniciativas voluntariamente acolhidas pelos gestores nos Planos Colaborativos de Melhorias Prioritárias elaborados no âmbito desta auditoria;

9.4. comunicar esta deliberação ao Ministério da Saúde, à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, às Secretarias Municipais de Saúde de Nazaré da Mata, São Caetano, Bonito e Santa Maria do Cambucá, à Confederação Nacional dos Municípios (CNM), ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e

9.5. nos termos do art. 8º da Resolução-TCU 315/2020, fazer constar da ata da sessão comunicação do Relator ao Colegiado no sentido de autorizar o monitoramento da determinação constante do item 9.1 e respectivos subitens no âmbito do processo de acompanhamento autorizado no item 9.3.

10. Ata n° 45/2026 – Plenário.
11. Data da Sessão: 11/11/2026 – Ordinária.
12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-3065-45/26-P.
13. Especificação do quórum:
13.1. Ministros presentes: Vital do Rêgo (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Augusto Nardes (Relator), Jorge Oliveira, Antonio Anastasia, Jhonatan de Jesus, Odair Cunha e Rodrigo Pacheco.
13.2. Ministro-Substituto convocado: Marcos Bemquerer Costa.
13.3. Ministro-Substituto presente: Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
VITAL DO RÊGO
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
AUGUSTO NARDES
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral

Para verificar as assinaturas, acesse www.tcu.gov.br/autenticidade e informe o código 81227932.