Universidade Católica de Santos

Mestrado em Gestão de Negócios

Parceria Público-Privada na Gestão Hospitalar

Andreia Maria Berto

Santos
2008

Universidade Católica de Santos

Mestrado em Gestão de Negócios

Parceria Público-Privada na Gestão Hospitalar

Andreia Maria Berto

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão de Negócios da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Administração.
Área de concentração: Organização e Gestão.
Orientador: Prof. Dr. Luciano Prates Junqueira.

Santos
2008

Dados Internacional de Catalogação
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS
SibiU

B545p BERTO, Andreia Maria
Parceria Público-Privada na Gestão Hospitalar / Andreia Maria Berto – Santos: [s.n.] 2008. 132 f.; 30 cm. (Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Santos, Programa em Gestão de Negócios)

I. Berto, Andreia Maria. II. Título.

CDU 65.01 (043.3)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àqueles que verdadeiramente amo: Jandira, Ari, Ênylo, Jerri, Shelby.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

A Deus pela vida e oportunidades de caminhos.

A minha família por me fazer acreditar no impossível.

Ao Ênylo pelo apoio incondicional.

Aos Diretores da Pró-Saúde ABASH pela oportunidade e acesso às informações.

Ao Ronaldo por sempre ter apoiado o projeto, bem como, disse sim a todos os constantes pedidos de ajuda.

A Silvana, Mariane e Remídio pela ajuda constante no repasse das informações.

A Gláucia pela colaboração direta com as pesquisas do Pará.

Aos meus coordenadores do HDLCFS pela compreensão nos momentos de ausência e pelas diferentes formas de apoio e ajuda.

Aos professores da UNISANTOS que estimularam a busca por conhecimento e contribuíram no desenvolvimento pessoal.

Ao Professor Luciano que mostrou caminhos diferentes, "abriu" minha mente para outros ideais, ajudou-me integralmente do começo ao fim e principalmente por ser exemplo.

A todos os demais que diretamente apoiaram e colaboraram ao longo destes dois anos.

OBRIGADA!

RESUMO

O modelo de saúde público brasileiro, denominado Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo estruturado para oferecer atenção à saúde integral, universal e igualitária. Os hospitais constituem o nível de maior resolutividade. Contudo, a especificidade de cada sistema de saúde demanda uma forma de gestão diferenciada. Neste sentido, pretende-se responder ao questionamento: A gestão de hospitais públicos estatais mediante a parceria com entidades privadas sem fins lucrativos torna mais eficaz a prestação de seus serviços?

A hipótese é de que este modelo poderá dar eficácia à gestão hospitalar, dando a comunidade acesso a serviços hospitalares de qualidade. Nesta dissertação, procura-se verificar os resultados econômico-financeiros e a qualidade da assistência à saúde prestada por hospitais geridos mediante a parceria público-privada, identificando a eficácia desta gestão e a qualidade percebida pelos usuários desses hospitais.

Os resultados dessa pesquisa foram obtidos em hospitais públicos geridos por uma organização social de âmbito nacional, denominada Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social Hospitalar, situada em São Paulo, gerenciando vinte e oito unidades hospitalares. Destes hospitais existem seis com gestão público-privada. Entre estes, foram escolhidos três hospitais, constituindo objeto de um multicaso. As instituições participantes são o Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva de Cubatão (SP), com cinco anos de parceria, o Hospital Regional da Transamazônica de Altamira (PA) com dois anos de gestão; e o Hospital Regional Público do Sudeste de Marabá (PA) publicizado há dois anos.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, na primeira foi feita uma análise quantitativa, onde foi contemplada as variáveis de produção assistencial e hospitalar, indicadores assistenciais de qualidade no atendimento e custos financeiros. Estes dados foram obtidos através de documentos gerenciais que permitiram verificar a eficácia da gestão hospitalar estatal com a parceria público-privada.

Na segunda etapa, de natureza qualitativa, foram realizadas 880 entrevistas com usuários dos três hospitais, com isto observou-se a qualidade dos serviços prestados sob a ótica do usuário.

Os resultados desta pesquisa permitiram verificar a eficácia da gestão pelo atingimento das metas contratuais em porcentagem superior a 85% nos três hospitais. A demanda é reprimida apenas em um percentual de 5% para exames e consultas em um dos hospitais. Os indicadores de qualidade do serviço apresentam níveis superiores quando comparados às referências nacionais.

A satisfação do usuário está próxima de 100% nos três hospitais, após a implantação da forma de gestão, ou seja, da parceria público-privada. Esta pesquisa permitiu inferir que com a nova gestão há mais eficácia nos serviços hospitalares prestados.

Palavras – chave: Parceria público-privada, Organização Social de Saúde, Hospital, Publicização.

ABSTRACT

The Brazilian public health model, called *"Sistema Único de Saúde - SUS"* (Unified Health System), has been structured to provide the integral, universal and equal health. Hospitals represent the highest level of resolution. However, the specificity of each health system demands a different form of management. In this sense, it is intended to answer the question: The management of state public hospitals through a partnership with private non-profit institutions makes the delivery of its services more effective?

The hypothesis is that this model may give effectiveness to hospital management, giving to the community access to quality hospital services. This dissertation seeks to verify the economic-financial results and the quality of health care provided by hospitals run by public-private partnership, identifying the effectiveness of management and quality perceived by users of these hospitals.

The results of that research conducted in public hospitals run by a social organization of national scope, called Pro-Health Beneficent Association of Hospital Social Assistance, located in Sao Paulo, managing twenty-eight hospital units. Of these hospitals there are six with public-private management. Among these, three hospitals were chosen, being the object of a study including all of them. The participating institutions are: The Hospital Dr. Camargo Luiz da Fonseca e Silva of Cubatão (SP), with five years of partnership, the Transamazonian Regional Hospital of Altamira (PA) with two years of management, and the Regional Public Hospital of Southeast Maraba (PA) with two years of management.

The study was conducted in two stages. The first one was a quantitative analysis, which considered the variables of assistencial and hospital production, assistance pointers of quality in attendance and financial costs. These data were obtained through management documents that have shown the effectiveness of state hospital management with the public-private partnership.

The second stage, that has a qualitative nature, was carried through 880 interviews with users of the three hospitals, therewith was observed the quality of services from the viewpoint of the user.

The results of this research have shown the effectiveness of management by achieving the targets in contractual percentage exceeding 85% in the three hospitals. The demand is suppressed only in a percentage of 5% for examinations and consultations in one of the hospitals. The indicators of quality of service have higher levels when compared to national references.

The user satisfaction is close to 100%, in the three hospitals, after the introduction of the new management form, namely the public-private partnership. This research shows that with the new management has more effectiveness in the given hospital services.

Key-Words: Public-private partnership, Social Health Organization, Hospital, Advertising.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Porcentagem de quantitativo geral de prontuários por hospital.....	72
Gráfico 02	Resultado dos exercícios contábeis dos hospitais.....	96
Gráfico 03	Freqüência dos usuários aos serviços hospitalares.....	103
Gráfico 04	Percepção dos usuários com relação ao atendimento da recepção (acolhida) por freqüência de utilização.....	104
Gráfico 05	Percepção dos usuários quanto à limpeza hospitalar.....	105
Gráfico 06	Avaliação dos funcionários do hospital (exceto médico e enfermeiro) pelos usuários pela freqüência de utilização.....	106
Gráfico 07	Avaliação da enfermagem pelos usuários dos hospitais.....	107
Gráfico 08	Satisfação dos usuários com o atendimento médico nos hospitais.....	108
Gráfico 09	Percepção da resolutividade da consulta por satisfação do usuário com o atendimento médico.....	109
Gráfico 10	Acesso à consulta por acesso a exames.....	110
Gráfico 11	Expectativa do usuário em relação ao atendimento recebido.....	111
Gráfico 12	Percepção do usuário com relação à satisfação da comunidade com relação aos serviços realizados pelos hospitais.....	116
Gráfico 13	Conhecimento da OSS pela freqüência de uso dos hospitais pelo usuário	117
Gráfico 14	Percepção do usuário com relação à melhoria da gestão por conhecimento da OSS gestora.....	118
Gráfico 15	Satisfação pessoal do usuário por percepção da satisfação da comunidade.....	119
Gráfico 16	Avaliação Geral do usuário com relação ao serviço prestado pelo hospital.....	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Motivos apresentados pelos usuários por não terem satisfeito suas expectativas 113

Tabela 02 Avaliação de itens analisados por hospital..... 115

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Informações gerais HDLCFS	75
Quadro 02	Informações gerais HRT	77
Quadro 03	Informações gerais HRSP	79
Quadro 04	Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HDLCFS 2004 -2008	81
Quadro 05	Valor da Meta Atingida de Acordo com os critérios contratuais HDLCFS	83
Quadro 06	Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HRSP 2006 -2008	84
Quadro 07	Valor da Meta Atingida de Acordo com os critérios contratuais HRSP ...	85
Quadro 08	Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HRT 2007 -2008	86
Quadro 09	Valor da Meta Atingida de Acordo com os critérios contratuais HRT	87
Quadro10	Comparativo de médias de permanência e taxas de ocupação dos hospitais	90
Quadro 11	Comparativo de taxas de infecção hospitalar e taxas de mortalidade geral dos hospitais	92
Quadro 12	Demonstrativo contábil das receitas e despesas dos hospitais	94
Quadro 13	Relação entre o número de funcionários por despesas por custo unitário..	97
Quadro 14	Relação entre o número de médicos por despesas com honorário médico por custo unitário	98
Quadro 15	Comparativo do número de funcionários, médicos e enfermeiros por leito	99

LISTA DE ABREVIATURAS

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

COSEMS – Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde.

HDLCFS – Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.

HRSP – Hospital Regional do Sudoeste do Pará.

HRT – Hospital Regional da Transamazônica.

INAMPS – Instituto Nacional de Previdência Social.

NOB – Norma Operacional Básica.

OMS – Organização Nacional de Saúde.

ONA – Organização Nacional de Acreditação.

OSS – Organização Social de Saúde.

ONG – Organização Não-Governamental.

PAB – Piso de Atenção Básica.

PPP – Parceria Público-Privada.

SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÂO 13

1 O Sistema de Saúde Brasileiro 16

1.1 A Instituição Hospitalar 26

2 Parceria Público-Privada 33

3 Qualidade Hospitalar 54

4 Metodologia 70

5 Caracterização dos Hospitais 74

5.1 Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva – HDLCFS 74

5.2 Hospital Regional da Transamazônica – HRT 76

5.3 Hospital Regional do Sudoeste do Pará – HRSP 78

6 Resultados da Pesquisa 80

6.1 Análise da Assistência Hospitalar 80

6.1.1 Produção Assistencial e Hospitalar 81

6.1.2 Indicadores Assistenciais de Qualidade no Atendimento 87

6.1.3 Custos Financeiros 93

6.2 Análise da Percepção da Qualidade dos Hospitais sob a Ótica do Usuário 102

Conclusão 122

Referências Bibliográficas 125

Anexo 131

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro passou por várias modificações no decorrer de sua história e atualmente apresenta-se como um projeto ousado que propõe ser universal, descentralizado, regionalizado, hierarquizado e equânime. Apesar do progresso advindo do Sistema Único de Saúde – SUS observa-se a existência de descompassos gerenciais e funcionais que inviabilizam a estratégia de eficiência do modelo. A resistência ao SUS, endógena à administração pública, está nas formas operacionais do sistema, no seu modelo de gestão, e principalmente, no fluxo de recursos financeiros e operacionais. Soma-se a esses fatos, a falta de sistematização da informação, da sua divulgação ao público em geral e aos profissionais de saúde, para compreender o processo e como a natureza dos problemas inerentes à construção do sistema em um país que luta contra a escassez dos projetos sociais.

Nem o setor governamental, partidário por essência do movimento público, nem o setor privado mercantilista, com sua lógica consumista, sozinho ou agregado, oferecem soluções necessárias ao avanço do sistema de saúde no Brasil. Há ainda lacunas que podem ser superadas para a construção deste sistema, respaldado na responsabilidade e despojamento que privilegiem a qualidade. A sociedade apropria e avalia os serviços de saúde, percebendo suas carências e resultados. Contudo, esses cidadãos que buscam neste sistema satisfazer suas necessidades e expectativas, nem sempre as conseguem.

O intuito deste trabalho não é dar solução aos desafios de gestão do SUS, mas permitir a avaliação de um modelo que permita à população atendimento com qualidade, dando ênfase à importância da vida humana, que não pode ser prejudicada por problemas gerenciais e burocráticos.

Assim, a busca da qualidade na atenção aos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social, posto que a sociedade está exigindo cada

vez mais melhorias dos serviços de saúde prestados. Essa discussão tem constituído preocupação de governos, administradores hospitalares, médicos, indústrias de suprimentos hospitalares, empresas de consultoria e da sociedade como um todo.

Não há uma solução mágica que defina uma estrutura de inter-relacionamento mais adequada à gestão de instituições sociais e em particular dos hospitais. O importante é encontrar uma combinação de elementos institucionais, ou seja, uma estrutura organizacional compatível com a realidade social e a especificidade de cada localidade, contribuindo para dar maior eficiência e eficácia à prestação dos serviços de saúde. Ante essa situação, fica uma indagação: A gestão de hospitais públicos estatais mediante a parceria com entidades privadas sem fins lucrativos torna mais eficaz a prestação de seus serviços?

A parceria público-privada é uma forma de gestão onde uma instituição sem fins lucrativos reconhecida como organização social através de um contrato de gestão, administra um órgão público, no caso deste estudo, um hospital. Assim, temos regras de gestão privada com a compreensão e mecanismos controladores da administração pública.

A pesquisa que deu origem a esta dissertação ocorreu em momento de busca por um melhoramento contínuo dos serviços oferecidos à população, indiferente se sua origem, seja pública ou privada. Entendendo a necessidade de avaliar a gestão em instituições hospitalares, temos os pressupostos a seguir relacionados:

a) a parceria público-privada é um modelo capaz de dar eficácia à gestão hospitalar pública;

b) a comunidade identifica a melhoria no atendimento prestado pelas instituições hospitalares públicas estatais após a mudança de sua gestão por uma entidade privada sem fim lucrativo.

Neste sentido, este estudo pretende analisar o modelo de gestão de hospitais gerenciados em parceria com entidades privadas não lucrativas. Tendo como objetivos específicos:

1 - Verificar resultados econômico-financeiros e de qualidade na assistência dos serviços de saúde prestados por hospitais, geridos através de parcerias público-privadas;

2 - Identificar a eficácia da gestão dos hospitais públicos gerenciados através de parcerias com instituições privadas não lucrativas;

3 – Observar a qualidade percebida pelos usuários das instituições em contraponto à utilização dos serviços de saúde oferecidos.

Essa dissertação foi iniciada com a conceituação do sistema de saúde e seu desenvolvimento no Brasil, para em seguida, discutir sua estruturação e as forças que condicionam a relação público-privada.

A gestão público-privada é objeto do segundo capítulo onde se discute as formas de gestão das organizações hospitalares e o papel das Organizações Sociais.

O capítulo três observa a questão da qualidade hospitalar e as dimensões que a compõe, bem como a visão do usuário do serviço prestado.

A metodologia apresentada no capítulo quatro descreve a maneira como foi realizada a pesquisa quantitativa e a qualitativa.

Em seguida, no capítulo cinco é alocada a caracterização dos três hospitais, objeto da pesquisa.

Finalmente, no capítulo seis são apresentados e analisados os dados de pesquisa, buscando verificar a hipótese da dissertação de que a parceria público-privada propicia a eficácia à gestão das instituições hospitalares da ótica dos usuários.

Apresenta, ainda ao final, as conclusões que esta pesquisa permite inferir para gestão das organizações hospitalares.

1 O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

Sistemas de saúde são construções sociais que têm por finalidade garantir meios adequados para o indivíduo enfrentar os riscos sociais, para os quais, por meios próprios, não teria condições de prover, tendo como compromisso primordial garantir acesso a bens e serviços para a manutenção e recuperação da saúde dos cidadãos. Os sistemas de saúde são financiados por recursos públicos (impostos, contribuições, subvenções e renúncia fiscal) ou fundos privados (desembolso direto, co-pagamento) e alternativamente por um mix dessas fontes. Destacam-se quatro tipos de financiamentos da saúde, sendo eles: a) Modelo assistencialista – caracteriza-se por mix de recursos públicos e privados, focado em subsídio estatal somente para as camadas mais baixas da população, principalmente indigentes; b) Modelo previdencialista – os serviços são oferecidos aos trabalhadores formais que apresentam contribuição social compulsória, só tendo direito aqueles que contribuem; c) Modelo Universalista Unificado – os recursos públicos oferecem cobertura universal à sociedade, chamado de Estado de Bem Estar Social; d) Modelo Universalista Diversificado - tem fontes de todos os públicos, é focado nas camadas mais baixas da população e empregados formais (ELIAS, 2007).

Os serviços se organizam por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) seguindo critérios de complexidade crescente, com o objetivo de promover a racionalização e o acesso dos usuários. Os países que efetivam os direitos sociais no cotidiano da população possuem sistemas de saúde universais e igualitários.

O sistema de saúde brasileiro é composto por dois segmentos: um público e um privado. O segmento público é norteado pelo direito social, constitucional, coletivo e não comercial de assistência à saúde, cumprindo o papel de estabelecer políticas, gerir e prover as ações e serviços de saúde para toda a comunidade. Já o segmento de caráter privado é regido pelas

regras de mercado, oferecendo ações e serviços a quem tem condições de pagar, numa relação de troca característica de qualquer negócio (RODRIGUES, 2007). Observando pela perspectiva operacional, existem pontos de contato entre estes segmentos no que diz respeito a profissionais de saúde e alguns serviços assistenciais, porém há uma grande barreira ao que se refere ao acesso da população, principalmente em relação à parcela mais pobre. O tipo de relação estabelecido entre eles é que constitui a possibilidade ou não da efetivação de um sistema universal de saúde no cotidiano da sociedade (ELIAS, 2007).

O sistema de saúde brasileiro de segmento público atual é recente e está em processo de construção. Até algumas décadas o Ministério da Saúde, Estados e Municípios desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção e prevenção como vacinação e controle de epidemias. Na área de assistência à saúde, a União atuava com poucos hospitais especializados em psiquiatria e tuberculose e através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública que estava localizada em algumas regiões do país, especialmente norte e nordeste. Os serviços eram prestados à população indigente e em grande parte realizada em conjunto com instituições filantrópicas com o objetivo da caridade. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, composto por três institutos: Administração da Previdência Social, o Instituto Nacional de Previdência Social, e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O último era responsável por prestar assistência aos associados – trabalhadores da economia formal, que contribuíam com a Previdência, através de ambulatórios e hospitais, bem como, com contratação de serviços particulares para prestação de serviços que não possuíam. Assim, quanto maior a cidade, maior o número de assalariados e consequentemente uma maior necessidade de recursos para assegurar a assistência à população destas cidades. A população nesta época estava dividida em: aqueles que podiam pagar, aqueles que tinham direito à assistência do INAMPS e aqueles que não tinham nenhum direito (SOUZA, 2002).

No início da década de 1980, com a crise de financiamento da Previdência Social, o INAMPS começa a comprar serviços do setor público, através de convênios e deixa de exigir a carteirinha aos segurados, oferecendo acesso à assistência a grande parte da população, principalmente com relação aos hospitais. Com esta ação surge o Sistema Unificado e Decentralizado de Saúde introduzido por meio de convênio entre o INAMPS e os governos estaduais, dando os primeiros passos ao que seria o futuro sistema de saúde brasileiro, oferecendo cobertura universal dos serviços prestados. Este movimento ocorreu tendo como pano de fundo uma sociedade movida pela mobilização política dos trabalhadores da saúde, das universidades e de vários setores de classes que buscavam através do Movimento da Reforma Sanitária uma linha mais democrática na oferta da saúde brasileira (SOUZA, 2002).

O atual sistema de saúde brasileiro denominado Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Brasileira de 1988 em seu artigo 198, que garante a saúde como um direito social de todo cidadão brasileiro e um dever do Estado (BRASIL, 1988). De acordo com Barros (1994), o direito à saúde se confunde com o direito à vida, e garantir a saúde da população é uma tarefa de todas as áreas do Governo e da Sociedade. O SUS é uma proposta nesta direção.

A saúde, de acordo com Oliveira e Junqueira (2003), legitimou-se como um direito da cidadania. Seu estatuto de bem público tornou-se uma preocupação cotidiana e práxis política no âmbito da sociedade, com foco na micro-gestão e gerenciamento “na ponta”, onde são diretamente fornecidos os serviços por e para servidores, usuários e clientes.

O modelo de distribuição dos serviços de saúde prestados pelo segmento público é regido pelos princípios da universalidade (todos têm direito a atenção à saúde), eqüidade (tratar desigualmente os desiguais) e integralidade das ações de saúde (conjunto das necessidades para atender o indivíduo de forma integral), e operacionalizado através da descentralização, da regionalização e da hierarquização da rede (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2007). Além de instituir o controle social, que de acordo com a Lei nº 8142/90, a gestão pública do SUS é essencialmente democrática, nenhum governante é absoluto na decisão, ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle social, através de Conferências e Conselhos de Saúde com integrantes da sociedade e usuários do SUS (BARROS, 1994).

Através da Lei nº. 8080/90 ocorreu à instituição do SUS, com o Ministério da Saúde agindo como administrador do sistema nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Tal fato compõe uma grande alteração até então vigente – o Brasil passa a ter um sistema de saúde único e universal.

O INAMPS ainda atuou em conjunto com o SUS por um período, porém como os interesses eram distintos, o primeiro foi extinto em 1993. O SUS surgiu através da estrutura do INAMPS que apresentava inúmeras desigualdades já que a capacidade instalada era maior onde havia assalariados. O SUS assume assim, uma imensa desigualdade na divisão dos recursos entre os Estados e em um país que se organiza em um sistema político federativo, com três esferas de poder, com autonomia administrativa e sem vínculo hierárquico, com uma extensa área territorial que apresenta características políticas, sociais, culturais, religiosas muito diferentes, um local marcado por diversidade e heterogeneidade, onde a introdução de políticas de saúde para abrangência nacional é de difícil implementação, há necessidade de que todas as esferas do governo estejam corretamente orientadas quanto as suas responsabilidades, através da alocação de mecanismos articuladores entre as esferas, colocando acima de qualquer poder político o princípio da cooperação e complemento (SOUZA, 2002). Este passo na história brasileira representa um enorme desafio pela construção de um sistema de saúde universal em um País da periferia do capitalismo, com grande dimensão territorial, populoso, com carências de recursos financeiros, marcado pela heterogeneidade, desigualdade e exclusão social (ELIAS, 2007).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos que garante assistência integral e gratuita a toda a população. O SUS possui um Sistema de Informação Hospitalares e um Sistema de Informações Ambulatoriais que constituem o maior conjunto de procedimentos executados em hospital no mundo, pago por um mesmo financiador. O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três campos de governo, com determinação do vínculo de receitas através da Emenda Constitucional nº 29/2000. Os recursos federais correspondem a mais de setenta por cento do total e são transferidos aos Estados e Municípios através de remessas diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, que recebem ainda recursos do Estado e dos Municípios. Os Municípios ainda podem receber recursos dos Estados, de acordo com as habilitações que ali são realizadas, ou seja, serviços prestados de maior complexidade que a esperada (SOUZA, 2002).

Estão em vigor duas prerrogativas básicas de gerenciamento da saúde municipal: (a) Gestão plena de atenção básica ampliada – pela qual o município concorre para receber um montante definido por base per capta para o financiamento de atenção básica; (b) Gestão plena do sistema municipal – o município recebe o total de recursos federativos programados para o custeio da saúde em seu território.

Em acordo as proposições de Souza (2002), um terço dos recursos federais ainda é empregado em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorava no período do INAMPS que antecedeu à fixação do SUS e ainda não foi plenamente substituído pelo processo de decentralização, dado o caráter não-compulsório e progressivo deste último.

A partir de 1998, através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 2122/1998, foi introduzido o Piso da Atenção Básica (PAB) e houve a separação dos recursos para financiamento da assistência ambulatorial de média e alta complexidade. O PAB fixo de cada município é calculado com base no valor per capta e é transferido automaticamente do Fundo

Nacional de Saúde dos municípios e diz respeito às suas responsabilidades sanitárias. O PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, como os Programas da Saúde de Família, Controle de Carências Nutritivas, Agentes Comunitários da Saúde e ações estratégicas como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

A atenção básica, segundo Starfield (2002) é uma potente estratégia para alcançar equidade nos serviços de saúde, porque seu foco está no reconhecimento e na busca por soluções para as necessidades de saúde da população, incluindo referências a outros serviços apropriados. Além do PAB, o Ministério de Saúde transfere recursos para a Vigilância Epidemiológica e Controle das Doenças, Assistência de Média Complexidade e Assistência de Alta Complexidade.

O processo de avanço na implantação do SUS tem sido orientado por Normas Operacionais Básicas (NOBs), instituídas por meio de portarias do Ministério da Saúde. Estas normas definem competências nas esferas do governo e a condição necessária para execução da prestação de serviço e o conseqüente repasse de valores. A habilitação requer o cumprimento e ao compromisso de cumprir um conjunto de responsabilidades referentes à gerência de cada habilitação credenciada.

As NOBs são compartilhadas entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas a Comissão Intergestores Tripartite com representantes das três esferas de governo – Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, e Comissão Intergestores Bipartite com representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), uma em cada estado (SOUZA, 2002).

Para Trevisan e Junqueira (2007) a NOB marca os primeiros passos da decentralização administrativa do sistema de saúde, bem como, estabelece formas rígidas de manutenção do financiamento em nível federal. È uma ‘decentralização tutelada’. Como as NOBs são atos do governo federal, é um dispositivo que pode ser alterado a qualquer momento, ou seja, o financiamento do SUS depende dos atos ‘de Brasília’.

Segundo Teixeira (2008, p. 34) “o Brasil possui legislação de primeiro mundo, no que toca à saúde. Todavia, o seu orçamento financeiro é de terceiro mundo, o que provoca os intermináveis conflitos retratados diariamente na mídia.”

De acordo com o Paim (1999) há quatro tipos diferentes de SUS que integram o sistema que deveria ser único: a) o SUS para pobres – prática da medicina simplista e possível, oferecida para todos de acordo com as condições que a realidade daquele momento permite; b) o SUS legal – aquele que está descrito nas leis e normas operacionais; c) o SUS real – marcado pela falta de controle, vazamento de recursos e com dificuldade de fiscalização; d) o SUS democrático – aquele do objetivo dos integrantes da reforma sanitária, a imagem do objetivo inicial.

Ainda que o SUS tenha a pretensão de ser universal, 75% da população dependem exclusivamente dele, há os outros 25% que são cobertos pelos serviços de atenção suplementar – o segmento privado (ELIAS, 2007). Só os cidadãos que possuem plano de saúde representam 42 milhões de brasileiros em 2006, segundo dados do CONASS (2007).

A Constituição Federal de 1988 prevê que a assistência à saúde seja livre a iniciativa privada e contempla a possibilidade de suas instituições de participar de forma complementar ao SUS. Cabe lembrar que durante mais de trinta anos, o setor de assistência suplementar à saúde esteve fora do controle do Estado e da sociedade, atuando segundo lógicas e regras únicas, sem interferência do Estado. Porém, através da Lei nº. 9.656/98 e da Medida Provisória nº. 1.665/98 teve início o processo de regulamentação que só foi instituído com a

criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Medida Provisória nº. 1928/2000, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, que tem missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde do País. O Setor privado se organiza em várias modalidades de natureza jurídica, sendo as principais os planos de saúde, seguro saúde, plano odontológico, auto-gestão, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas e planos de entidades filantrópicas, sendo que as três primeiras com fins lucrativos e as demais sem fins lucrativos.

O financiamento do serviço privado é feito por meio de desembolso direto ou através de renuncia fiscal, na qual há o abatimento do imposto devido para a pessoa física ou jurídica. Nas várias modalidades são comercializados, basicamente, dois tipos de planos, individuais ou familiares ou coletivos (vinculados às empresas ou às associações profissionais). Os individuais ou familiares são custeados por desembolso direto e os coletivos são, geralmente, custeados integralmente pelas empresas ou com participação dos empregados (co-participação de algum percentual) e os associativos em seu valor há rateio entre os participantes. O modelo de gestão de saúde suplementar é integrado pela remuneração por tabelas de procedimentos e a necessidade de autorização para procedimentos de diagnóstico e tratamento, e o pagamento por procedimento realizado ou por pacotes. Deste procedimento resulta um modelo de gestão que permite a operadora exercer poder para fixação de preços dos produtos, prever e controlar gastos, e subsidiar a oferta de serviços. A lógica financeira é prevalecente e a racionalização encontra aqui seu funcionamento (ELIAS, 2007).

De acordo com Misoczky (2003) o mix público e privado precisa ser levado em conta porque o atendimento no que tange à saúde é um mercado imperfeito. Neste mercado o consumidor não pode comprar um remédio ou serviço que lhe salve a vida, não tem escolha e teoricamente o produtor não consegue convencer o consumidor a comprar o produto-saúde

quando não está doente. A premissa do SUS parte deste conceito, onde não é possível tentar criar demanda elástica em saúde, também não é possível limitar a oferta do produto. A universalidade do SUS não é compatível com a dinâmica de mercado. A distorção destas premissas força a existência do mix público-privado (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

As formas diferenciadas dos segmentos públicos e privados podem levar a contextos que exijam modelos específicos para cada um dos casos. Desta forma, torna-se inevitável o questionamento acerca da adequação dos modelos de localização normalmente aplicados no segmento público para o segmento privado, considerando às exigências de ordem comercial e competitiva das organizações envolvidas neste mercado suplementar de saúde e tendo em vista a possibilidade de haver diferenças entre o comportamento local dos usuários que podem optar pela oferta privada e pagar por seus serviços e os que só dispõem do acesso aos serviços públicos e gratuitos (BAHIA, 2001).

Observa-se que o sistema de saúde brasileiro ainda é jovem, 20 anos, mas já apresenta resultados positivos como: fixação do PAB (com conceito de financiamento per capta, o que é um avanço no sentido da superação dos mecanismos pós-pagamento); adoção de incentivos específicos às áreas estratégicas; a expansão das equipes de saúde da família e de agentes comunitários da saúde; a execução de experiências inovadoras de atenção no local e avanços, tanto na organização da atenção básica como na rede de referência de municípios e estados; muitos municípios não conseguiram habilidades de acordo com as condições de gerencia impostas pela NOB, porém, integraram-se de forma voluntária e assumindo responsabilidades no sistema público de saúde; transferência de recursos e responsabilidades da União, Estados e Municípios.

No entanto, ainda restam inúmeros desafios a serem resolvidos, como: divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios; o PAB e a gestão plena de atenção básica asseguraram a equidade, porém não garantiram a qualidade e a efetividade da atenção básica

em todos os municípios, nem foram suficientes para garantirem o acesso dos cidadãos aos demais tipos de atenção à saúde; o financiamento prevê instalações a cumprimento de ações, mantendo recursos nos locais centrais e grandes centros e capitais; dificuldade de acesso à assistência de saúde de média e alta complexidade; faltam acompanhamento e avaliação contínua de desempenho.

Além do que, há descompassos gerenciais que sinalizam incompatibilidades que inviabilizaram a estratégia de eficiência do SUS. Um destes descompassos é a distância entre uma política pública universalista e de outro lado o Estado com suas reformas e princípios de minimização de custos. Outros destes descompassos é a convivência do principio da decentralização com a idéia de rede (o acesso a um direito é exercido em rede). A rede precisa ser complementar e não contrapor a descentralização (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007).

O sistema de saúde está em pleno processo de consolidação orientado pela efetiva execução de princípios e diretrizes. A descentralização de recursos e responsabilidades para Estados e Municípios, constitui-se um dos principais elementos do processo. Mas de acordo com as características do país e do modelo federativo, torna-se imprescindível a articulação entre os diversos graus de governo, de modo a assegurar que toda a sociedade tenha acesso ao sistema em todos os seus padrões de atenção com qualidade, independente do local de residência (SOUZA, 2002).

Ao longo do tempo, identificou-se “que a maior resistência ao modelo é endógena à administração pública e está nas formas operacionais do sistema, no modelo de gestão, e principalmente, no fluxo de recursos” (TREVISAN; JUNQUEIRA, 2007, p. 894). Somam-se aos demais problemas expostos, a falta de sistematização da informação e sua divulgação ao público em geral e profissionais de saúde, no sentido da compreensão do processo histórico, bem como a natureza dos problemas inerentes à construção do sistema em um país que luta com a escassez de recursos para a economia social. Além da gestão e gerenciamento ineficaz

do setor público já tradicional (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2003) Acredita-se ainda que, há necessidade de uma maior aproximação do setor público com o privado, inferindo na mercantilização do acesso, aumento do investimento público na qualificação da rede de serviços assistenciais e incentivar a produção privada de serviços de saúde de formas não lucrativas, como as filantropias, organizações sociais não lucrativas, cooperativas e incrementar a participação do Estado como comprador de serviços. Estes poderiam ser alguns passos para a garantia dos preceitos da saúde como um direito conforme prevê a Constituição Federal (ELIAS, 2007).

Nem o setor governamental, partidário por essência, nem o setor privado mercantilista, com sua lógica consumista, sozinho ou combinado, oferece as soluções mais importantes e necessárias para o avanço do sistema de saúde no Brasil. Há ainda, espaços que lhe são apropriados nesta construção do sistema de saúde brasileiro, com responsabilidade, sinceridade e despojamento que privilegiem a qualidade de vida, dignidade, com possibilidades empreendedoras éticas e profissionais (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2003).

Neste contexto apresentamos uma forma prática de melhoria no que diz respeito a vários pontos de não conformidade ao que o sistema de saúde brasileiro prevê em sua formação, melhoria na gestão, acesso e qualidade dos serviços prestados, através de um modelo de parceria denominada público-privada.

1.1 A Instituição Hospitalar

Atuando no sistema de saúde brasileiro, tanto no segmento público, quanto no privado, se destaca a organização hospitalar. A sociedade é quem recebe e avalia diretamente a atenção à saúde, e os cidadãos percebem mais as carências e resultados na assistência hospitalar do

que em outras instâncias do sistema de saúde, pois depositam nela seus desejos e expectativas em momentos de grande aflição (MALIK; NOVAES, 2007).

Trata-se de uma das estruturas disponíveis que se diferencia, fundamentalmente, em relação ao grau de tecnologia empregado (recursos humanos e equipamentos), o que repercute em termos financeiros (custos operacionais e investimentos necessários), abrangência e complexidade dos problemas de saúde que podem ser atendidos (LIMA-GONÇALVES; ÁCHE, 1999).

O hospital, de acordo com Teixeira (2008, p. 38):

> É uma das atividades mais complexas que existe, pois, num mesmo local são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, restaurante, lavanderia etc., tudo em prol e em razão do paciente, o que envolve componentes sociais, culturais e educacionais.

Drucker (2006) aponta o hospital como “a organização humana mais complexa jamais concebida, mas também, nos últimos trinta ou quarenta anos, um dos tipos de organizações que cresce mais rapidamente em todos os países desenvolvidos”.

Utilizando o conceito da Organização Nacional de Saúde (OMS) de 1957, muito mais abrangente, temos:

> O hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

O Brasil possui em torno de 8000 estabelecimentos hospitalares com aproximadamente 500.000 leitos cadastrados (DATASUS, 2007). Os hospitais privados atendem aos pacientes pagantes (particulares) ou que possuem convênio (beneficiários de planos de saúde ou outra categoria), geralmente não há nenhum atendimento aos pacientes do SUS nestes

estabelecimentos. Porém, o maior número de hospitais são públicos com o governo custeando as despesas dos usuários (todos têm direito ao atendimento nestes estabelecimentos). Há ainda os hospitais que possuem contratos ou convênios firmados com o Poder Público, e que atendem a demanda SUS, as Santas Casas de Misericórdia são exemplos.

Na atualidade, considera-se que a prestação de serviços na organização hospitalar privada vai além da internação com finalidades cirúrgicas ou clínicas. Entende-se que, além disso, os pacientes podem ser atendidos tendo como “porta de entrada” o nível ambulatorial, que envolve a realização de consultas, exames e tratamentos que não exigem internação, o serviço de primeiro atendimento e o atendimento emergencial (BORBA, 1991).

Neste contexto apresentamos a função primeira do hospital, que na visão de Shulz e Johnson (1976) é prestar assistência às necessidades do paciente, devendo-se atentar para as diversas dimensões que envolvem este paciente: dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, culturais e temporais, já que estas afetam o comportamento do paciente em relação à doença e ao tratamento.

Lisboa (2002) aponta a função primordial dos hospitais com o cuidar de doentes, proporcionando-lhes assistência preventiva ou curativa, restabelecendo a sua saúde, minorando o sofrimento ou ajudando-lhes a viver com qualidade de vida, por meio de ações multidisciplinares que desenvolve em suas dependências e de acordo com a sua resolutividade e capacidade instalada.

O hospital é uma organização completa que deve incorporar constantemente o avanço de conhecimentos, aptidões, tecnologia médica e instalações e equipamentos correspondentes a esta tecnologia. O hospital moderno exibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa (GONÇALVES, 1983).

Dentre as obrigações de um hospital está a prestação de serviços de assistência médica, paramédica (medicamentos, equipe de enfermagem, instrumentos, exames) e de hospedagem/hotelaria (alimentação, alojamento, instalações) ao paciente (TEIXEIRA, 2008).

Em sua estrutura os hospitais possuem diversas áreas funcionais que se relacionam de forma interdependente, o que exige um funcionamento eficiente de todas as áreas e de todos os seus membros. Sua estrutura é caracterizada ainda por uma extensa divisão do trabalho especializado, realizado basicamente em equipe, o que mobiliza habilidades e esforços de grande número de profissionais, implicando em alta concentração de especialização, com valores distintos, trazendo sérios problemas de coordenação e autoridade (DALFIOR, 2003).

Gonçalves (1983, p.25) conclui que:

> Não há uma resposta mágica que defina a estrutura de inter-relacionamento mais correta para aqueles que trabalham nos hospitais. O importante é se encontrar uma combinação na qual os elementos organizacionais tenham uma chance ótima de gerência eficiente, sensibilidade para as necessidades e opiniões dos vários grupos operacionais que trabalham na instituição.

Assim, deve-se buscar uma estrutura organizacional que seja compatível com a realidade e especificidade de cada organização hospitalar, de modo a contribuir para uma maior eficiência na prestação dos serviços.

Afirmando que cada autor exibe um organograma diferente da organização hospitalar, em função das diversidades de complexidades hospitalares, Gonçalves (1983) considera, de maneira simplista, que genericamente encontramos no hospital a seguinte departamentalização: o conselho diretivo, formado por autoridades superiores, representa o hospital junto à sociedade e é o responsável para que a instituição proporcione o maior rendimento científico e social à comunidade que serve; a direção, responsável pelo bom andamento de todas as atividades técnicas ou administrativas de um hospital, pois a ele foram delegadas as atividades executivas pelas autoridades superiores da instituição; o corpo clínico,

que representa o conjunto de profissionais de medicina que realiza a atenção médica no hospital; os serviços de apoio clínico, que são serviços que servem para auxiliar o clínico no seu trabalho hospitalar e que só atuam a partir da solicitação destes; serviços técnicos que são serviços compostos de profissionais para-médicos e que desempenham diferentes atividades diretamente ao paciente como apoio para as atividades-fim; e finalmente, os serviços de apoio administrativo, que vão fornecer ao nível técnico o ingresso do material, energia e informação para que as atividades finais da instituição possam ser realizadas. Devem desenvolver de maneira intensa as funções de planejamento e controle.

Segundo Mintzberg (1995), freqüentemente ocorre na burocracia do tipo profissional, hierarquias administrativas paralelas: uma hierarquia democrática de baixo para cima para os profissionais – vinculada ao poder de perícia –, e uma segunda, burocraticamente mecanizada de cima para baixo, para assessoria e apoio.

Cecílio (1997, p. 36), entende que o hospital é a mais complexa das organizações de saúde, estando nele fortemente presente duas antinomias: “o alto grau de especialização e de autonomia dos trabalhadores, em particular os médicos, *versus* a necessidade de coordenação das ações da organização como um todo”; e guardando uma relação íntima com a primeira, “a tensão entre o poder técnico concentrado na base da organização *versus* o poder administrativo da direção, com suas funções de coordenação”.

Portanto, seguindo um caminho diferente “dos clássicos modelos de administração vertical, com linhas hierárquicas de mando muito bem definidas, no velho esquema fayolista ou na melhor das hipóteses na burocracia como tipo ideal weberiano”, Cecílio (1999, p.317) tem experimentado, em instituições públicas, a implantação de estruturas organizacionais com modelos de gestão mais democrático e participativo. O que pode resultar em acentuado processo de distribuição de poder no interior das organizações hospitalares, “em princípio, facilitadoras da comunicação entre as várias categorias profissionais, entre as várias unidades

de trabalho e entre as direções superiores e intermediárias e as “bases”, visando à criação de um clima organizacional mais solidário e profissional no intuito de, em última instância, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários” (CECÍLIO, 1997).

Denominado estes modelos mais democráticos e participativos como “modelos gerenciais alternativos”, são possíveis sintetizá-los em:

a) um verdadeiro “desmonte” dos organogramas tradicionais, com a quebra das linhas de mando hierárquicas centradas nos corpos funcionais (direção clínica, de enfermagem e administrativa);

b) ênfase no trabalho das equipes organizadas em unidades de trabalho;

c) comando único das unidades de trabalho por gerentes profissionalizados, com o papel central de ser uma espécie de “animador” da equipe ou um articulador dos vários saberes voltados para a obtenção de produtos de qualidade. Por exemplo, um ato cirúrgico é um produto, fruto de articulação de vários saberes e práticas, que para ser produzido consome produtos que são produzidos por outras unidades de trabalho (roupa limpa, medicamentos, refeições e assim por diante);

d) gestão colegiada do hospital, com a participação dos gerentes de todas as unidades de trabalho, sejam elas assistenciais ou de apoio;

e) gestão participativa nas unidades;

f) ênfase na satisfação dos clientes, tanto interna quanto externa, e avaliação regular da qualidade dos produtos oferecidos e da satisfação dos usuários; pagamento de gratificação por desempenho;

g) ênfase no intenso processo de comunicação lateral (inter-gerentes) como a melhor e mais rápida forma de resolver os problemas do cotidiano. Em outras palavras, “limpar” a agenda da direção superior de problemas que podem ser resolvidos na base da organização.

Na opinião de Kluck e outros (2002), a busca pela qualidade da atenção aos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social, posto que a sociedade esteja exigindo cada vez mais qualidade dos serviços a ela prestados. Desta forma, esta questão tem sido objeto de ampla discussão por parte do governo, dos administradores hospitalares, dos médicos, das indústrias de suprimentos hospitalares, das empresas de consultoria relacionadas e da sociedade como um todo.

Gonçalves (1983, p.49) leva-nos a concluir que “não há uma resposta mágica que defina a estrutura de inter-relacionamento mais correta para aqueles que trabalham nos hospitais. O importante é encontrar uma combinação na qual os elementos organizacionais tenham uma chance ótima de gerência eficiente, sensibilidade para as necessidades e opiniões dos vários grupos operacionais que trabalham na instituição”. Busca-se uma estrutura organizacional que seja compatível com a realidade e especificidade de cada organização hospitalar, de modo a contribuir para uma maior eficiência na prestação dos serviços.

2 PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

Este capítulo aborda a parceria público-privada (PPP) no contexto nacional como uma forma de gestão que pode contribuir para minimizar os conflitos que prejudicam a qualidade em diversos serviços públicos.

Segundo Oliveira e Junqueira (2003), a saúde, empreendimento social de alta complexidade, movimenta grande aportes de recursos econômicos, humanos e materiais em todos os países do mundo. No Brasil, conforme dados da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, o orçamento global do Ministério cresce de forma ascendente, com aumento de 14,9 bilhões em 1995 para cerca de 28,5 bilhões em 2002, quase que 100%.

A administração pública no Brasil que tem como marcos a Reforma Administrativa de 1930 e o Decreto-Lei 200, que primou pela redução dos mecanismos de controle. Para Penteado Filho (1998), a Reforma de 1930 é caracterizada pela implantação do modelo burocrático de administração pública. Tal modelo evoluiu ao longo do tempo conforme o processo de industrialização e acompanhou a complexidade da sociedade e a divisão social do trabalho, conforme preconizou Weber. Assim no Brasil foram alternando as características paternalistas e burocráticas, conforme cada tipo e a região do país.

A partir do governo de Juscelino Kubitschek em 1955, foram observadas mudanças efetivas na reforma administrativa, sendo um momento importante para o desenvolvimento econômico de base industrial e urbana e na instauração do planejamento governamental. Nesse momento surgiu a administração paralela, cuja versão desenvolvida é o Decreto-Lei 200. Para Penteado Filho (1998):

> A sua implantação teve algum sucesso, mas também resultou em diversas distorções, dificuldades de coordenação e conflitos entre a administração

> direta e indireta. No entanto, foi uma experiência pioneira, que antecipou algumas das atuais propostas do modelo gerencial, contribuindo para a expansão de um setor público moderno e eficiente.

Na década de 80, a crise econômica e a redemocratização contribuíram para que os padrões burocráticos tornassem-se mais fracos especialmente na contratação de pessoal que a época era feita sem concurso e nessa condição, sendo que a Constituição de 1988 redefiniu a rigidez burocrática. O diagnóstico desta época é que a crise estatal elevou a crise econômica no país, embora esta não seja a única principal causa das crises internas, mas impõe-se que o Estado não poderia resolver todos os problemas sem intervenção, sugerindo como solução a privatização, parcerias público-privadas e organizações sociais para a melhoria do serviço público.

Existem duas correntes que dão ênfase ao desempenho do serviço público como função do Estado que é capaz de provê-lo: uma delas preconiza que a administração pública pode ser eficaz e que alguns tipos de sistema brasileiros são os mais avançados do mundo, tais como o financeiro e o de saúde. A outra parte da visão de que se pode diminuir o papel do Estado em prol de melhores condições na prestação de serviços (BARBOSA, 2005).

Na primeira corrente, encontram-se Carneiro Júnior e Elias (2003), que acreditam que a modalidade de gestão da Organização Social de Saúde não caracteriza fator limitante para a criação e implantação de políticas públicas de saúde, ao contrário, favorece a eficácia do gerenciamento da produção desse tipo de serviço. Para Barbosa (2005) “a questão central relacionada às OSS encontra-se na capacidade de o poder público fazer valer o interesse geral no estabelecimento dessa modalidade de gestão, retendo e ampliando os espaços de formulação política, fomentando o desenvolvimento de mecanismos gerenciais e o controle público na gestão”.

A segunda corrente considera que a gestão público-privada só vem oferecer melhorias num contexto onde a administração pública não consegue realizar uma gestão eficiente. Tal

constatação fundamenta-se na modificação de paradigma ao longo dos anos 80, cujo foco passou a ser a orientação para o mercado, com mecanismos que adotaram estratégias de *downsizing*, ênfase na terceirização, qualidade total e aprendizagem organizacional.

Para abordar a gestão sob uma parceria público-privada é preciso retomar o contexto histórico em que se desenvolveu esse tipo de modelo no âmbito da saúde no país. Parte-se da crise que ocorreu na década de 70. O Estado de Welafare State tornou-se obsoleto pelo alto custo de manutenção das atividades perante o crescimento epidemiológico e demográfico, que determina algumas mudanças no sistema para que possa ser eficaz e qualitativo.

No Brasil, apesar do surgimento do SUS, criado pela Constituição Federal de 1988, tal sistema possui desafios pela limitação proveniente de problemas no contexto macroeconômico pelos quais passamos na época de sua implementação. A saúde é tida como parte do direito da cidadania, legitimando-se na constituição como bem público, com preocupação cotidiana e política da comunidade, da família, da instituição social de médio e pequeno porte. Isso constata que faz parte tanto da ótica macro-econômica quanto da micro-gestão, o que pressupõe uma mudança de mentalidade passando ao gerenciamento descentralizado, no qual a premissa básica é o fornecimento do serviço por e para servidores, usuários e clientes.

Segundo Silva, Vasconcelos e Mathias (1998), o SUS passou por uma crise que possui causas distintas, que são mencionadas por correntes de pensamento: incrementalista, que considera a causa como o baixo nível de recursos investidos na saúde; a corrente racionalista, que relaciona a falta de eficiência interna do setor; e a corrente explicativa ou estruturalista, que considera impossível conciliar os conflitos entre as forças expansivas do sistema de saúde e seus métodos de controle. A racionalista acredita que solução está contida no controle de custos, ao passo que a estruturalista prevê uma mudança na hegemonia do modelo médico.

Essa mudança de paradigma na concepção de serviços e políticas de saúde a partir da Constituição de 1988 se dá num contexto de crise econômica, social e cultural.

Contudo, deve ser analisada a questão da falta de recursos na saúde pública, uma vez que grande parte da população brasileira depende exclusivamente do SUS, segundo Palermo (2005) por não possuírem plano ou seguro de saúde. Desta forma, a manutenção deste sistema e a defasagem dos salários dos prestadores de serviços comprovam a necessidade de novos métodos de obtenção de recursos de financiamento.

De acordo com Oliveira e Junqueira (2003), o problema é decorrente do modelo de gestão, pois no Brasil são adotados padrões de gestão que refletem amadorismo e desrespeito ao que é "público", devido a ações administrativas que englobam interesses públicos, pessoais e corporativos, determinando a descontinuidade de programas, com prejuízos além do descaso com a qualidade do serviço oferecido, que mostra a falta de comprometimento e a irresponsabilidade com a vida humana no âmbito da saúde, bem como controles inadequados. São mencionados ainda outros empecilhos à construção do SUS, sendo a crise econômica vivida pelo país, além da tradição política de corrupção e impunidade, incentivadas pela imprensa.

Para Barata e Mendes (2006, p.49): “Surgem dificuldades para custeio da rede de serviços de saúde, especialmente da área hospitalar do sistema, de média e alta complexidade, que necessitam de expansão para garantir o acesso eqüitativo da população”. Assim foi necessário buscar novos modelos a partir da instituição das Organizações Sociais, que oferecem um modelo de gestão para os serviços de saúde. O objetivo não é dar solução para os desafios de gestão do SUS, mas permitir à população que tenha atendimento com qualidade, no momento em que precisa, dando ênfase a importância da vida humana, que não pode ser prejudicada por problemas gerenciais e burocráticos.

Em 1995 o Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado elaborou anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais. Esses documentos afirmam que a garantia à eficiência e a qualidade dos serviços devem ser asseguradas através da descentralização da União, Estados e Municípios, buscando parcerias com a sociedade através de contratos de gestão.

Em 1997, por meio da Medida Provisória nº. 1591, estabeleceu-se critérios para definir, sob a denominação de organização social, as entidades que, uma vez autorizadas, estariam aptas a serem "parceiras do Estado", na condução de serviços públicos.

Posteriormente em 15 de maio de 1998, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº. 9637 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais.

Segundo Santos (2006), as organizações sociais foram criadas com o formato de associações civis sem fins lucrativos que nascem do setor privado e que podem realizar a gestão direta ou indireta de entidades públicas.

O objetivo desta Lei foi de "qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde" (art. 1º). Para dar conseqüência, institui o contrato de gestão (Art. 5º ao 10º), "observados os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade" (art. 7º), como instrumento a ser firmado entre o Poder Público e a entidade qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades relativas às organizações sociais. E ainda, assegurar a absorção de atividades desenvolvidas por entidades ou órgãos públicos da União (Art. 20),

que atuem nas atividades previstas na Lei, por meio do Programa Nacional de Publicização, criado mediante decreto do Poder Executivo.

Assim, as OSS foram determinadas para contribuir com a gestão de hospitais públicos, na qual é estabelecida uma quantia financeira previamente combinada para a gestão, contudo, o administrador possui uma receita pré-estabelecida, mas não há equilíbrio entre esta a despesa corrente ao longo do prazo, pois a demanda no setor de saúde público pode exceder, e é quase certo que sempre o faz, o estipulado no orçamento, gerando desafios. Neste sentido, observa-se que sua gestão precisa de particularidades para que ocorra com eficácia e qualidade.

Ficou estabelecido pelas diretrizes da Lei, que para as extinções de serviços públicos e a absorção de atividades e serviços por organizações sociais seriam garantidas a estas as seguintes condições: cessão dos servidores dos quadros permanentes dos órgãos e das entidades extintos de forma irrecusável pelo servidor, com ônus para a origem; garantia de desativação das unidades extintas realizadas por meio de inventário de seus bens móveis e imóveis e de seu acervo físico, documental e material, bem como dos contratos e convênios, com a adoção de providências dirigidas à manutenção, pelas organizações sociais, do prosseguimento das respectivas atividades sociais; transferência imediata dos recursos e das receitas orçamentárias de qualquer natureza, destinados às unidades extintas, para as OSS para a manutenção e o financiamento das atividades sociais até a assinatura do contrato de gestão; abertura de crédito especial junto ao Congresso Nacional; ter adicionada às suas dotações orçamentárias, recursos decorrentes da economia de despesa incorrida pela União com os cargos e funções comissionados existentes nas unidades extintas e créditos orçamentários destinados ao custeio do contrato de gestão para compensar desligamento de servidor cedido.

Pela Lei das Organizações Sociais, ainda há a possibilidade garantida de contratar funcionários sem concurso público, adquirir bens e serviços sem processo licitatório e não prestar contas a órgãos de controle internos e externos da administração pública.

Para Barbosa (2005, p. 240), “as OS devem ser compreendidas como produto de um processo mais amplo que as articula à discussão e aos embates sobre o desenho do Estado, seu papel e suas formas de interação com a sociedade”. Ou seja, a proposta de um modelo de gestão embasado por PPP possui uma abordagem efetiva no que tange as mudanças na configuração do Estado e numa forma nova de estruturação da administração pública.

Analisando os princípios do SUS, que são: universalidade do direito à saúde, integralidade da assistência à saúde e equidade; seus princípios organizacionais: descentralização de ações e serviços de saúde, regionalização e hierarquia da rede de serviços assistenciais e a participação da comunidade na formulação e acompanhamento das políticas do SUS; observa-se a tendência da participação do Terceiro Setor na prestação de serviços de saúde (BARATA; MENDES, 2006).

Segundo Palermo (2005), a transferência de riscos do setor público ao privado nas parcerias representa um de seus maiores requisitos, de forma que sejam alcançados os objetivos de gestão para serviços de alta qualidade a custo baixo para os consumidores-usuários.

A conjuntura nacional propicia a implementação de aspectos e agentes que facilitem e apóiem a administração pública para a captação de recursos e melhorias na qualidade dos serviços prestados, resultando em aumento nos índices de crescimento do país, melhoria de infra-estrutura e conseqüente melhoria na qualidade dos serviços.

A disponibilidade e ênfase do setor privado de equacionar o fator qualidade no seu projeto de forma efetiva é talvez uma das maiores vantagens das parcerias. Num processo de contratação pública tradicional, os órgãos de gestão privados limitam-se a fornecer o objeto

do concurso e entregá-lo ao Estado. Os defeitos, as falhas de concepção, ou as falhas de implementação serão após um período de garantia de responsabilidade do Estado. Nas parcerias ocorre o contrário, a gestão privada fica responsável pelo projeto, tal como a própria o concebeu e implantou.

Para Brito e Silveira (2005), o que se trata de uma expectativa e ocorre timidamente no Brasil, muitos países já adotaram o formato de parcerias público-privadas como meio para diminuir burocracia na obtenção de recursos e na qualidade, bem como viabilizar investimentos para melhorias nas estruturas. Tal pressuposto se apóia na mudança de paradigma com a reforma do Estado, que deixou de ser patrimonial para tornar-se gerencial.

Porém, as vantagens da PPP não se esgotam no aspecto financeiro, mas contempla, sobretudo, uma questão política, que implica fazer escolhas: colocar já ou não à disposição dos cidadãos determinada infra-estrutura pública e fazê-lo gratuitamente ou mediante pagamento, como ocorre em alguns países, tais como os Estados Unidos.

Segundo Barata e Mendes (2006, p.59) “é preciso superar a visão de que um serviço de saúde somente é público, se for administrado diretamente pelo Estado, incorporando mais objetivamente o conceito de Estado formulador, controlador e avaliador dos serviços prestados, em substituição do Estado proprietário, empregador e prestador exclusivo”.

Importa, por isso, não confundir os âmbitos em que essas parcerias ocorrem e compatibilizar as restrições financeiras com as escolhas políticas, como de lançarmos o cuidado com os cidadãos por meio de um instrumento gerencial – a PPP – complementar ao desenvolvimento do país.

Os serviços públicos têm por objeto a satisfação das necessidades dos cidadãos, quer do ponto de vista da quantidade, quer do ponto de vista da qualidade do serviço oferecido. Por essa razão, a administração pública adota instrumentos de gestão tradicional, para avaliar a eficácia das propostas de PPP, que devem incluir como premissa a análise qualitativa a partir

dos aspectos: custo e qualidade, associados à análise quantitativa, que traduz a quantidade de serviços e de pessoas atendidas.

As novas formas de organização do setor público mostram o desafio que existe na abordagem de dois paradigmas, o primeiro burocrático, que representa importante evolução do Estado e sua administração; e outro gerencial, que prevê e supera as dificuldades estabelecidas pela burocracia, por sua lógica e enfoque no controle de procedimentos (BARBOSA, 2005).

Para Barata e Mendes (2006) a utilização das OSS como gerenciamento de prestação de serviços é legítima desde que sejam garantidos os princípios do SUS, o controle por parte dos gestores do sistema e atendimento aos interesses e necessidades da população.

De acordo com Gonçalves (1998), a primeira terceirização na saúde em São Paulo ocorreu no município de São Paulo pela Lei n°11.866/1995 que estabeleceu o Plano de Atendimento à Saúde, no qual as unidades hospitalares do município foram transferidas às cooperativas de médicos, mediante convênios, com a direção, execução e prestação de serviços.

No Estado de São Paulo, a Lei Complementar n°. 846 de 04 de junho de 1998, instituiu uma modalidade de gerenciamento não-estatal em hospitais públicos por meio de entidades privadas sem fins-lucrativos, indo de encontro ao preconizado na Constituição Federal artigo 119, propondo a instituição de um órgão colegiado na estrutura organizacional e cujo instrumento para contratação dessas entidades é o contrato de gestão, além de determinar a criação de uma comissão de fiscalização composta por membros do Conselho Estadual de Saúde.

Em janeiro de 2002, foram criadas as autarquias municipais no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, como solução preliminar para gestão mais eficiente nos serviços públicos de saúde, embasados pela Lei Municipal n°. 3.271, de 4 de janeiro de 2002.

Segundo Ferreira Júnior (2003, p. 245): “a administração pública brasileira, principalmente no setor de saúde, deve ao cidadão um modelo de gestão para servi-lo comprometido com a obtenção de resultados, com o uso correto dos recursos públicos, mas que garanta também a transparência necessária ao controle social e à responsabilização do administrador público”.

O modelo de administração de hospitais públicos através das OSS foi implementado à época da reforma do Estado brasileiro em 1994, de forma a considerar a concessão à administração pública, de instrumentos gerenciais da gestão privada. Com este modelo, segundo Ferreira Júnior (2003), os hospitais passaram a ser administrados por entidades privadas sem fins lucrativos, denominadas como OSS. Para o autor, tal formato de gestão foi criticado por ser considerado pouco transparente e por não permitir o controle social, quando na verdade, é uma forma bem-sucedida pela facilidade de implantação e pelo aumento da qualidade na prestação de serviços.

Para Ferreira Júnior (2003), existem cinco pressupostos da reforma administrativa da saúde no Brasil, dentre eles que a descentralização permite melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados em âmbito local. Segundo que a descentralização com controle social torna-se mais efetiva. Terceiro, a separação clara entre demanda e oferta permite uma concorrência saudável entre fornecedores de serviços médico-hospitalares. Quarto, o sistema de postos de saúde torna eficaz o atendimento evitando desperdícios e internações desnecessárias. Quinto, a auditoria passa a ter caráter complementar entre governo federal, estadual e municipal.

De acordo com a Comissão de Direito do Terceiro Setor (2007) a obtenção da qualificação não é um direito ou opção das entidades, pois, quem qualifica (Ente Público) o faz através de aprovação de critérios de conveniência e oportunidade. Como os critérios não

são objetivos, para alguns juristas isto torna a Lei inconstitucional. A qualificação apresenta algumas vantagens às organizações sociais:

a) habilitar a entidade a celebrar contrato de gestão com a Administração Pública;
b) facilitar a administração de recursos materiais, financeiros e humanos do Poder Público sem a burocracia das normas a ele inerente (o que para alguns juristas é inconstitucional);
c) obter a qualificação escolhida pelo Poder Público e cumprir os requisitos estabelecidos pela Lei das Organizações Sociais de 1998 e pelas respectivas leis estaduais ou municipais.

Segundo Faccenda (2004), a autoridade supervisora (órgão público ao qual está vinculado a organização social) nomeia a comissão de avaliação que deverá encaminhar relatório conclusivo sobre a avaliação do contrato, precedida do relatório de execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados, bem como a prestação de contas correspondente ao exercício financeiro.

Percebe-se que, ao denominar estas entidades de organizações sociais, o Governo pretendia garantir um meio para retirar órgãos e competências da administração pública direta e indireta, além disto, garantir a transferência de seu ativo ao setor privado. No caso da Saúde, a Lei ressalvou que "a organização social que absorver atividades de entidade federal extinta no âmbito da área de saúde deverá considerar no contrato de gestão, quanto ao atendimento da comunidade, os princípios do SUS, expressos no art. 198 da Constituição Federal e no art. 7º da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990".

Para Faccenda (2004) a justificativa do Governo, entre outras, era de que as atividades não exclusivas de Estado podem ser transferidas à iniciativa privada, sem fins lucrativos, sob o argumento de parceria e modernização do Estado, porque esta transferência resultaria em melhores serviços à comunidade; maior autonomia gerencial; maiores responsabilidades para

os dirigentes desses serviços; aumento da eficiência e da qualidade dos serviços; melhor atendimento ao cidadão e menor custo. Além disso, o governo entendia que o Estado havia desviado de suas funções básicas para atuar no setor produtivo, o que teria gerado a deterioração dos serviços públicos e aumentado da inflação.

Com base nesta concepção de Estado e nesta justificação, vários estados (Tocantins, Rio de Janeiro, Bahia, Pará, Roraima, São Paulo e Santa Catarina) e municípios (São Paulo, Cubatão, entre outros) passaram a transferir serviços de saúde a entidades terceirizadas tais como cooperativas, associações, entidades filantrópicas sem fins lucrativos, entidades civis de prestação de serviços, qualificadas como OSS.

Para Santos (2006), a questão associada às OSS no Brasil é a contradição do Estado que ao mesmo tempo defende a criação de entidades que possam ser mais ágeis, menos controladas e amarradas, determina que as entidades privadas que receberem recursos públicos de subvenção estão obrigadas a realizar licitação nos moldes previstos pela Lei 8.666. Isso mostra o paradoxo relativo à gestão na saúde pública, pois a partir da reforma administrativa que previa novo modelo de gestão mais efetivo para avaliação de novas formas de gestão, avaliação e controle dos recursos financeiros públicos, de um lado, enfatiza a burocracia e controle excessivo e outro de controle mais inteligente e novas frentes de gestão.

De acordo com Pastana (2002), a questão relativa à avaliação no SUS foi incluída como parte da agenda pública no Brasil sob influência da diminuição do crescimento econômico, insatisfação da população com governos e movimento de Reforma do Estado, com enfoque na transparência na administração pública, *accountability*, eficácia e eficiência na gestão. Onde o conceito de avaliação perpassa pelo valor atribuído aos serviços e gestão, uma vez que significa atribuir juízo sobre alguma coisa.

É interessante observar que existe uma correlação entre a forma como a avaliação deve ser conduzida, através da medição, descrição e julgamento e a visão tradicional e

gerencialista. Apesar de esta visão avançar no entendimento da avaliação como um instrumento que pode ser utilizado pelo gestor para a melhoria dos serviços e facilitar na tomada de decisão, a forma como deve ser desenvolvida continua sendo baseada na medição, descrição e julgamento (PASTANA, 2002).

O que se percebe com esta constatação é que a avaliação dos serviços de saúde ainda contempla uma análise quantitativa, que se baseia no monitoramento mais do que a qualidade na prestação dos serviços públicos de saúde, mas o que garante a eficácia da gestão deve ser o atendimento as necessidades do usuário, que tem histórico de ser prejudicado pela burocracia aliada ao sistema.

Há uma herança histórica pela predominância da visão tradicional da avaliação na saúde pública e na gestão, baseados no controle, mas percebe-se maior amplitude no tratamento a esta questão com a inclusão das OSS e parcerias. Com a evolução nesse tipo de gestão, o conceito de avaliação aliada ao processo de descentralização vem acompanhando novas abordagens e espera-se que as mudanças ocorram no sentido de que haja incorporação da prática de avaliação de forma gerencialista e democrática.

O aparelho estatal precisaria desenvolver primeiramente, um núcleo burocrático estratégico, que poderia determinar e regular as ações governamentais. O fortalecimento deste corpo burocrático deveria ocorrer conjuntamente à criação de um modelo de gestão orientado por resultados e baseado na contratualização, seja com os órgãos internos ao aparelho estatal, ou com entes públicos não-estatais para os quais seriam delegados serviços, por meio de organização social.

Tal perspectiva pode ser associada ao movimento de inovação social que tem sido alavancado na gestão de saúde pública, sendo definido por Lévesque (2002) três períodos de contribuição para sua promoção:

a) 1º Período – 1968-1975: no movimento de contracultura, a inovação social está aliada nos movimentos contra o consumo de massa e críticas a organização do trabalho;

b) 2º Período – 1975-1985: crise do Estado de Bem-Estar, necessidade de inovação social pela crise e necessidade de domínio para a criação do emprego e desenvolvimento econômico, também envolve iniciativas de desenvolvimento local e de serviços sociais;

c) 3º Período – 1990-2000: ultrapassada a crise, reconhecidas mutações e reconfigurações do Estado, sendo necessárias formas de regulação, coordenação e novos modelos de governança. A inovação social nesse período é parte constituinte da emergência de nova configuração de capitalismo, surgindo novas formas de intervenção, e atores sociais, dentre elas as parcerias com a sociedade civil, a partir das organizações sem fins lucrativos, OSS, organização não-governamental (ONG), dentre outros formatos.

Para Kanamura (2006) a OSS é uma forma para a terceirização da gestão, que se aproxima de PPP, com regras de gestão privada, mas compreensão e mentalidade de administração pública. Na visão de administrador, o apoio de uma fundação pode garantir a emoção do processo de gestão, já a OSS pode garantir uma gestão mais tranqüila, com melhor desempenho, a partir de modelos que racionalizem os processos e assim tendo efetividade. Mas a receita não é simples, pois são estabelecidas metas, que devem ser cumpridas e que estão previstas no contrato de gestão.

Segundo Soares e Campos Neto (2002), estas parcerias não são contempladas no Plano Plurianual pela sua definição, sendo de âmbito social, assim como a saúde, pelo motivo de que os recursos financeiros são alocados pelo governo e a execução da gestão fica a cargo de OSS, ONGs e etc; pois a gestão com entidades sem fins lucrativos não é considerada como parceria. PPPs são definidas por duas características essenciais: estejam direcionadas ao

fornecimento de serviços públicos e proporcionem benefícios ao Estado (população) por meio de complementação aos resultados financeiros.

Também são estabelecidas as características econômicas das PPPs, dentre as quais: participar com fatores de produção; serem selecionadas a partir de processo licitatório ou livre escolha; estabelecer normas que regem as relações de parceria por meio de contrato de gestão e/ou adesão e auferir remuneração financeira pela participação.

Entende-se que as PPP possuem seu conceito bastante definido e transparente quanto as suas funções e diretrizes. A discussão que segue a sua adoção envolve o retorno financeiro do Estado nos empreendimentos em parceria que pode ser mais bem recebido em um valor monetário fixo ou receber remuneração financeira proveniente do resultado operacional do empreendimento. De qualquer forma, a análise permite abordar uma vantagem nesse tipo de gestão, que seja um dos casos de retorno e o Estado poderia se beneficiar.

Soares e Campos Neto (2002) classificam as parcerias em dois tipos: o primeiro adota um contrato padrão para os parceiros privados de forma a apresentar viabilidade econômica, que podem ser por licitação ou escolha livre; o segundo tipo deve ser contratado necessariamente por licitação, não necessitando comprovar viabilidade econômica, mas comprometeriam recursos fiscais futuros.

Estas parcerias são qualitativas nos Estados e União, mas carece de legislação para se tornarem viável e eficaz nos municípios. O Estado de São Paulo tem se beneficiado com este modelo, pois os parceiros envolvidos entendem a missão da OSS. Um exemplo que se coloca em relação à PPP é a alternativa que foi proposta com a criação de fundações de apoio no complexo hospitalar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, dentre elas a Fundação Zerbini em 1978 e a Fundação Faculdade de Medicina em 1986.

De acordo com a visão de Barata e Mendes (2006), com o amadurecimento das relações entre as entidades e os gestores do sistema, a utilização das organizações não governamentais na prestação de serviços de saúde é um instrumento colaborativo efetivo na melhoria da eficiência do sistema, na ampliação de sua cobertura e alcance dos objetivos pela agilidade da gestão privada aos interesses públicos, aumentando a eficiência dos serviços prestados.

Para Santos (2006, p.8): “A experiência das OSS em São Paulo, vista por qualquer ângulo, é uma experiência muito positiva (...) quando se consegue parametrizar e comparar com os gastos de hospitais de administração direta do Estado, elas gastam menos e são mais eficientes, produzem mais por unidade de produção e sem perder a eficácia e efetividade”.

Bueno (2007) realizou um estudo sobre a gestão hospitalar no Estado de São Paulo partindo da hipótese que os hospitais geridos por OSS são mais eficientes que os demais, mostrando que tais parcerias acabam por produzir mais, são mais eficientes na alocação de recursos financeiros e maior produtividade, melhoria da eficiência produtiva nos serviços públicos hospitalares, maior eficiência técnica, apresentando somente como déficit que há menor democratização em relação à publicização dos dados financeiros e produtivos de forma institucional.

O instrumento principal para a gestão público-privada é a criação de contratos de gestão, documento no qual são estabelecidas as regras da parceria, tipos de serviços prestados, volume de dinheiro para o repasse. O contrato de gestão é estabelecido na Constituição no artigo 37 parágrafo 8, que determina que uma lei específica deva regulá-lo, mas no Brasil segundo Santos (2006), este instrumento está mais direcionado para a autonomia gerencial, orçamentária e financeira dos órgãos e entidades de administração direta e indireta, e que poderá ser ampliada mediante contrato de autonomia desde que este ente cumpra determinadas metas, assim sendo um termo de compromisso de metas de desempenho.

Segundo Silva, Vasconcelos e Mathias (1998, p.9), “O contrato de gestão pressupõe uma combinação de custos, transferência e alocação de recursos materiais, humanos e logísticos, deixando a organização dos processos de trabalho e a formulação das estratégias por conta e responsabilidade da instituição contratada”.

Também o artigo 24 da Lei nº. 8080 de 1990, estabelece que o SUS possa recorrer aos serviços prestados pela iniciativa privada, sendo que a utilização destes serviços “será formalizada mediante contrato ou convênio, observando, a respeito, normas de direito público”.

A Comissão de Direito do Terceiro Setor (2007, p. 20) observa que o contrato de gestão “é um acordo operacional (....) pelo qual o Estado cede à entidade qualificada como organização social recursos orçamentários, bens públicos e servidores para que ela possa cumprir os objetivos sociais tidos por convenientes e oportunos a coletividade.”

Para Ferreira Junior. (2003) o contrato de gestão nos serviços de saúde é um instrumento efetivo que garante a transparência de informações e de uso dos recursos públicos, que favorecem o controle social e o adequado uso dos serviços públicos.

De acordo com Gonçalves (1998), desta forma, por meio de contratos de gestão, transferiram-se serviços de saúde públicos à entidade civil, entregando-lhe bens móveis e imóveis, recursos humanos e financeiros, dando-lhe autonomia de gerência para contratar, comprar sem licitação, outorgando-lhe verdadeiro mandato para gerenciamento, execução e prestação de serviços públicos de saúde, sem se preservar a legislação sobre a administração pública e os princípios e diretrizes do SUS.

Faccenda (2004) comenta que ocorreram inúmeras manifestações contrárias e impugnações em razão dessa terceirização de serviços de saúde públicos (quase todos os Conselhos Estaduais de Saúde, inúmeros Conselhos Municipais e conferências de saúde), além de representações junto à Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão e as

Procuradorias Regionais dos Direitos dos Cidadãos nos Estados, por Confederações, Federações, Sindicatos, parlamentares, CONASEMS, entre outros. Em alguns casos, o Ministério Público apresentou ação civil pública contra esse tipo de terceirização, porém apesar de não haver a necessária legitimidade, apresenta-se como uma forma de gestão que vem obtendo sucesso nos locais onde foi instaurada.

Segundo Oliveira e Junqueira (2003) o setor governamental funda-se nas transações de poder que se praticam entre partidos políticos e são geralmente protagonizadas por indivíduos de carreira profissional. Dentro do aparelho de estado e no âmbito dos territórios técnico-políticos, como é o caso da saúde, as disputas partidárias de poder chocam-se com a intenção de privilegiar a competência técnica e administrativa. Não que o técnico e o administrador devam ser alienados da política. Sem dúvida, necessita-se no projeto da saúde, de técnicos e administradores com visão política. Mas, o que muitas vezes se observa é o interesse partidário interpondo-se na busca da competência do serviço em seu compromisso básico com a cidadania. As disputas do poder partidário trazidas para a arena dos serviços de saúde tendem a dificultar a realização de políticas e serviços públicos voltados para a busca da qualidade.

Para Barbosa (2005, p. 244): “O desenvolvimento do conceito de publicização, enquanto forma de incorporação de agentes públicos não-estatais às tarefas do Estado, é o elemento impulsionador do contratualismo como forma de ordenamento das novas relações entre o setor público e o privado”.

Silva, Vasconcelos e Mathias (1998) falam sobre o Acordo de Resultados como uma forma efetiva de contrato de gestão na saúde que preserva o caráter público da instituição, onde são colocados recursos financeiros do Estado, além dos obtidos pelo SUS, para a manutenção dos serviços de saúde, pelo envolvimento com a Secretaria de Saúde do Governo do Estado, como se fizesse parte de sua estrutura. Esta modalidade de contrato visa oferecer

autonomia de gestão aos hospitais para melhoria qualitativa e quantitativa na prestação dos serviços e atendimento a população.

A parceria entre público e privado passou a ter um papel determinante porque as suas escolhas influenciam decisivamente a qualidade dos serviços de saúde. Grande parte do valor dos serviços, em termos de qualidade, está relacionada com a gestão, e não apenas os recursos financeiros de uma parceria estão relacionados.

Palermo (2005) complementa que o contrato de parceria público-privada é a resposta contemporânea a evolução das funções do Estado, numa época permeada por privatizações. Silva, Vasconcelos e Mathias (1998) conceituam o contrato de gestão como uma combinação de custos, transferência e alocação de recursos materiais, humanos e logísticos, deixando a organização dos processos de trabalho e a formulação das estratégias por conta e responsabilidade da instituição contratada.

A vantagem deste tipo de contratualização corresponde ao aspecto que tem sido menos valorizado e conseguido por parte do Estado – a transferência de risco e a sua gestão pelo setor privado. Isso inclui as competências para a execução do serviço, estrutura organizacional, avaliação e melhoria da qualidade, implantação de acreditação, certificação, dentre outros elementos que constituem o processo de gestão. Os contratos de gestão nas PPP garantem a consecução do bem-estar social como uma das melhores respostas obtidas no processo de evolução das funções do Estado contemporâneo a partir das privatizações e parcerias.

Importa igualmente garantir que o setor público consiga transferir risco e melhorar a concepção dos contratos de parceria, dando ao setor privado maior liberdade para apresentar projetos que correspondam às necessidades específicas da área da saúde, otimizando-os em termos de relação custo-benefício, no atendimento com vista a atender os princípios do

sistema público e evitando a necessidade de obtenção de recursos a todo o momento para reequilíbrio financeiro.

Em um estudo realizado no sistema de Saúde do Espírito Santo, Silva, Vasconcelos e Mathias (1998) observaram que uma solução viável e aplicável ao sistema de administração de saúde pública no Brasil é o Acordo de Resultados, que consiste em um contrato de gestão com a peculiaridade de articular o Governo do Estado com sua Secretaria de Saúde de forma a preservar o caráter público da instituição.

A evolução na gestão das OSS em São Paulo pode ser evidenciada por dados referentes à eficácia e eficiência dos gastos públicos, assim como se observa na área de recursos humanos, onde se pode observar que os indicadores mostram as melhorias no desempenho em relação aos hospitais estatais paulistas. O sucesso das OSS é relacionado a três fatores: primeiro, pela flexibilização administrativa, que tem garantido melhor gerenciamento dos equipamentos sociais; segundo, pelo mecanismo do contrato de gestão que contribui com o aumento da capacidade de planejar e executar por meio de metas capazes a serem avaliadas; terceiro, o êxito do modelo de repasse a entes públicos não-estatais foi vantajoso em São Paulo porque foi constituído um núcleo burocrático estratégico na Secretaria Estadual de Saúde, de forma a manter regulação, monitoramento e avaliação moldando o processo de contratualização.

A eficácia gerencial que foi constatada no estudo da gestão em saúde pública pelas OSS, com exemplos das paulistas, mostra-se um fator necessário à amplitude dos estudos nessa área, pois evidencia os problemas relativos ao modelo administrativo brasileiro. Menciona-se que o governo de São Paulo implementou o contrato de gestão para algumas unidades da administração direta como forma de ampliar a qualidade na prestação de serviços com a eficácia produtiva e gerencial.

As PPP têm como um dos principais objetivos vantajosos, a melhora da qualidade para o usuário que receberá a assistência dos serviços. Observa-se assim, vantagem para aqueles que utilizam o serviço.

3 QUALIDADE HOSPITALAR

Este capítulo aborda uma discussão sobre a qualidade na prestação de serviços hospitalares pela criação de valor ao consumidor, visto que, as PPP têm como um de seus diferenciais a ação da qualidade sobre os serviços que presta nos órgãos públicos. Inclui a competitividade, como ponto de partida para a evolução no setor de prestação de serviços. Chequer Neto (2000) “entende-se que os serviços denotam um maior potencial para construir uma vantagem competitiva sustentável do que os produtos, uma vez que a qualidade do serviço prestado é mais difícil de ser copiada em função de outros aspectos ligados a gestão e a cultura das organizações do que meramente aspectos ligados à tecnologia de produção”. Assim, o setor de serviços necessita de: (1) maior flexibilização de estruturas e autonomia para o pessoal de atendimento ao cliente; (2) comprometimento e apoio da alta direção e políticas de recursos humanos consistentes; e (3) avaliação e resultados focados no cliente. Contextualiza o setor de serviços como diferencial competitivo.

A importância do setor de serviços cresceu gradativamente com a evolução do mercado e das estratégias para a criação de valor, partindo do produto, como forma de agregar valor de forma perceptível ao cliente, para alcançar um patamar de que se tornou uma nova mentalidade, e a busca por serviços de qualidade tornou-se aspecto da diferenciação competitiva. A qualidade, nesse sentido, implica que não haja padronização ou industrialização do serviço, mas que este seja customizado, interativo e use intensa tecnologia para eficácia na produtividade e execução.

Os serviços de saúde são considerados essenciais por se tratarem de cuidados à saúde humana para grande demanda de usuários. O fato de que as falhas neste tipo de atividade são embutidas no conceito de qualidade, pois mais do que a insatisfação do consumidor, pode representar graves conseqüências para a saúde da população. Para Souza e Falk (1997): “A

qualidade no atendimento hospitalar aos pacientes internos depende, necessariamente, do conhecimento das necessidades e expectativas do paciente em relação ao serviço hospitalar".

Pela importância da estrutura hospitalar para a qualidade da saúde, especialmente no tocante a saúde pública, observa-se que no Brasil, há disparidade no atendimento entre as regiões, sendo o Estado de São Paulo considerado mais desenvolvido nesse aspecto, pela contribuição das parcerias público-privadas.

Tal habilidade, porém é pouco difundida na administração pública. Tanto é assim que a analogia de que os reformadores atuam no serviço público tais quais antigos sacerdotes que se limitavam à conservação e guarda do templo, pode retratar a realidade do modelo brasileiro de reforma administrativa. Mudam-se as estruturas organizacionais, organogramas, nomes dos órgãos, entretanto seus conteúdos permanecem inalterados.

O setor público veio de um contexto histórico que se caracterizava por valorizar a estabilidade e pela sua tendência de considerar a mudança como uma ameaça a sua identidade e sobrevivência. Em função disso, adotava posições defensivas em face das mudanças, incorporando somente as transformações estritamente indispensáveis. Também a ação gerencial no serviço público parecia limitar-se à função de conservação dos valores organizacionais burocráticos, transitando da área administrativa para a área política.

De acordo com Minotto (2002), antes da Constituição de 1988, a saúde não era direito de todos e a assistência médica era garantida apenas a quem possuía carteira assinada e pagava a Previdência Social. Outros atendimentos somente particulares ou caso sobrasse dinheiro ao Ministério da Saúde, os Hospitais Universitários e os Governos Estaduais e Municipais. A falta de recursos financeiros em conjunto com a crise econômica explicava alguns dos motivos pelo qual o serviço de saúde brasileiro não possuía qualidade: faltavam recursos, os equipamentos eram quebrados ou funcionavam mal, não havia medicamentos, defasagem nas tecnologias, despreparo de pessoal, poucos funcionários para muitas funções e

má remuneração. Desta maneira, com a Constituição de 1988, a saúde passou a ser direito do cidadão, a estrutura hospitalar teve sobrecarga e mostrou um quadro pior do que o anteriormente apresentado.

Em 1976, foi proposta a implantação de uma rede de serviços com foco na atenção primária à saúde, com hierarquização, descentralizações e universalizações, iniciando-se a partir do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. Na década de 80, foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde que, na realidade, nunca foi implantado. Logo em seguida, foi criado o plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdência, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde. Estas ações constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde.

O sistema de prestação de serviços públicos de saúde do brasileiro passa por profundas modificações desde o seu surgimento. O Estado assumiu esse papel, o controle e a oferta de serviços passaram a estar diretamente vinculados ao governo, já que até então este figurava apenas como simples coadjuvante. Com as idéias de Reforma Sanitarista que defendiam uma extensão do atendimento à saúde de toda a população, surgiu o apelo pela melhoria da qualidade e quantidade dos serviços prestados, dada a situação precária em que se encontrava o sistema. Tal apelo teve ápice com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, que foi importante para a definição de um novo modelo, onde se consagrou o princípio pelo Movimento da Reforma Sanitária, completado no ano seguinte com o Sistema Unificado e Decentralizado da Saúde como consolidação das Ações Integradas de Saúde, que teve como diretrizes da universalização, a disposição de reconhecer igualmente o direito de cada usuário no acesso aos serviços, a integralidade dos cuidados, a regionalização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos (MINOTTO, 2002).

Souza (2002) referencia alguns fracassos administrativos, ao dar ênfase nas reformas da administração pública como movimentos que apresentaram algumas características disfuncionais:

a) preocupação em desenvolver um modelo ideal;

b) orientação para os meios administrativos;

c) ênfase exclusiva na estrutura das organizações;

d) falta de estratégia global;

e) uso de abordagens e tecnologias inadequadas;

f) repetição de erros cometidos no passado.

O SUS implantado pela Constituição de 1988, trouxe grandes inovações como a proposta de descentralização da gestão de saúde pública, com aceleração do processo de municipalização visando melhor gestão dos recursos disponibilizados. Nos princípios que regem o SUS, a saúde figura como dever do Estado e direito de todo cidadão, cabendo ao Estado não só o controle, mas a garantia de atendimento a todos os indivíduos.

As funções do hospital foram evoluindo e tornaram-se: prevenir a doença; restaurar a saúde; exercer funções educativas; promover as Pesquisas Básicas (com a finalidade de expansão e aprofundamento dos conhecimentos humanos); Pesquisas Aplicadas; Pesquisas Médicas, atividades de investigação médica relacionadas diretamente com as moléstias, pacientes, diagnósticos e tratamentos, formando investigações com aspectos físicos, psicológicos e sociais da saúde e da doença; Pesquisas Administrativas referentes aos estudos técnico-administrativos do hospital, tais como estrutura orgânica, planejamento, organização e administração, coordenação, avaliação, programas de saúde, recursos físicos, recursos humanos, legislação e outros aspectos.

Para Porter e Steisberg (2007) a estrutura da saúde é o problema central, tendo diversos fatores como responsáveis pela sua ineficiência. Dentre eles, o primeiro mencionado é a comoditização da assistência à saúde, sendo que o setor poderia ser diversos negócios que poderiam, a partir de competição, tornarem-se eficazes, pensando na qualidade e não somente na quantidade de atendimentos. Essa perspectiva associa a redução de custos em curto prazo como um objetivo que não poderia ser concretizado e, além disso, prejudicaria a reabilitação. A competição local oferece ênfase à mediocridade e inibe a inovação e práticas na saúde. Essa postura também influenciou na atribuição de valor dada pelos usuários, que ficou restrita a linhas de serviços abrangentes.

Também são mencionados outros fatores que estão bastante relacionados ao contexto histórico atual, tais como a estrutura errada na prestação de serviços de saúde, como comentam Porter e Steisberg (2007): “As estratégias erradas dos prestadores têm reforçado uma organização de prestação de serviços truncada e em desalinho com o valor. Ironicamente, a pressão para os prestadores oferecerem todos os serviços não foi acompanhada de um atendimento centrado no paciente ou de atendimento integrado no âmbito das condições de saúde”.

A estrutura e consolidação do setor e a forma de gestão que destrói o valor foram citados, tendo como conseqüência propaganda e *marketing* das empresas farmacêuticas direcionados aos consumidores. Aliada a essa relativização da estrutura de prestação de serviços de saúde encontra-se o quesito chave, a informação, que atribui valor e é um dos fatores de complexidade do setor pela modéstia com que são tratados os dados referentes a prestação de serviços de saúde.

Há um grande déficit nas informações básicas e referentes aos resultados, especialmente nos referentes ao diagnóstico, tratamento ou gerenciamento de uma condição de saúde em particular, até mesmo para os médicos. Os dados sobre a satisfação dos pacientes são comuns,

mas com foco na experiência com o serviço e não pelos resultados médicos. “A falta do tipo certo de informação e *feedback* tem causado elevação de custos, mascarado resultados ruins e permitido que prestadores de baixa qualidade e alto custo permaneçam no mercado” (PORTER; STEISBERG, 2007). Esses problemas associados à falta de qualidade na prestação dos serviços de saúde são tratados no nível gerencial, o que leva a compreensão de que a solução destes fatores recai sobre o modelo de gestão adotado.

As atividades do serviço público hospitalar em geral possuem foco na gestão estadual, sendo que a disponibilização de medicamentos para a iniciação, continuidade de tratamentos no pronto ou prolongado atendimento, cirurgias de diversas naturezas e outras atividades de atendimento ao cliente são desenvolvidas dentro do complexo hospitalar e a distribuição de serviços e outros itens medicamentosos para as atividades oferecidas pelo hospital, demonstram ser ineficazes e inoperantes.

Isto se deve à questão de que as verbas disponibilizadas para os serviços públicos são insuficientes na área da saúde, considerando a magnitude do país e sua complexidade, necessitando sempre de aprimoramento contínuo na forma de administrar e utilizar os recursos, em todos os níveis da administração pública hospitalar.

Donabedian (1980) considera um modelo fundamental para avaliação da qualidade hospitalar, sendo que este constitui os conceitos de estrutura, processo e resultado. O primeiro conceito inclui recursos físicos, humanos, materiais, equipamentos e financeiros necessários para a assistência médica e hospitalar; processo é o conjunto das atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde e pacientes, englobando o momento que ocorre o tratamento de saúde e todos os seus aspectos, já os resultados é o produto final da assistência.

A qualidade nos serviços significa dar maior atenção ao cliente por meio do atendimento como uma estratégia para a conquista do mercado. Arroyo e Oliveira (2007) também consideram o fator tempo como forma de oferecer maior satisfação para o usuário.

Por isto, a qualidade no hospital tem o intuito de que o atendimento tenha o tempo, foco e custo adequados e que a prestação de serviços seja eficaz. Só se conseguindo chegar a essa análise se prestar atenção às necessidades e expectativas dos indivíduos.

A eficácia e a qualidade nos serviços de saúde têm início pela adoção de um processo de identificação e solução de problemas, baseados em atividades internas, voluntárias, contínuas e sistemáticas. É preciso que haja uma mudança multidimensional, pelo enfoque do conceito de serviços de saúde e o comportamento de todos os profissionais envolvidos, assim como a estrutura e processo de gestão.

Souza e Falk (1997) apresentam 15 dimensões da qualidade de atendimento ao paciente hospitalar conforme pesquisaram na literatura sobre o assunto:

a) a rapidez no processo burocrático da admissão da internação;

b) gentileza e atenção do recepcionista na admissão para internação;

c) previsão de estimativa de preço;

d) conforto do quarto ou enfermaria;

e) higiene e limpeza dos corredores;

f) alimentação (gosto, aparência e temperatura);

g) visita ao local de internação;

h) menor tempo de permanência no hospital;

i) apoio de assistente social e/ou psicólogo ao paciente e/ou família no período de internação;

j) informação sobre os procedimentos de exames ou do hospital;

l) gentileza e atenção dos médicos e enfermeiras ao responder necessidades, dúvidas e solicitações com rapidez;

m) gentileza e atenção do técnico que realiza exames;

n) procedimentos simples para o pagamento da conta hospitalar.

A partir dessa análise, o administrador de serviços de saúde tem que avaliar os objetivos e implantar as estratégias necessárias para seu alcance, a partir da implementação do planejamento e definição de projetos e métodos de trabalho, avaliando os resultados e corrigindo os setores e procedimentos que precisam de intervenção.

Segundo Souza e Falk (1997) os hospitais públicos no Brasil são equipados tecnicamente de forma satisfatória, mas deficitários na capacitação de pessoal para o tratamento e que o tema deve ser repensado para que não se perca a função social da saúde por incompetência de conhecimentos das expectativas da população.

Para Minotto (2002), o setor de saúde possui características socioeconômicas particulares, de que o cliente dos serviços é o contribuinte e o cidadão, e frente a este desafio, a alternativa mais coerente seria melhorar continuamente a qualidade na prestação de serviços. Outro ponto que argumenta é que não há modelo único no Brasil, as diferenças entre os serviços de saúde conforme regionalidade têm originado respostas com características próprias, a partir de perspectivas que proporcionem processos de melhoria da qualidade hospitalar.

O profissional da saúde, a partir do modelo burocrático de gestão, ficou limitado aos níveis de comando, evidenciando uma visão parcial da prestação de serviços, de onde a abrangência e a visão holística não foram associadas. Foram designadas poucas competências ou o suficiente para tomar suas tarefas eficientes ao máximo possível, exigido pela estrutura funcional do hospital sem, contudo, ter consciência das demais partes que compõem a totalidade do tratamento do ser humano bem como as condições para a criação de valor ao consumo do serviço de saúde.

De acordo com Arroyo e Oliveira (2007, p.13): “A avaliação, pelo paciente, da qualidade do serviço, tornou-se um aspecto importante no processo de tomada de decisão no gerenciamento de hospitais e clínicas. A exposição da avaliação à qualidade dos serviços de

saúde aumenta a probabilidade de obter-se, no final, resultados melhores do que se teria sem ela, e correr o risco de encontrar resultados não esperados”.

Muito tem se falado sobre o assunto, considerando o papel dos usuários como imprescindível para a qualidade nos serviços de saúde, visto que este é o que se beneficiará, mas contemplam maior atenção pela gestão da estrutura, processos e resultados, como colocado por Donabedian (1980). Assim a discussão acerca da assistência médica e hospitalar aos pacientes, que têm uma posição no Brasil não muito favorável, tanto no setor público quanto privado, deve incluir uma mudança de paradigma, do local para o global, do serviço unitário para a competição em serviços na saúde visando o aumento de qualidade e eficácia do setor.

Os gestores hospitalares devem ser direcionados para essa mudança, desenvolvendo uma atitude pró-ativa para analisar a demanda e solucionar problemas internos e externos. Mas principalmente porque o sistema de saúde que temos hoje é resultado de um sistema que foi montado para atender os interesses de poucos que queriam comercializar a saúde, e não as necessidades da população.

Isso significa que a melhoria na qualidade da prestação de serviços da saúde não pode ser responsabilidade exclusiva da área da saúde, ou do Governo e da sociedade, por meio de valores criados a partir do modelo de gestão. Isso supõe uma identificação das necessidades e aspirações dos usuários e que a saúde seja considerada uma finalidade do desenvolvimento econômico social e não apenas um meio.

Na visão que considera a qualidade na saúde como responsabilidade do Estado, o SUS é um sistema que atualmente serve para propor uma reforma na qualidade dos serviços de saúde, pela ótica de mercado e da criação de valor, que deve ser formado um contrato de gestão onde prevaleça a organização de acordo com a mesma sistemática.

Parece que isto é condição *sine qua non* para o desenvolvimento da qualidade nos serviços públicos, mas na prática nem há essa dinâmica. Por falta de conhecimento desse código ou de confiança na eficácia dos órgãos que realizam a gestão, muitos usuários acabam por não exercerem os seus direitos, coniventes com o mau atendimento e a ineficácia.

A idéia de atendimento não-excludente permite o acesso aos serviços de saúde de grande parcela da população que não se enquadrava na condição de contribuinte previdenciário, isto efetivamente representou grande influência nas questões relacionadas à qualidade de saúde da população brasileira. Uma análise dos indicadores de saúde indica que estes apresentam mudanças que, de certa forma, também estão vinculados à ampliação da rede e ao fácil acesso aos serviços, não sendo isto reflexo exclusivo da nova política adotada. O país por outro lado ainda mostra um quadro deficitário das condições de saúde da população, agravado por problemas crônicos como má distribuição de renda e concentração populacional nos centros urbanos.

A complexidade do hospital, que está diretamente ligada a sua capacidade, é o grau de sofisticação tecnológica para a prestação do serviço, incluindo não somente os equipamentos, mas sobremaneira os funcionários, e os profissionais envolvidos no processo. Não há fórmulas pré-estabelecidas para o dimensionamento da infra-estrutura. O alcance da qualidade implica estabelecer um sistema eficaz de gestão, que garanta coesão e uniformidade às atividades da organização; a definição clara dos clientes – que são os diversos usuários dos serviços públicos – e dos resultados por eles esperados; o gerenciamento de informações por meio da geração de indicadores de desempenho; as ações de planejamento e acompanhamento das ações; a preocupação constante com o fazer certo o que é certo da primeira vez, envolvendo, estimulando e desenvolvendo todos os servidores no compromisso de satisfazer ao usuário do serviço público (MEZOMO, 2001).

Para Viana e Fausto (2005), a questão da qualidade na prestação de serviços públicos de saúde perpassa pela ênfase aos custos e na viabilidade dos sistemas de saúde. Foca-se na assistência primária como um meio de melhorar a resposta dos serviços de saúde, de forma a prevenir os problemas ou mesmo tratá-los de maneira efetiva. Porém, o enfoque preventivo requer investimento em tecnologias para o diagnóstico mais precoce e controle. A inclusão da assistência médica como sistema de saúde sustentável para a consolidação da atenção primária na saúde e sua qualidade implica na gestão adequada de recursos para obtenção de investimentos, além de analisar outros meios e formatos para centrar ações e abordagens na satisfação do usuário.

Segundo Falk e Carvalho (2001), se a qualidade é mensurável, ela pode ser expressa em termos de escala, contra a qual um serviço pode ser comparado, indicando sua posição entre o mínimo e o máximo, mas sempre em termos dos padrões definidos para aquele momento. Por esta definição, ainda de acordo com Falk e Carvalho (2001), pode haver uma “melhoria da qualidade” tanto em termos de posição na escala do momento, como em termos de padrões adotados, os quais formam a própria escala para a medição. Observa-se, portanto, a necessidade não só de se identificar a qualidade do serviço ou do atendimento, mas também, qual é o nível esperado pelo consumidor dos serviços de saúde naquele momento, para que se possa garantir a sua satisfação.

Na prestação de serviços, há uma diferenciação entre setores públicos e privados que precisam ser considerados para que se entendam os fatores envolvidos na qualidade da prestação do serviço, para sua produtividade, eficiência e eficácia.

O primeiro elemento é o lucro, pois a finalidade principal das empresas privadas é o lucro, a capacidade de sobrevivência em um ambiente de alta competitividade; por sua vez, a principal finalidade das atividades públicas é prestar serviços à sociedade. Quanto à prestação do serviço, no setor privado, a preocupação em satisfazer ao cliente é baseada na criação de

valor, uma vez que, no setor público está alicerçada no dever. Também no setor privado o cliente remunera diretamente a organização, ele paga pelo serviço recebido; no setor público, a cliente paga de forma indireta, pelos impostos, sem que haja comparação entre a quantidade e a qualidade do serviço que utilizou e o valor do imposto.

Quanto às políticas voltadas para a qualidade no setor privado, são relacionadas às metas de competitividade no sentido da conquista de mercado pela criação de valor, enquanto que, no setor público, a meta é a busca do atendimento a todos os usuários, ao menor custo possível. Por último, considera-se o perfil diferenciado de usuário, entre serviço prestado por setor público e privado, onde o nível de exigência torna-se maior no âmbito privado, pelo poder conferido ao pagamento.

Por se tratar de uma estrutura burocrática, a administração pública desenvolveu um repertório delimitado de percepções, preconceitos e normas, sem o quais não consegue sobreviver. Esta postura apresenta fatores que dificultam os esforços de desenvolvimento da prestação de serviços em âmbito público. Dentre eles destacam-se: a descontinuidade administrativa, ausência de planejamento e treinamento, conformismo funcional, o despreparo gerencial e os feudos políticos. Nessas condições, pela base burocrática, a administração pública parece manter – visando não sofrer inovações – sua estrutura funcional sem movimento e sujeita a copiar as soluções passadas para resolver os problemas atuais.

Este análise pode se dar no tocante a uma postura imatura, aliada ao conformismo funcional, também sendo afetado pelo conformismo dos agentes públicos com as determinações formais da máquina administrativa.

O conceito associado à gestão pró-ativa dos serviços de saúde públicos é o da prevenção. O compromisso com o executar o serviço adequado deve ser um traço da cultura de uma organização pública voltada para a qualidade de sua gestão. Esta postura pró-ativa está relacionada à noção de riscos, mas de que estes possam representar novas oportunidades,

antecipando-se no atendimento às novas demandas dos usuários e das demais partes interessadas. Também implica a prevenção de problemas e a resposta rápida às demandas dos usuários e da sociedade. Leva a não aceitar erros, a não se conformar com a sua ocorrência e a adotar atitudes preventivas.

Conforme Viana e Fausto (2005, p.162):

> A transformação do modelo de prestação de ações e serviços decorre de múltiplas intervenções que devem ter uma direção sinérgica para alocação de recursos financeiros, na forma de organizar os serviços de saúde na forma de abordar os problemas de saúde e na forma de estabelecer a relação direta com os cidadãos aos quais são destinadas ações em saúde. Isso vale para a atenção primária ou para qualquer outra especificidade do cuidado em saúde, independente de sua complexidade e localização no sistema.

A adoção da qualidade como instrumento de modernização da gestão de serviços na administração pública brasileira deverá considerar a sua dimensão formal – que se refere à competência para produzir e aplicar métodos, técnicas e ferramentas – e a sua dimensão política, que está ligada à competência para projetar e realizar organizações públicas que atendam às necessidades dos cidadãos.

O fundamento da gestão pública pela qualidade é o foco contínuo na satisfação do cliente, ou seja, na satisfação do usuário e esse princípio constitui servir ao cidadão e não à burocracia. Isso implica o foco na criação de valor, fundamentado na percepção dos usuários dos serviços prestados.

As pessoas fazem à diferença quando está em jogo a melhoria do desempenho organizacional, a mudança de atitudes e a imagem da administração pública. Elas são o elo para o desenvolvimento da qualidade nos serviços de saúde e necessitam de uma gestão condizente com sua valorização e a percepção que as faça utilizar o serviço de um ou outro hospital.

Larentis e Gastal (2004) consideram que o conceito de valor para o cliente é essencial para a busca de uma vantagem competitiva sustentável e que é necessário que esse valor seja mensurado como forma de mostrar a percepção e a expectativa do cliente sobre o serviço prestado, onde a importância da criação de valor para os clientes está disseminada como crença nas organizações, mas ainda está na sua infância em termos de teoria e de ferramentas para a prática, embora haja dificuldade associada à criação de um construto de valor para o cliente, essa teoria será cada vez mais utilizada para a conquista do mercado, especialmente no setor de serviços, onde a intangibilidade define a criação de valor e a percepção do consumidor são os critérios de avaliação de qualidade.

Sugerem Larentis e Gastal (2004) que deve ser feita a relação entre a criação de valor para o cliente e o valor para os acionistas e como a criação de valor para o cliente pode influenciar na mensuração do valor do cliente para a empresa e a criação de valor para acionista, o que também está associado ao valor financeiro.

A qualidade na gestão dos serviços de saúde públicos depende da capacidade das organizações de funcionarem de forma estruturada, nas quais seus aspectos tenham o foco na satisfação do usuário, a partir da criação de valor. Para isso, é preciso que todos os seus agentes – especialmente gestores – estejam envolvidos e comprometidos com a obtenção dos resultados institucionais e com a implantação de ações contínuas de melhoria. As parcerias público-privadas contribuem nesse âmbito pela postura de melhorar o atendimento por meio de recursos que tornem o serviço com maior qualidade, eficiência e eficácia, aspectos estes que somente podem ser definidos pelos usuários, por sua percepção e pela informação sobre resultados.

O espaço de atuação dos projetos executados para a melhoria da gestão ocorre junto às pessoas internas e externas a instituição – suas atitudes, comportamentos e valores, tornando

essenciais os mecanismos de envolvimento e de participação que favoreçam o engajamento, o convencimento e o compromisso.

A gestão dos processos é considerada outro ponto que merece ênfase, pois os serviços de saúde são criados e avaliados nesse momento, no qual o processo de atendimento ocorre composto por ações necessárias à execução das diversas funções decorrentes da função de cada agente na prestação de serviços de saúde pública.

Uma organização gerenciada por processo tem nele o centro prático da ação e é a partir dele que desenvolve toda a ação de planejamento, execução e controle, para que o fator crítico para o alto desempenho institucional possa representar uma estratégia segura para o alcance de resultados.

Para Porter e Steisberg (2007), realizar uma mudança para a competição baseada em valor é imperativo na prestação de serviços de saúde, tendo início com a definição do negócio e dos negócios relevantes em que se pode competir. Isso inclui alguns fatores:

a) redefinir o negócio em condições de saúde;

b) identificar e determinar a extensão e os tipos de serviços prestados;

c) organizar a atividade em torno de unidades de práticas integradas;

d) criar uma estratégia distinta para cada unidade de prática;

e) mensuração de resultados, experiência, métodos e atributos de valor em cada unidade;

f) adotar fatura consolidada e novas abordagens para cálculo do preço;

g) fazer distinção dos serviços em termos de excelência, singularidade e resultados;

h) crescer localmente e regionalmente nas áreas de maior competência.

Estes fatores estão relacionados ao princípio da melhoria contínua e entende que a procura de novas oportunidades para a produção do serviço considera tanto as melhorias

incrementais quanto às inovações. O modelo de gestão pública a partir de parcerias possui o enfoque de um estilo empreendedor, que busca e estimula o espírito inovador e criativo como estratégia para alcançar os resultados pré-definidos, impregnando na forma usual de funcionamento da prestação de serviços a preocupação com a definição de valor.

Conforme Minotto (2002) a qualidade nos serviços de saúde públicos deverá ser orientada, nos próximos anos, para oferecerem produtos e serviços que atendam às condições exigidas pelos usuários. A adoção de um programa de qualidade deve levar a instituição a um caminho incessante de melhoria nos produtos e serviços, otimizando o desempenho em todos os setores sem que se onere o orçamento previsto.

Um dos focos é oferecer tipos de serviços prestados associados com tipos de pacientes servidos em cada unidade, a partir da identificação de características chave que irão definir um possível comportamento por parte do usuário, de forma que seja possível mensurar sua satisfação e sua percepção de valor.

Deve-se observar o tipo de gestão que está sendo criada no setor público, pois deverá ser mais centrada na valorização das pessoas que trabalham nesse segmento, especialmente sendo a saúde um serviço de alta complexidade, e como os serviços são produzidos e executados por profissionais, o valor é mensurado pelo cliente/usuário a partir do atendimento fornecido por estes profissionais engajados no processo de prestação de serviços de saúde, e pelo desempenho deles terão sua percepção da qualidade, eficácia e produtividade.

4 METODOLOGIA

A qualidade de vida da população é uma busca constante dos indivíduos, das organizações, dos governantes, da sociedade. Isto implica tanto na qualidade dos serviços de saúde oferecidos/ recebidos, como na origem dos serviços prestados, público ou privado.

Visualizando a necessidade de avaliar a gestão de hospitais, esta pesquisa de natureza quantitativa e qualitativa é um estudo de caso, que verificou a eficácia da gestão hospitalar. A pesquisa foi realizada, inicialmente, através de levantamento da bibliografia sobre instituições hospitalares, gestão pública estatal, bem como a gestão de organizações privadas sem fins lucrativos. Com esta bibliografia pretendeu-se identificar estudos e pesquisas sobre a relação público-privada.

Os hospitais sob esta forma de gestão são ainda novos na história brasileira e com número reduzido de anos de experiência. Assim, as organizações escolhidas não possuem cinco anos de atuação, o que não permite visualizar tendências consistentes na análise dos dados. Optou-se por uma instituição que administra ou assessora hospitais em âmbito nacional, apresentando em seu segmento vários métodos de gestão, inclusive o modelo de parceria público-privado - a Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social Hospitalar é uma instituição privada sem fins lucrativos, localizada em São Paulo, com vinte e oito unidades hospitalares sob sua gestão (próprios ou administrados). Entre estes hospitais existem seis unidades em parceria. Para analisar três unidades optou-se pelos Hospitais com maior tempo de experiência neste formato. Importante ressaltar que para cada um destes hospitais a Pró-Saúde necessita constituir uma OSS com a qual, mediante avaliação, o poder público estabelecerá parceria. A partir da definição dos três hospitais a pesquisa se tornou multicaso, ou seja, três organizações sociais, filiais da instituição matriz.

As instituições analisadas são: Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, localizado em Cubatão (SP), com cinco anos de gestão e nível considerável de informações

gerenciais e de produção; Hospital Regional da Transamazônica, localizado em Altamira (PA) com dois anos de gestão; e finalmente o Hospital Regional Público do Sudeste, localizado em Marabá (PA) com dois anos de gestão.

A análise quantitativa contemplou as seguintes variáveis: a) produção assistencial e hospitalar (porcentagem de metas contratuais); b) indicadores assistenciais de qualidade no atendimento (taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, taxa de infecção hospitalar e de mortalidade); c) custos financeiros (comparativo contábil de receitas e despesas, despesas com recursos humanos e honorário médico).

Como o Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva apresenta o maior tempo de existência da parceria, seus resultados foram analisados para verificação deste modelo de gestão e visualização de ocorrência nos dois hospitais com parcerias recentes. Os dados foram levantados tendo como base os seguintes documentos: contratos de gestão; relatórios gerenciais, balancetes contábeis de cada hospital.

Esses dados permitiram a verificação da eficácia da gestão hospitalar estatal pela parceria público-privada.

Além disso, foi realizado também um levantamento qualitativo com efetivação de entrevistas realizadas com aplicação de um formulário. Este formulário foi balizador junto às entrevistas dos usuários dos serviços hospitalares, para possível identificação da melhoria no atendimento prestado pela instituição hospitalar pública estatal, após a mudança de sua gestão por uma entidade privada sem fins lucrativos, com o objetivo de medir a qualidade percebida pelos serviços aproveitados, bem como, observar a diferenciação desta percepção relativa à freqüência de uso. O formulário foi elaborado e pré-testado junto a quarenta (40) pacientes do Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva para verificar sua adequação na captação de resultados confiáveis. O formulário pré-testado foi finalmente re-elaborado, composto de quatorze perguntas fechadas e uma aberta.

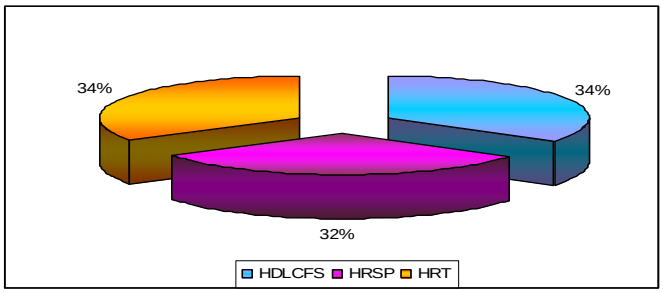
As entrevistas ocorreram durante três dias seguidos, escolhidos aleatoriamente, com pacientes que receberam algum tipo de atendimento. Ocorreram em datas diferentes nos três hospitais, porém, todas no mesmo mês. A entrevista foi realizada no *hall* de entrada, com pessoas atendidas nos mais diversos segmentos do atendimento hospitalar, sem privilegiar um único tipo de atendimento, ou seja, internação, consultas e/ou exames.

A pesquisadora coordenou as entrevistas no Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva. No Hospital Regional da Transamazônica e no Hospital Regional Público do Sudoeste do Pará as entrevistas foram conduzidas por uma coordenadora de campo, responsável pela aplicação do formulário. As entrevistas foram realizadas por três colaboradores em cada hospital. Os entrevistadores foram treinados pela pesquisadora e/ou pela coordenadora de campo quanto aos procedimentos de escolha dos entrevistados e a forma de realização das entrevistas em cada hospital.

Os dados obtidos foram processados mediante a utilização de planilhas do *Microsoft Office Excel*, que permitiram a elaboração de tabelas, quadros e gráficos, bem como avaliação e apresentação estatística dos dados. Para os dados primários obtidos na pesquisa a apresentação ocorreu através de tabelas. Os dados secundários fornecidos pelos hospitais foram demonstrados com quadros.

Foram obtidos 880 formulários respondidos, sendo a divisão eqüitativa nos três hospitais, conforme pode ser observado no Gráfico 1.

Gráfico 1: Porcentagem do quantitativo geral de formulários aplicados/hospital



Fonte: Pesquisa Sobre a Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRT e HRSP - Julho 2008.

A análise ocorreu em duas etapas, sendo a primeira relativa à assistência hospitalar com foco na gestão dos hospitais e a segunda referente à prescrição da qualidade dos serviços prestados pelo hospital sob a ótica do usuário.

5 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Esta pesquisa foi realizada com três hospitais como estudo de caso. Para melhor direcionar os resultados, acredita-se que a caracterização individual é importante para conhecimento e desenvolvimento a posterior dos dados coletados.

5.1 HOSPITAL DR. LUIZ CAMARGO DA FONSECA E SILVA[1] – HDLCFS

Localizado em Cubatão – SP é administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar desde 17 de julho de 2003, através do Contrato de Gestão s/n, habilitado como Organização Social pela Lei Municipal nº 2764/2002. O Contrato é avaliado por Comissão Técnica Municipal instituída por denominação de cargo no contrato.

O contrato de gestão apresenta como valor mensal de custeio inicial o montante de R$ 1.937.000,00, para atendimento às metas contratuais. Esta importância foi repassada integralmente até o sexto mês do contrato, após este período o montante repassado mensalmente corresponde a 90% do valor principal, com repasses a cada quadrimestre dos valores correspondentes ao restante retido de 10% mensal. Estes 10% são variáveis de acordo com as metas atingidas. Os quantitativos estipulados nestas, são computadas a partir do faturamento SUS mensal, ou seja, mesmo que o hospital realize a produção solicitada, se por algum motivo não for possível processar os valores no faturamento mensal, não haverá consideração como objeto cumprido. A análise do atingimento das metas é feita pelo Grupo Técnico de Controle.

O contrato inicial tem duração de 60 meses e foi modificado através do Instrumento de Aditamento Contratual nº. 145 em setembro de 2006, com alteração de valores quantitativos de metas, inclusão de alguns serviços e troca do valor variável para 1% mensal. Em julho de

[1] O Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva será tratado durante a dissertação pela sigla HDLCFS.

2008, com o fim do período contratual, houve a renovação para mais um ano, com alteração exclusiva de período. O contrato apresenta reajustes anuais compostos por dois índices, seguindo o critério de 60% do preço com valor apurado com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor e 40% do preço com o valor apurado com base no Índice de Preços ao Consumidor Ampliado.

Hospital de médio porte, apresentado conforme Quadro 1, atende pacientes oriundos do Pronto Socorro Municipal e do Ambulatório próprio para cirurgias eletivas. Atua como hospital municipal, atendendo toda a rede pública do município. A partir de 2005 abriu as portas também para clientes conveniados e particulares em regime de internação.

As metas contratuais atuais que fazem parte do objeto do contrato são compostas anualmente por 8.220 internações, 6.852 atendimentos ambulatoriais, 169.272 exames externos.

Quadro 1 – Informações gerais HDLCFS

Número de Leitos por clínica		Exames/mês	
Clínica Médica	48	Laboratório	21314
Clínica Cirúrgica	38	Radiologia	663
Clínica Pediátrica	39	Tomografia	297
Clínica Obstétrica/Ginecológica	33	Ultrassonografia	1048
Psiquiatria	4	Mamografia	427
UTI Adulto	7	Hemoterapia	652
UTI Infantil	3	Fisioterapias	852
UTI Neonatal	4	Ecocardiografia	100
Berçário	5	Eletrocardiografia	172
Total	181	Endoscopia	108
		Outros exames	458
Internações/mês	752	Total	26091
Pacientes-dia/mês	3445	Atendimentos ambulatoriais/mês	3552
Cirurgias/mês	274		
		Número de colaboradores	485
Partos/mês	123	Número de médicos	202

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS - Setembro 2008.

Os dados utilizados para compor a análise são a partir de janeiro de 2004.

5.2 HOSPITAL REGIONAL DA TRANSAMAZÔNICA[2] – HRT

Localizado em Altamira – PA é administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar desde 07 de dezembro de 2006, através do Contrato de Gestão nº. 092/2006, habilitado como Organização Social pela Lei Estadual nº. 6773/2005. A avaliação técnica do cumprimento do contrato é feita através do Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitanos e Regionais do Estado do Pará, eleita através de portaria em outubro de 2006. É esta comissão que, além de verificar as metas contratuais, pode indicar modificações no contrato.

O contrato de gestão apresenta como preço mensal o montante de R$ 1.900.250,00, para atendimento às metas contratuais. Deste, 55% devem ser utilizados com custos de internações, 2% com atendimentos ambulatoriais, 7% com atendimentos de urgência, 36% com exames externos. O valor inicial foi repassado integralmente até o sexto mês do contrato, após este período o montante repassado mensalmente corresponde a 90% da importância principal, com repasses a cada trimestre dos valores correspondentes aos 10% mensais retidos. Os 10% são variáveis de acordo com as metas atingidas. Os quantitativos e a análise do atingimento são feitos seguindo os mesmos critérios do HDLCFS.

As metas contratuais que fazem parte do objeto do contrato são compostas anualmente por 2.072 internações, 8.340 atendimentos de urgência referenciados, 12.000 atendimentos ambulatoriais, 293.277 exames.

O contrato tem duração de 60 meses, com renovações anuais. Não há reajustes previstos no contrato. Mudanças em valores podem ocorrer mediante apresentação de solicitação da OSS contratada, com o aval do Grupo Técnico de Controle.

Hospital de médio porte, apresentado conforme o Quadro 2 atende paciente referenciado de outros hospitais e cirurgias eletivas específicas. Apresenta alta complexidade para

[2] O Hospital Regional da Transamazônica será tratado durante a dissertação pela sigla HRT.

acompanhamento de gestação e parto de alto risco, atua como hospital estadual, atendendo somente casos referenciados. Seu atendimento é exclusivo para pacientes SUS.

Quadro 2 – Informações gerais HRT

Número de Leitos por clínica		Exames/mês	
Clínica Médica	20	Laboratório	10569
Clínica Cirúrgica	20	Radiologia	853
Clínica Pediátrica	20	Tomografia	378
Clínica Obstétrica/Ginecológica	10	Ultrassonografia	288
UTI Adulto	8	Mamografia	84
UTI Infantil	4	Hemoterapia	102
UTI Neonatal	5	Fisioterapias	880
Berçário	4	Eletroencefalografia	37
Outros	6	Eletrocardiografia	63
Total	97	Endoscopia	199
		Hemodiálise	172
Internações/mês	242	Outros exames	533
		Total	14158
Pacientes-dia/mês	1903		
		Atendimentos ambulatoriais/mês	2107
Cirurgias/mês	149		
		Número de colaboradores	465
Partos/mês	10	Número de médicos	46

Fonte: Relatório de Atividades HRT – Setembro 2008.

Os dados utilizados na pesquisa são a partir de julho de 2007.

5.3 HOSPITAL REGIONAL DO SUDESTE DO PARÁ[3] – HRSP

Localizado em Marabá – PA é administrado pela Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar desde 03 de julho de 2006, através do Contrato de Gestão nº. 068/2006, habilitado como Organização Social pela Lei Estadual nº. 6773/2005. A avaliação técnica do cumprimento do contrato é feita através do Grupo Técnico de Controle e Avaliação da Gestão dos Hospitais Metropolitanos e Regionais do Estado do Pará, eleita através de portaria em maio de 2006. É esta comissão que além de verificar as metas contratuais, pode indicar modificações no contrato.

O contrato de gestão apresenta o valor de custeio inicial mensal de R$ 2.023.083,00, para atendimento às metas contratuais. Deste, 72,10% deve ser utilizados com custos de internações, 4,49% com atendimentos ambulatoriais, 3,54% com atendimentos de urgência, 19,87% com exames externos. O valor inicial foi pago integralmente até o sexto mês do contrato, após este período é repassado mensalmente 90% do valor principal, com repasses a cada trimestre dos valores correspondentes aos 10% mensais retidos. O valor referente aos 10% é variável, em acordo com as metas atingidas. As metas, as análises de obtenção dos quantitativos contratuais e os reajustes são feitos igualmente ao HRT.

As metas contratuais que fazem parte do objeto do contrato são compostas anualmente por 3.552 internações, 27,000 atendimentos de urgência referenciados, 31.584 atendimentos ambulatoriais, 350.004 exames.

Hospital especializado de médio porte, apresentado através das informações gerais do Quadro 3, atende paciente referenciado de outros hospitais e cirurgias eletivas. Apresenta alta complexidade para ortopedia e parto de alto risco, atua como hospital estadual, atuando somente com casos referenciados. Atende exclusivamente pacientes SUS.

---

[3] O Hospital Regional do Sudoeste do Pará será tratado durante a dissertação pela sigla HRSP.

Os dados utilizados para a pesquisa são considerados a partir de janeiro de 2007.

Quadro 3 – Informações gerais HRSP

Número de Leitos por clínica		Exames/mês	
Clínica Médica	23	Laboratório	17589
Clínica Cirúrgica	31	Radiologia	1532
Clínica Pediátrica	11	Tomografia	515
Clínica Obstétrica/Ginecológica	4	Ultrassonografia	544
UTI Adulto	10	Ressonância Magnética	386
UTI Infantil	9	Hemoterapia	440
UTI Neonatal	9	Fisioterapias	3305
Outros	8	Eletrocardiografia	68
Total	105	Endoscopia	606
		Hemodiálise	12
Internações/mês	334	Outros exames	219
		Total	25216
Pacientes-dia/mês	2529		
		Atendimentos ambulatoriais/mês	3002
Cirurgias/mês	236		
		Número de colaboradores	439
Partos/mês	3	Número de médicos	68

Fonte: Relatório de Atividades HRSP - setembro 2008.

6 RESULTADOS DA PESQUISA

O objetivo deste capítulo é apresentar os resultados da pesquisa sobre a melhoria na prestação dos serviços hospitalares a partir da gestão de hospitais públicos estatais em parcerias com entidades privadas sem fins lucrativos. A análise dos resultados da pesquisa é feito em dois momentos, um analisa a assistência hospitalar e outro apresenta e analisa os dados da assistência na opinião dos usuários dos três hospitais.

Antes de apresentar e analisar é oportuno relembrar as hipóteses que nortearam a busca dos resultados desta dissertação, que pressupõem que a parceria público-privada é um modelo de gestão hospitalar eficaz, bem como, que o usuário dos serviços identifica melhoria na gestão de hospitais estatais após a parceria com entidade privadas sem fins lucrativos.

6.1 ANÁLISE DA ASSITÊNCIA HOSPITALAR

Entre os instrumentos necessários à gerência eficaz dos estabelecimentos, a informação é um insumo importante, desde que, possa ser utilizados para fortalecer o processo de gestão. De acordo com Cherubim (2004, p. 9) “a eficácia em uma instituição, é a arte de obter bons resultados, dentro dos limites em que ela se encontra.” Nesse sentido, buscou-se verificar a eficácia da gestão dos três hospitais[4], HDLCFS, HRT, HRSP, mediante a análise dos resultados da pesquisa. Neste item serão apresentados os dados da pesquisa:

a) Produção assistencial e hospitalar: análise do cumprimento das metas assistenciais que compõe o contrato de gestão;

[4] Os hospitais são denominados por siglas, conforme segue:
HDLCFS - Hospital Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva;
HRT - Hospital Regional da Transamazônica;
HRSP - Hospital Regional do Sudeste do Pará.

b) Indicadores assistenciais de qualidade no atendimento: observação de taxa de permanência, ocupação hospitalar, taxa de infecção hospitalar, taxa de mortalidade geral hospitalar.

c) Custos financeiros: verificação contábil de receitas e despesas, número de colaboradores, enfermeiros e médicos por leito e referidos custos.

Os dados a serem analisados neste item referem-se às informações coletadas e processadas pelos hospitais, objeto desta pesquisa. Essas informações cobrem períodos diferentes, ou seja, no HDLCFS de janeiro de 2004 a setembro de 2008, no HRT de julho de 2007 a abril de 2008 e no HRSP de novembro de 2006 a setembro de 2008.

6.1.1 Produção Assistencial e Hospitalar

Os contratos de gestão são os instrumentos legais que pactuam a parceria e o início do trabalho dos entes privados sem fins lucrativos, denominados organizações sociais de saúde, com o Estado para a gestão de estabelecimentos hospitalares estatais. Estes documentos são compostos por objeto contratual respaldado em prestação de serviços assistenciais, que diferem de acordo com a capacidade instalada nos hospitais, desta forma, em uma análise simplificada, para cumprir o contrato a nova gestora necessita cumprir as metas contratuais.

Quando bem planejados, os quantitativos estipulados nestas metas devem traduzir a necessidade da população que é atendida e a capacidade do sistema de saúde onde o estabelecimento hospitalar apresenta sua demanda que utiliza os serviços. Apresentam-se nos Quadros 4 a 9 as metas pactuadas com, respectivamente, o HDLCFS, HRSP e HRT, bem como sua efetiva produção.

Observa-se no Quadro 4 que, separadamente, os itens contratuais ilustram oscilações ao longo dos anos, com superestimado número de internações nas metas (em nenhum ano houve

obtenção total e no período ocorreu cumprimento de 89,09% dos valores). O inverso ocorre com exames, onde há um valor superior de produção com relação aos objetos pactuados nos cinco anos, exceção feita ao ano de 2007, quando houve queda devido a inúmeros problemas com equipamentos de diagnóstico. Porém, a diferença de maior efeito é com relação às consultas ambulatoriais, com demanda atingindo quatro vezes o valor contratado.

Quadro[5] 4 – Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HDLCFS 2004 - 2008

	2004[6]		2005		2006		2007		2008*		
Especificação	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	Média Período
Internação	721	83,44%	685	90,75%	685	94,78%	685	90,05%	685	86,45%	89,09%
Exames	11.715	136,46%	14106	111,29%	14106	107%	14106	89,61%	14106	132,77%	115,43%
Ambulatório	571	272,57%	571	470,59%	571	402,32%	571	458,57%	571	351,91%	391,19%

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HDLCFS – 2004 a Set. 2008.

* Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a setembro deste ano.

Tem-se no Quadro 5 um crescimento na percentagem de metas atingidas nos três primeiros anos e uma queda nos últimos dois anos, podendo refletir dois pontos contrários: diminuição de oferta devido aos reajustes contratuais serem inferiores à inflação no setor saúde, ou a demanda já está consolidada, ocorrendo maior quantidade de atendimentos nos primeiros anos devido a possíveis demandas reprimidas anteriormente.

Em suma, ao longo de cinco anos, observa-se a obtenção de 95,98% das metas acordadas em 2003.

[5] No decorrer da dissertação será denominado “quadro” a apresentação de dados secundários fornecidos pelo hospital.

[6] Após a implantação do contrato houve repactuação de metas de internação e exames, como forma de adequar à demanda.

Quadro 5 – Valor da Meta Atingida de Acordo com os Critérios Contratuais do HDLCFS[7]

Especificação	2004		2005		2006	
	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido
Internação	R$ 3.836.145,08	R$ 3.200.970,43	R$ 4.359.750,90	R$ 3.956.348,31	R$ 3.867.705,42	R$ 3.665.685,05
Exames	R$ 1.061.063,16	R$ 1.458.116,32	R$ 1.447.891,20	R$ 1.611.317,07	R$ 1.445.780,40	R$ 1.553.124,16
Ambulatório	R$ 34.356,83	R$ 93.647,61	R$ 35.630,26	R$ 167.673,10	R$ 38.028,60	R$ 152.996,43
Valor total	R$ 4.931.565,07	R$ 4.752.734,36	R$ 5.843.272,36	R$ 5.735.338,48	R$ 5.351.514,42	R$ 5.371.805,64
% Total de meta atingida	96,37%		98,15%		100,38%	

Especificação	2007		2008*		Total Período	
	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido
Internação	R$ 4.161.841,52	R$ 3.767.495,61	R$ 3.460.605,18	R$ 2.992.028,27	R$ 19.686.048,10	R$ 17.582.527,67
Exames	R$ 1.573.584,04	R$ 1.410.054,54	R$ 276.787,35	R$ 367.547,63	R$ 5.805.106,15	R$ 6.400.159,72
Ambulatório	R$ 39.966,23	R$ 183.272,80	R$ 11.420,00	R$ 40.190,00	R$ 159.401,92	R$ 637.779,94
Valor total	R$ 5.775.391,79	R$ 5.360.822,95	R$ 3.748.812,53	R$ 3.399.765,90	R$ 25.650.556,17	R$ 24.620.467,33
% Total de meta atingida	92,82%		90,69%		95,98%	

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HDLCFS – 2004 a Set. 2008.

* Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a setembro deste ano.

As metas contratuais do HRSP, conforme Quadro 6, apresentam-se com um formato que está em implantação, de forma mais pontual com relação a exames e ambulatório, onde se observa a demanda aumentando em progressões geométricas. O contrário ocorre com as consultas de emergência e internações, que aparentam estar fixadas. Percebe-se que há diferenças significativas entre o quantitativo contratado e o quantitativo operacionalizado, podendo ser resultante de demanda não existente e/ou estrutura operacional insuficiente (que não é o caso). Mesmo ocorrendo um crescimento, relativamente alto nas metas atingidas com exames, tem-se ainda um lapso entre a produção e a quantidade de usuários. Por ser um hospital com algumas especialidades de alta complexidade, há necessidade de adequação e giro da estrutura, do contrário, o custo pela manutenção do serviço é muito elevado, principalmente quando ocioso.

[7] No HDLCFS as metas contratuais para pagamento são calculadas através de valores de faturamento SUS pela OSS. Após o processamento, são calculados custos médios que multiplicados pela meta pactuada, resultam em valores que serão considerados para cômputo de porcentagem de produção. Este cálculo é utilizado somente para averiguação da porcentagem, que depois de obtida, é calculada multiplicando ao valor principal do contrato, indicando o montante a ser recebido. No cálculo apresentado está sendo considerada a avaliação relativa a metas.

Quadro 6 – Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HRSP[8] 2006 - 2008

Especificação	2006*		2007		2008**		Média Período
	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	
Internação	255	88,44%	330	89,16%	367	90,64%	89,41%
Exames	29092	4,96%	29192	33,65%	29242	54,66%	31,09%
Emergência	1800	14,67%	2400	15,47%	2700	17,44%	15,86%
Ambulatório	2632	22,28%	2632	78,07%	2632	146,39%	82,25%

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HRSP – Nov. 2006 a Set. 2008.

* Os dados de 2006 são referentes ao período de novembro e dezembro deste ano.

** Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a setembro deste ano.

Em comparação ao Quadro 6 e 7, observa-se um lapso na forma de estipular o cumprimento das metas, assim por base contratual há cumprimento de metas superiores a 90% no período, sendo que os valores estão muito aquém deste cumprimento na maioria dos itens.

Este contrato apresenta diferenças quanto a quantitativos e forma de constituição das metas, podendo dar falso significado ao resultado obtido.

[8] As metas iniciais foram contratualmente menores, devido à instalação e implementação de serviços.

Quadro 7 – Valor da Meta Atingida de Acordo com os Critérios Contratuais no HRSP[9]

Especificação	2006*		2007	
	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido
Internação	R$ 2.917.285,68	R$ 2.917.285,68	R$ 17.503.714,08	R$ 17.503.714,08
Exames	R$ 803.973,18	R$ 562.781,22	R$ 4.823.839,08	R$ 3.376.687,36
Emergência	R$ 143.234,26	R$ 100.263,98	R$ 859.405,56	R$ 601.583,89
Ambulatório	R$ 181.672,84	R$ 127.170,98	R$ 1.090.037,04	R$ 981.033,34
Valor total	R$ 4.046.165,96	R$ 3.707.501,86	R$ 24.276.995,76	R$ 22.463.018,66
% Total de meta atingida	91,63%		92,53%	

Especificação	2008**		Total Período	
	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido
Internação	R$ 13.127.785,56	R$ 3.127.785,56	R$ 33.548.785,32	R$ 33.548.785,32
Exames	R$ 3.617.879,31	R$ 2.532.515,52	R$ 9.245.691,57	R$ 6.471.984,09
Emergência	R$ 644.554,17	R$ 451.187,92	R$ 1.647.193,99	R$ 1.153.035,79
Ambulatório	R$ 817.527,78	R$ 817.527,78	R$ 2.089.237,66	R$ 1.925.732,10
Valor total	R$ 18.207.746,82	R$ 16.929.016,78	R$ 46.530.908,54	R$ 43.099.537,30
% Total de meta atingida	92,98%		92,63%	

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HRSP – Nov. 2006 a Set.2008.

* Os dados de 2006 são referentes ao período de novembro e dezembro deste ano.

** Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a setembro deste ano.

Os dados apresentados pelo HRT são de período inferior que aqueles apresentados pelos demais hospitais, pois ainda não apresenta um tempo considerável de contrato para análise, porém apesar do prazo, optou-se por sua manutenção no estudo, sobretudo pela avaliação dos usuários, que tiveram como referencial um hospital onde a modificação na gestão ainda é recente.

Percebe-se no Quadro 8, que os valores de metas contratuais estão adequados ao público atendido no que diz respeito à consulta de emergência e ambulatoriais. Com relação às internações, o período ainda é curto para avaliação da demanda. No entanto, com relação ao número de exames há um percentual muito inferior sendo realizado, e que o valor está estável no período, provavelmente, por ser referente à estrutura implantada. Acredita-se que,

[9] O contrato é calculado levando em consideração que o valor total é constituído da seguinte forma, 72,10% internação, 4,49% ambulatório, 3,54% urgência e 19,87% exames. Após os valores de produção atingidos há a compensação dos valores contratuais em acordo a estas divisões e a distribuição de metas segundo os critérios: Cumprimento de mais de 100% - recebimento do valor total; cumprimento de 85 a 100% metas – recebimento do valor total; cumprimento de 70 a 84,9% metas – recebimento de 90% do valor contratual; cumprimento de menos de 70% metas – recebimento de 70% do valor contratual.

mesmo com a implementação de novos serviços, com existência de demanda de serviços reprimida, será difícil aumentar a produção em quatro vezes, exceto se novas demandas forem direcionadas a este hospital**.**

Quadro 8 – Meta mensal contratada e meta anual atingida segundo classificação de serviço do HRT[10] 2007 - 2008

Especificação	2007*		2008**		Média Período
	Meta Mensal	Meta atingida anual	Meta Mensal	Meta atingida anual	
Internação	78	180,01%	268	82,93%	131,47%
Exames	14340	23,60%	34540	23,56%	23,58%
Emergência	430	66,82%	460	120,11%	93,46%
Ambulatório	1000	85,77%	1000	176,60%	131,19%

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HRT – Jul. 2007 a Abr.2008.

* Os dados de 2007 são referentes ao período de julho a dezembro deste ano.

** Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a abril deste ano.

Conforme o Hospital de Marabá, o contrato, de acordo com o Quadro 9, apresenta, cerca de 85% de metas atingidas no período, no entanto, observa-se que os valores em todos os demais quesitos são superiores, exceto em exames. Com esta constatação, observa-se que o contrato tende a ser contrário tanto quando o hospital realiza mais metas ou menos metas. Concluiu-se assim, que só há estabilidade quando ocorrer o equilíbrio.

[10] As metas iniciais foram contratualmente menores, devido à instalação e implantação de serviços.

Quadro 9 – Valor da Meta Atingida de Acordo com os Critérios Contratuais no HRT[11]

Especificação	2007*		2008**		Total Período	
	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido	Valor contratado	Valor atingido
Internação	R$ 7.315.962,50	R$ 7.315.962,50	R$ 4.180.550,00	R$ 3.762.495,00	R$ 11.496.512,50	R$ 11.078.457,50
Exames	R$ 4.788.630,00	R$ 3.352.041,00	R$ 2.736.360,00	R$ 1.915.452,00	R$ 7.524.990,00	R$ 5.267.493,00
Emergência	R$ 931.122,50	R$ 651.785,75	R$ 532.070,00	R$ 532.070,00	R$ 1.463.192,50	R$ 1.183.855,75
Ambulatório	R$ 266.035,00	R$ 266.035,00	R$ 152.020,00	R$ 152.020,00	R$ 418.055,00	R$ 418.055,00
Valor total	R$ 13.301.750,00	R$ 11.585.824,25	R$ 7.601.000,00	R$ 6.362.037,00	R$ 20.902.750,00	R$ 17.947.861,25
% Total de meta atingida	87,10%		83,70%		85,86%	

Fonte: Prestação de Contas Contratuais HRT – Jul. 2007 a Abr.2008.

* Os dados de 2007 são referentes ao período de julho a dezembro deste ano.

** Os dados de 2008 são referentes ao período de janeiro a abril deste ano.

Após esta análise, percebe-se que os pontos principais abordados se referem à produção assistencial e hospitalar que analisada através do cumprimento das metas contratuais dos hospitais, permite inferir que o contrato de gestão do Pará precisa ser mais bem adaptado a demanda que utiliza o serviço dos hospitais com parceria, para que ocorra o equilíbrio financeiro e de produção. Além de que, os contratos de gestão não seguem os mesmos parâmetros, o que dificulta a análise mais criteriosa de possíveis comparações.

6.1.2 Indicadores assistenciais de qualidade no atendimento

Os três hospitais estão em processo de obtenção da certificação de Acreditação Hospitalar Nível 1, concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA)/Ministério da Saúde. Para atingir este título o hospital precisa cumprir com todos os itens referentes à segurança e estrutura, previstos pela Legislação Brasileira, tendo como instrumento orientador o Diagnóstico Organizacional Simplificado, um manual que indica os pontos a serem

[11] O contrato é calculado levando em consideração que o valor total é constituído da seguinte forma, 55% internação, 2% ambulatório, 7% urgência e 36% exames. Após os valores de produção atingidos há a compensação dos valores contratuais em acordo a estas divisões e a distribuição de metas segundo os critérios: Cumprimento de mais de 100% - recebimento do valor total; cumprimento de 85 a 100% metas – recebimento do valor total; cumprimento de 70 a 84,9% metas – recebimento de 90% do valor contratual; cumprimento de menos de 70% metas – recebimento de 70% do valor contratual.

observados por áreas e que está moldado às leis, normativas e outros instrumentos relativos à saúde, vigilância sanitária, órgãos do trabalho.

O objetivo maior é dar qualidade aos serviços oferecidos à população que utiliza os hospitais. Os processos seguem nos três estabelecimentos, com objetivo de em 2009 obterem os títulos e a, consequente, melhora contínua da qualidade da assistência.

De acordo com Cherubim (2004) em um hospital a eficácia está ligada intrinsecamente à qualidade. Ela será tanto melhor quanto ao desempenho dos elementos físicos, humanos, organizacionais e financeiros. Assim, para observar a manutenção e melhoria desejada, uma forma de analisar o processo instituído é através de indicadores. Foram eleitos alguns, a saber: média de permanência, porcentagem de ocupação, taxa de infecção hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar.

A média de permanência e taxa de ocupação são relevantes quando analisada a utilização dos leitos hospitalares. A primeira é a relação entre o total de pacientes-dia [12]e o total de pacientes que tiveram saída em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital. Já a taxa de ocupação é a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia [13]em determinado período.

Observa-se no Quadro 8 que houve uma queda na média de ocupação do HDLCFS ao longo dos últimos três anos, o processo ocorreu tendo em vista o aumento de número de leitos oferecidos, visto que, houve a implantação de 30 leitos para atendimento de pacientes de convênio de 2005 para 2007, que não possuem uma ocupação e um giro de leito semelhante àqueles apresentados pelos usuários SUS, bem como, não há demanda compatível. A média de permanência neste hospital é de 4,64%.

---

[12] Paciente-dia: unidade de medida que representa a assistência prestada a um paciente ocorrer no mesmo dia da internação.

[13] Leito-dia: unidade de medida que representa a disponibilidade de um leito hospitalar de internação por um dia hospitalar.

No HRT houve um aumento na média de ocupação de 60,2% e o tempo de permanência também aumentou, como este hospital atende pacientes referenciados, geralmente de alta complexidade, isto explica o valor elevado da permanência no hospital.

Já o HRSP apresenta uma média de ocupação dentro dos parâmetros desejáveis para o bom equilíbrio de atendimento e custos. Como ocorreu a diminuição na média de permanência, houve influência direta na queda da ocupação.

De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS a média de permanência de pacientes SUS de janeiro a dezembro de 2007 foi de 5,8 dias, sendo que, na região sudeste a média foi de 7,1 dias e região norte 4,0 dias. No caso observado os valores apresentados são inversos, com média inferior a 5,0 dias em São Paulo, e com mais de 7,5 nos hospitais do norte. Porém, a complexidade apresentada nos hospitais é um referencial desta diferença, pois quanto maior a complexidade, maior a permanência.

O HDLCFS e o HRT possuem um número maior de leitos do que o quantitativo de pessoas atendidas, pois a porcentagem de ocupação é baixa, em 2008 estão com menos de 70% de utilização efetiva. Observa-se em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde de 1999 que a média de ocupação dos hospitais brasileiros é de 46%, com variação de 45% no Norte e de 54% no Sudeste. Utilizando este parâmetro, os hospitais estão acima do nível nacional, porém, cabe lembrar que, um leito significa custos, quanto maior o número de leitos, maior o custo operacional. Este é um indicador que poderia ser mais bem utilizado para rever contratos e dimensionamento de custos.

Quadro 10 – Comparativo de Médias de Permanência e Taxas de Ocupação dos Hospitais.

HDLCFS		
Ano	Taxa de Ocupação (%)	Média de Permanência (dia)
2004	76,26	4,94
2005	72,61	4,60
2006	75,25	4,56
2007	67,96	4,47
2008	61,41	4,62
Média	70,70	4,64
HRT		
2007	39,50	7,09
2008	65,61	8,12
Média	52,56	**7,60**
HRSP		
2007	85,28	9,38
2008	80,40	7,75
Média	82,84	**8,56**

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

A qualidade dos serviços hospitalares é mais fortemente observada através das taxas de infecção hospitalar e mortalidade geral, pois mede o quanto a assistência é oferecida diretamente sobre o paciente. A última é a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. De forma simplificada, mede a proporção de pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

A taxa de infecção hospitalar está relacionada à hospitalização de um paciente ou aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos praticados. A infecção hospitalar é em sua maioria endógena e independe do meio ambiente. De acordo com Hinrichsen (2004) é “qualquer processo infeccioso adquirido no ambiente hospitalar, diagnosticado principalmente durante sua internação, mas que pode ser detectado após a alta e atingir também qualquer outra pessoa presente no hospital”. O grande problema é que um paciente com infecção é três vezes maior

que o custo dos clientes sem infecção. O índice de infecção dos hospitais brasileiros é de 15,5% das internações, e quando observados somente hospitais públicos a taxa de prevalência sobe para 18,4% (PRADE, 1995).

No Quadro 11, observa-se que a taxa de infecção hospitalar é maior nos hospitais do Pará, sendo mais expressiva no HRSP, principalmente por apresentar alta complexidade em ortopedia, ou seja, pacientes que ficam um longo período no hospital, realizam cirurgias complexas, utilizam a UTI, e estão propensos a desenvolver infecções dentro do hospital.

Observa-se ainda que, no HRSP e HRT, que também apresentaram taxas maiores que do HDLCFS há realização de partos de alto risco, que envolvem maiores taxas de infecção com relação à puerpera e ao bebê. Porém, tem-se a constatar que as taxas praticadas, são bem inferiores àquelas apresentadas na média nacional.

As mesmas justificativas que equivalem aos maiores riscos de infecção hospitalar, são relativos também quando analisadas as taxas de mortalidade hospitalar, bem como, os próprios pacientes que adquirem infecções estão mais propensos a compor estas taxas. Assim, observa-se na Tabela 9 que as taxas de mortalidade dos hospitais da região norte são bem mais elevadas que do hospital da região sudeste. De acordo com o Sistema de Informações Hospitalares do SUS a taxa de morbidade média brasileira em 2006 era de 3,30% dos pacientes internados. A partir deste referencial, percebe-se que o HDLCFS possui uma taxa compatível com a média nacional e que os hospitais do Pará estão com resultados quatro vezes superiores, apesar das justificativas do público atingido, da região geográfica, ainda é preocupante, porém, de acordo com Abelha e outros (2006) as internações prolongadas são mais assíduas nos pacientes mais graves à admissão e estão associadas às maiores taxas de mortalidade hospitalar. A mortalidade hospitalar é também mais freqüente em pacientes submetidos às cirurgias de emergência e de patologias de alto risco.

Quadro 11 – Comparativo de Taxas de Infecção Hospitalar e Taxas de Mortalidade Geral dos Hospitais

Ano	Taxa de Infecção Hospitalar (%)	Taxa de Mortalidade Geral (%)
HDLCFS		
2004	1,16	3,73
2005	0,77	3,5
2006	0,88	3,73
2007	1,08	3,7
2008	1,35	3,73
Média	1,04	3,68
HRT		
2007	2,67	14,83
2008	3,69	11,1
Média	3,18	12,97
HRSP		
2007	6,54	16,95
2008	5,31	10,13
Média	5,93	13,54

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

Percebem-se que os fatores mais pontuais referentes a este item analisado, diz respeito à observação de médias de permanência mais elevadas nos hospitais do Pará do que na região Sudeste, contrariando resultados apontados em levantamentos regionais do Sistema de Informações Hospitalares do SUS referentes a 2007. Porém, importante lembrar que, estes hospitais apresentam complexidade maior. Tem-se ainda a considerar que as médias de ocupações, também são um indicador assistencial de qualidade no atendimento são superiores que as apresentadas em nível nacional nos três hospitais, o que é um bom resultado, porém, principalmente no HDLCFS e HRT (70,7% e 52,56% respectivamente), estes apontamentos devem ser considerados, visto que, representam leitos em demasia nestas instituições e que há possibilidade de modificação no dimensionamento destas unidades. Importante lembrar, que leito parado representa custos operacionais, neste caso, perdidos.

Outro ponto importante apresentado é que o HRSP e HRT apresentaram taxas de infecção hospitalar superiores às do HDLCFS, visto a realização de procedimentos de alto risco, que estão diretamente ligados a maiores taxas de infecção. Apesar disto, constatou-se

que, as médias apresentadas são muito inferiores àquelas apresentadas na média nacional dos hospitais, chegando a ser quatorze vezes menor no hospital de Cubatão. As taxas de mortalidade hospitalar apresentam resultados semelhantes.

6.1.3 Custos financeiros

Para analisar se a gestão é eficaz, temos que obrigatoriamente, identificar sua saúde financeira. Não se pretende, entretanto, analisar aqui detalhes contábeis, pois nosso caso é a gestão de forma geral e não somente os valores econômicos. Desta forma, optamos por três dimensões, as receitas e despesas, e os custos com recursos humanos próprios e com médicos contratados.

Importante observar que, os serviços médicos não são contratados com carteira assinada, são a partir de empresas médicas (prestadoras de serviços jurídicos), assim, os hospitais não precisam pagar os impostos inerentes aos encargos com funcionários, bem como, a responsabilidade do serviço contratado não recai somente sobre um médico, mas com um grupo de profissionais que precisam cumprir com o que foi acordado em contrato.

No Quadro 12, tem-se uma demonstração dos valores relativos às receitas e despesas dos hospitais, sendo que as receitas são compostas pelo valor de custeio (valor repassado pelo órgão público pela prestação de serviços contratuais) e por outras despesas. Estas últimas podem ser oriundas da realização de outros serviços que o contratante solicita ao contratado e que não consta do contrato (que são esporádicos e/ou permanentes), como campanhas de realização de exames, contratação de equipes de PSF por determinado período, entre outros.

Os valores referentes ao custeio são reajustados anualmente de acordo com os índices acordados e constantes do instrumento contratual. Assim, em Cubatão, de acordo com o

contrato, e no Pará através de acordos anuais, conforme observado nos valores de custeio do Quadro 12, há reajustes observados em todos os hospitais e anos no valor de custeio.

No HDLCFS nos anos de 2005 a 2006 houve redução do valor, tendo em vista a modificação de alguns serviços que foram retirados do objeto contratual. Isto ocorreu através da análise da Comissão Avaliadora Municipal, que observou a não necessidade de manter alguns serviços e em acordo com a OSS foram repactuados, ficando o valor principal menor que o contrato original.

Quadro 12 – Demonstrativo Contábil das Receitas e Despesas dos Hospitais

HDLCFS				
	RECEITAS (R$)			
ANO	CUSTEIO	OUTRAS	TOTAL	DESPESAS (R$)
2004	2.170.479,36	72.232,44	2.242.711,80	1.942.922,43
2005	2.267.532,24	82.065,17	2.349.597,40	2.015.914,75
2006	2.102.933,32	433.755,12	2.536.688,44	2.474.235,14
2007	2.113.002,31	564.891,73	2.677.894,04	2.530.180,30
2008	2.200.859,99	551.826,10	2.752.686,09	2.761.191,26
HRT				
2007	2.399.666,67	41,33	2.399.708,00	2.549.933,67
2008	2.453.442,86	35.686,15	2.489.129,01	2.700.077,89
HRSP				
2007	1.913.025,00	214.017,33	2.127.042,33	2.227.199,83
2008	1.917.000,00	213.032,66	2.130.032,66	2.581.490,94

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

Na análise da viabilidade financeira, observa-se pelo Gráfico 2, em particular no HDLCFS que após cinco anos de contrato, há uma defasagem no valor contratual, principalmente, porque os valores de reajustes não acompanham a mesma progressão das despesas, conforme Quadro 12.

Os contratos são realizados com previsão de aumentos relativos ao dissídio coletivo de funcionários, inflação, depreciação, porém cinco anos é um universo considerável e demonstra a eficácia da empresa com o planejamento de valores, no entanto, há necessidade

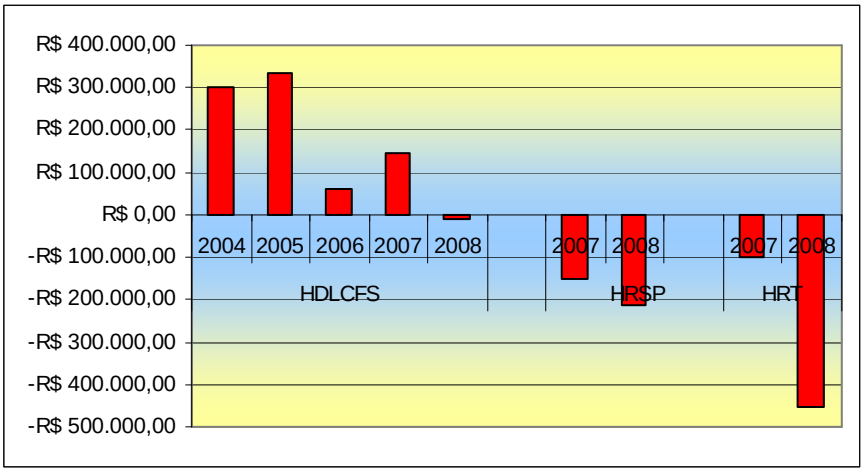
de novos valores a serem acordados para não prejudicar a qualidade dos serviços em função da não garantia da saúde financeira.

Constata-se no HRT e HRSP um resultado negativo nos períodos contratuais, sendo que estes valores podem significar diversos fatores, como a consideração do cumprimento de metas superior ao estabelecido, incorporação de atividades esporádicas constantes ou por períodos elevados, ou mesmo, demanda não existente com incorporação de serviços necessários, porém, ociosos. Em acordo com os dados administrativos, observa-se que por se tratar de instituições novas, a demanda não estava estabelecida adequadamente, bem como o provável direcionamento de pacientes de regiões próximas. O custo para encaminhamento de profissionais médicos habilitados é muito superior devido ao deslocamento da região. Tendo como base estes dois hospitais, um fator relevante a se observar é a parceria da Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar com outro grande hospital do Governo do Pará, este com alta complexidade e valores já atrelados à realidade da região.

Tem-se a apontar que o Brasil é um país com extensa área geográfica e com várias diferenciações culturais, econômicas, de distribuição de renda e populacional. Enquanto a região Sudeste apresenta um nível educacional, de renda e desenvolvimento considerável alto, com acesso a serviços, tecnologias e maior equidade social, a Região Norte (apesar das melhorias ocorridas nas últimas décadas) ainda apresenta diferenciações significativas, com população humilde e baixo acesso à saúde, educação e desenvolvimento social. Por outro lado, é importante observar que há interesse do Estado na mudança, como observado com estes dois hospitais de grandes portes instalados em regiões desprovidas desse acesso. Assim, a OSS está se adaptando a um novo público e a parceria propícia resultados a todos: Governo que disponibiliza a população um serviço antes não existente, a OSS que se adapta a nova configuração da região, a sociedade que vê o SUS sendo efetivado através de maior acesso e equidade no atendimento.

Importante observar que para apresentar uma posição que permita o seu equilíbrio e atualização estrutural e tecnológica, o resultado necessita ser favorável. Do ponto de vista econômico-financeiro, os hospitais maiores podem ser descritos de acordo com Martins (1999) como grandes empresas, pois seus ativos, passivos, custos e despesas operam somas de milhões. Por outro lado, hospitais são recursos necessários à comunidade e devem ser administrados para gerar os serviços que dela necessitam, com o menor custo possível e nível de qualidade máximo, para que se perpetuem e remunerem adequadamente os fatores de trabalho e capital.

Gráfico 02 – Resultado dos exercícios contábeis dos hospitais



Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

Analisando o Quadro 13, percebe-se que no HDLCFS houve uma queda no quantitativo de funcionários entre os anos de 2005 e 2006, pois como já comentado houve troca de alguns serviços contratuais, o que reduziu custos, valores contratuais e recursos humanos. No ano de 2008, com o objetivo de melhor garantir segurança aos serviços prestados e obter certificações (Acreditação hospitalar e Hospital Amigo da Criança, títulos concedidos, respectivamente, pela ONA/Ministério da Saúde, UNICEF/Ministério da Saúde), houve novo aumento de funcionários. Porém, há um equilíbrio no número de recursos humanos próprios, com um crescimento em custos de 16,20% (incluídos impostos).

Importante lembrar que empresas sem fins lucrativos possuem isenção de alguns impostos relativos à folha de pagamento.

Nos hospitais do Pará, observa-se um aumento no número de funcionários de um ano para o outro, justificado através do contrato de ambos que prevê no contrato o escalonamento de suas atividades, assim, no princípio havia um quantitativo inferior de internações, atendimentos de urgência, ambulatório e exames. Ao final do primeiro ano a capacidade operacional estava implantada. Isto explica a diferenciação com relação aos custos, e provavelmente no HRSP ocorreu contratação de mão-de-obra mais operacional no segundo momento (com custo inferior) e no HRT ao contrário, com contratações de profissionais com maior qualificação profissional, o que indica o valor superior de custos.

Quadro 13 – Relação entre Número de Funcionários por Despesas por Custo Unitário

Ano	Número de colaboradores	Despesas com colaboradores (R$)	Custo médio unitário (R$)
HDLCFS			
2004	486	664.782,58	1.369,27
2005	491	702.029,70	1.430,04
2006	472	726.376,10	1.537,85
2007	472	708.254,67	1.501,07
2008	485	771.339,90	1.590,94
HRT			
2007	380	648.587,67	1.708,31
2008	465	602.282,33	1.296,43
HRSP			
2007	371	472.087,08	1.271,33
2008	439	600.144,96	1.367,07

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

Percebe-se no Quadro 14 que o número de médicos é muito superior no HDLCFS que no HRSP e HRT, mesmo sendo o número de leitos no primeiro maior que nos demais. Percebe-se que nos hospitais do Pará o custo dos honorários médicos é consideravelmente

mais elevado, visto que, pelos poucos médicos existentes na região, há necessidade de recrutamento de empresas médicas na região sudeste que são deslocadas para este região.

Outro fator importante é que nas especialidades de Cubatão há vários médicos para compor as equipes, o que não ocorre no Pará, onde as equipes são reduzidas. Para conhecimento, os reajustes nos contratos anuais com médicos são semelhantes aos reajustes do contrato principal da OSS com o contratante estatal.

Quadro 14 - Relação entre Número de Médicos por Despesas com Honorários Médicos por Custo Unitário

	Número de Médicos	Despesas com Honorários Médicos (R$)	Custo médio unitário (R$)
HDLCFS			
2004	147	450.167,20	3.062,36
2005	162	496.951,61	3.061,30
2006	184	556.485,21	3.023,01
2007	229	617.691,69	2.696,36
2008	202	585.013,72	2.903,29
HRT			
2007	34	409.169,83	12.214,02
2008	46	849.815,29	18.647,98
HRSP			
2007	63	619.715,25	9.889,07
2008	68	741.059,18	10.858,01

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

Reforçando estes dados observamos no Quadro 15 que há em média 1,18 médico/leito em Cubatão, 0,41 em Altamira, 0,62 em Marabá. Com relação aos enfermeiros o número se modifica, enquanto na primeira a média é de 0,20 enfermeiro por leito, no HRT é de 0,25 e no HRSP é de 0,30. Quando considerado os demais colaboradores a segunda sentença se repete, com 2,88 funcionários/leito em média no HDLCFS e, de respectivamente, 4,10 e 3,58 funcionários/leito no HRT e HRSP.

Quadro 15 – Comparativo do Número de Funcionários, Médicos e Enfermeiros por Leito.

HDLCFS			
Ano	Médico/Leito	Enfermeiro/Leito	Colaborador/Leito
2004	1,04	0,21	3,23
2005	1,15	0,21	3,26
2006	1,25	0,21	2,99
2007	1,34	0,18	2,59
2008	1,11	0,19	2,48
Média	1,18	0,2	2,88
HRT			
2007	0,35	0,2	3,71
2008	0,47	0,29	4,5
Média	0,41	0,25	4,1
HRSP			
2007	0,6	0,29	3,29
2008	0,65	0,31	3,87
Média	0,62	0,3	3,58

Fonte: Relatório de Atividades HDLCFS (2004 a 2008), HRT e HRSP (2007 e 2008).

As considerações mais pertinentes referentes a este item relativo aos custos financeiros e recursos humanos, são com relação à estrutura econômica financeira apresentada, onde se percebe que, o HDLCFS após cinco anos de contrato possui uma defasagem no valor contratual, e os hospitais da região Norte apresentam um déficit contratual desde sua origem, tendo como hipóteses principais os objetos contratuais de quantitativos prestados a população muito superior à demanda existente e o tipo de público referenciado da região que é atendido nestas instituições (alto risco).

A falta de mão-de-obra nos hospitais do Pará leva a necessidade de contratações em outras regiões com custos elevados, principalmente por tratar de pacientes de alto risco, que demandam profissionais com maior experiência e qualificação. Tal fato é comprovado pelo alto custo mensal por médicos, que chega a ser até seis vezes superiores ao valor repassado pelos profissionais que atuam em Cubatão.

Interessante ressaltar que, com relação ao número de enfermeiro/leito, os hospitais participantes da pesquisa apresentam indicador semelhante aos de hospitais que participam de

projetos de qualidade (públicos e privados), de acordo com dados do PROAHSA de 2007, sendo equivalente no HRSP, e com índices inferiores nos HDLCFS e HRT.

Com referência a apresentação dos dados econômico-financeiros e da assistência dos serviços prestados, permite-se inferir algumas conclusões que informarão a qualidade e eficiência dos serviços prestados nos três hospitais, como comprovação as hipóteses e objetivos desta pesquisa, onde é possível verificar os resultados econômico-financeiros e de qualidade na assistência dos serviços de saúde prestados por três hospitais geridos através de PPP, bem como, observa-se a eficiência da gestão destes hospitais, principalmente com relação ao coeficiente de metas contratuais atingidas que chega a 85,86% no HRT, 92,63% no HRSP e 95,98% no HDLCFS. Sendo importante lembrar que há diversas variáveis que poderiam ser mais bem trabalhadas, onde os contratos poderiam ser avaliados de forma mais concisa, com adequações à realidade, pois percebe-se que, quando divididos não há equidade de obtenção de metas entre os itens internação, consulta e exames.

Tal fato demanda considerações a respeito de contratos, pois observa-se que um contrato bem planejado e gerido pode ser feito por cinco anos sem adequações, desde que, bem administrado pela OSS, conforme observado no HDLCFS, porém após cinco anos de contrato possui uma defasagem no valor contratual, afetando os custos de manutenção, o que pode ser um forte indicador do motivo da diminuição da porcentagem de metas contratuais realizadas. No caso dos hospitais da região Norte, os contratos já apresentam um déficit desde sua origem, provavelmente, pela consideração de metas muito superior ao quantitativo de demanda populacional apresentada, bem como, uma possível adequação da OSS aos custos regionais. Percebe-se a necessidade de adequação contratual de valores ou meta em acordo a realidade já apontada na série histórica e/ou gestão administrativo-operacional de redução de custos, que geralmente não é possível devido às diversas atividades implantadas que são

subutilizadas, mas que para seguir normas legais necessitam de uma estrutura funcional e operacional mínima exigida.

A qualidade da assistência foi observada nos indicadores assistenciais, onde temos médias de ocupação superiores às apresentadas em nível nacional conforme comparações do SUS. As taxas de infecção hospitalar são muito inferiores àquelas apresentadas na média dos hospitais brasileiros chegando de acordo com bibliografia apresentada a ser quatorze vezes menor em Cubatão e quatro vezes nos hospitais do Pará, as taxas de mortalidade também seguem por este caminho. Outro indicador que ilustra a qualidade do serviço prestado é relativo ao número de enfermeiros por leito apresentado nestas instituições, onde temos equivalência no HRSP e índices próximos nos HDLCFS e HRT com hospitais que participam de projetos de qualidade. Além de que, os três hospitais estão no rumo do Programa Nacional de Acreditação Hospitalar, estando em fase de conclusão de ações para obtenção do Título de Acreditado em Nível 1.

Estes fatores quando analisados em conjunto ilustram a verificação da qualidade do serviço prestado de forma operacional, demonstrando dados da gestão da OSS nos hospitais estatais.

6.2 ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DOS HOSPITAIS DA ÓTICA DO USUÁRIO

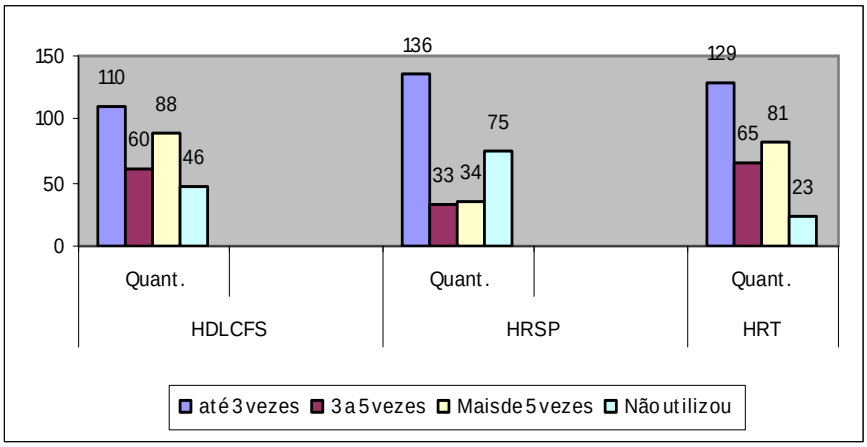
A incorporação do usuário na avaliação tem sido valorizada, de acordo com Trad e outros (2002), não apenas, por se constituir em um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, mas por estar potencialmente relacionada à maior adequação no uso do serviço.

A pesquisa foi realizada com o pressuposto de que, quanto maior a utilização do serviço, maior será a capacidade do cliente identificar a qualidade ou não da prestação de serviços oferecidos. Inicialmente, questionou-se a periodicidade com que o usuário utilizou o hospital no último ano. Como todos os hospitais apresentam mais de um ano de parceria público-privada, não haveria diferenciação com relação ao quantitativo do contrato, especialmente nas questões relativas à prestação de serviços propriamente dita.

Conforme se observa no Gráfico 3, há maior concentração de clientes que utilizaram os serviços em até três vezes no ano. Porém, nos hospitais HDLCFS e HRSP há também menção de utilização superior a 3 vezes, chegando mesmo a mais de cinco. No entanto, também existem entrevistados que nunca utilizaram o serviço (16,37%), sendo a primeira vez por ocasião da pesquisa, e/ou tratava-se de pessoas que estavam ali para visitar pacientes internados.

Assim, de acordo com Maciel-Lima (2004) no setor de serviços, o produto do trabalho não é uma mercadoria que possa ser vendida ou trocada. Vende-se um serviço especializado, que é apresentado através da troca de informações, atendimento às necessidades e expectativas do usuário que o procura.

Gráfico 3: Freqüência dos usuários aos serviços hospitalares



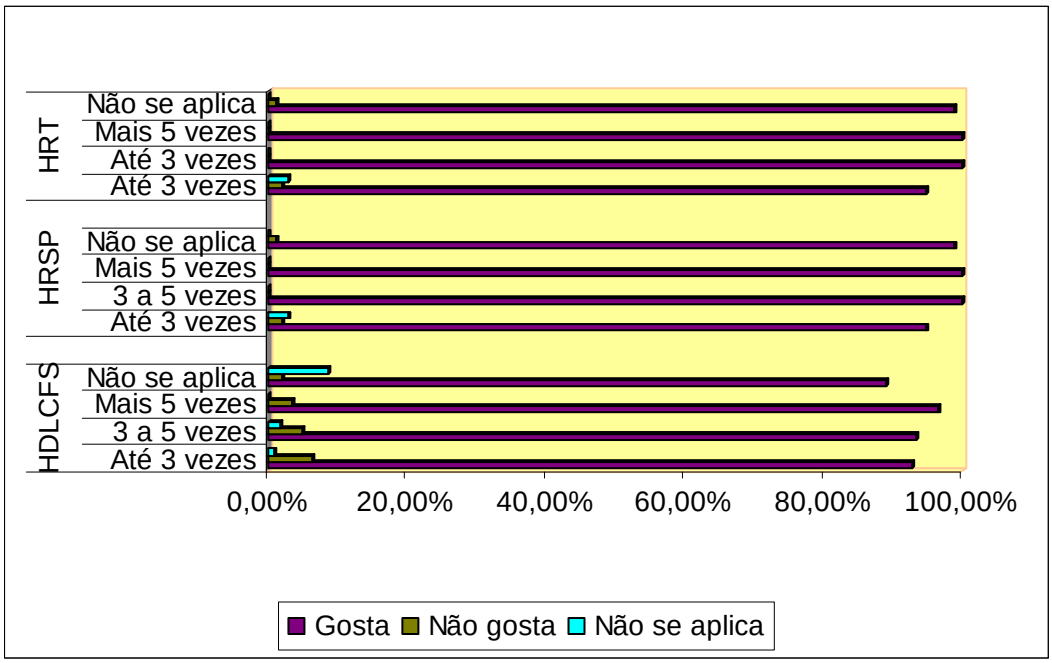
Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Os entrevistados foram questionados sobre vários aspectos do hospital e se "gostavam" do atendimento recebido na recepção, pela enfermagem, pelos médicos, pelos demais colaboradores, bem como a limpeza do ambiente e a efetiva marcação de exames e consultas.

Assim, primeiramente foram questionados sobre a recepção, e observa-se no Gráfico 4 que, independente das vezes que os entrevistados utilizaram o hospital, eles apontam o bom atendimento da recepção. Em nenhum hospital houve situação de percepção negativa considerável, sendo que mais de 90% disseram estar satisfeitos com este serviço.

A recepção tem por objetivo o acolhimento do usuário, ampliando seu acesso ao serviço e direcionando o atendimento. De acordo com Silva Júnior e Mascarenhas (2004) este acolhimento, como um processo de trabalho, pontua problemas e oferece soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários.

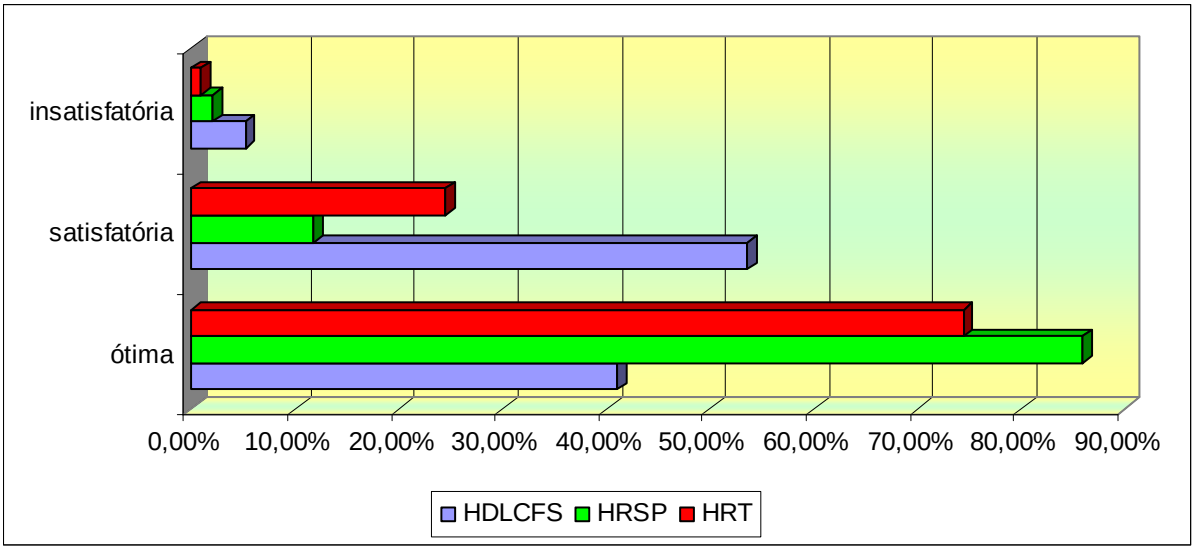
Gráfico 4: Percepção dos usuários com relação ao atendimento da recepção por freqüência de utilização.



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Com relação ao quesito limpeza da instituição, observa-se que devido a ser um fato perceptível, houve no Gráfico 5 uma substancial diferença na perspectiva apresentada pelos três hospitais, o HDLCFS apresenta uma diferença de mais de 50% na classificação ótima em relação ao HRSP e de mais de 40% em relação ao HRT. Porém, a população considera este item satisfatório, ou seja, ele poderá melhorar. Percebe-se que os hospitais do Pará apresentaram resultados positivos, com mais de 95% de satisfação, já no hospital de Cubatão há cerca de 10% de clientes insatisfeitos com o serviço. Observa-se que este pode ser um fato isolado, porém, demonstra um ponto a ser trabalhado na instituição.

Gráfico 5: Percepção dos usuários quanto à limpeza hospitalar

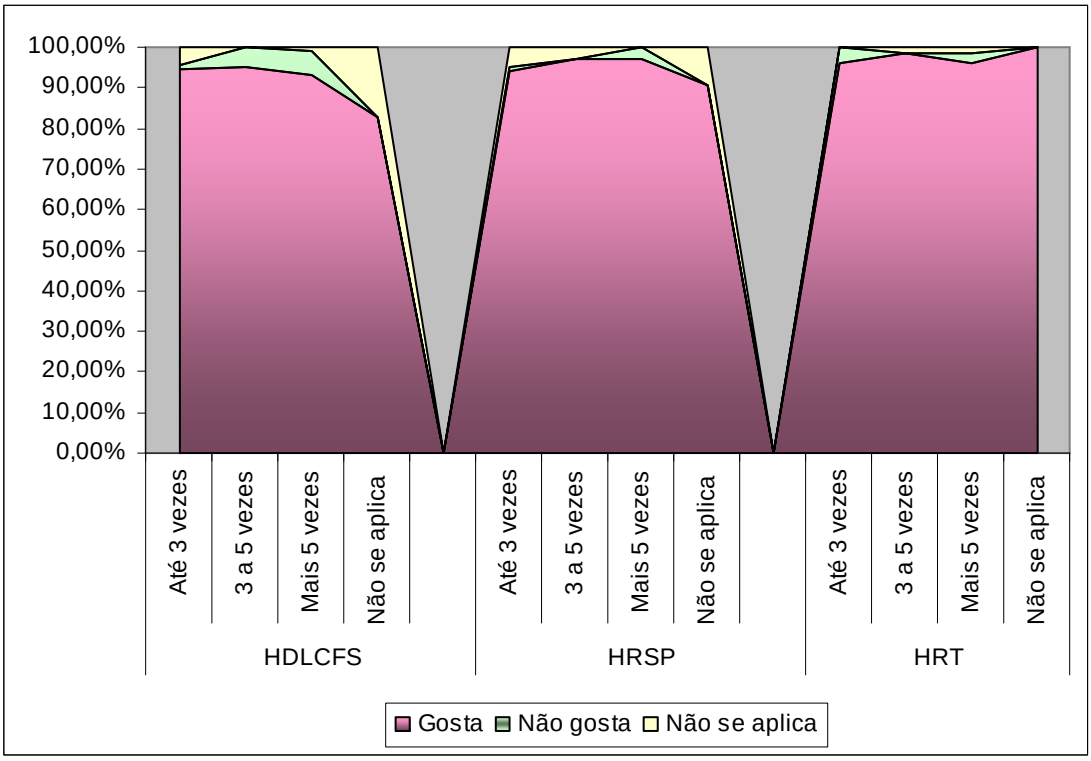


Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Em observação ao trabalho dos demais profissionais (excluídos aqui, médicos, enfermagem e colaboradores da porta de entrada), tem-se a maioria dos usuários satisfeitos com o atendimento oferecido por estes. Entende-se que muitos clientes não têm noção da diferenciação de funções, e acredita-se que as respostas sejam referentes ao pessoal de apoio (manutenção, elevadores, higienização, nutrição, segurança patrimonial) que apresentam contato direto com estes, visto que não há contato com profissionais administrativos.

Para Maciel-Lima (2004) o que se sobressai na avaliação de um serviço oferecido são as relações sociais entre indivíduos: profissionais e consumidores. Tem-se no Gráfico 6 a constatação de que no HDLCFS várias pessoas não tiveram contato com os colaboradores internos, o que indica prováveis usuários de serviços externos como aqueles que só realizaram exames, consultas de ambulatório. Em muitas ocasiões, apesar de ser atendido por técnicos de laboratório, banco de sangue e imagem, costuma considerar os profissionais destes setores como sendo da enfermagem ou médico, pois costuma-se utilizar os jalecos e/ou roupas brancas que os diferem e os tornam todos destas categorias “aos olhos do cliente leigo”.

Gráfico 6: Avaliação dos funcionários do hospital (exceto médico e enfermeiro) pelos usuários pela freqüência de utilização.

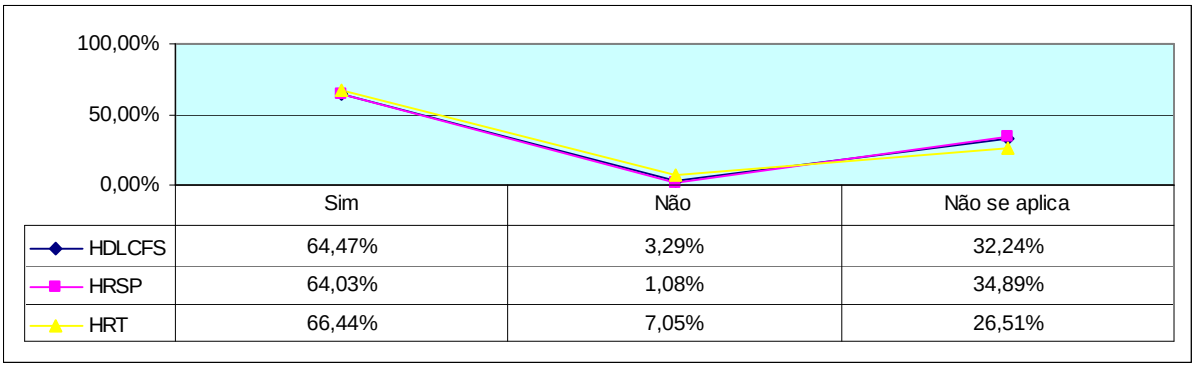


Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Nessa perspectiva, aos usuários há duas categorias de profissionais que são fáceis de reconhecimento na instituição, os médicos e o pessoal da enfermagem, compreendido por enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Quando questionados sobre a atuação da enfermagem, o Gráfico 7 revela que em média 30% dos usuários não avaliam a enfermagem devido ao não contato. Percebe-se uma igualdade considerável entre o HDLCFS e o HRSP e o nível de satisfação é alto, podendo ultrapassar aos 95% nestes dois estabelecimentos. Já o HRT apresenta uma considerável quantidade de pessoas que não estão satisfeitas com o trabalho dos profissionais de enfermagem (7,05%), um ponto que pode ser mais bem trabalhado pelo hospital. Cabe lembrar que este hospital apresenta um número médio de 0,25 enfermeiros/leito, estando acima do HDLCFS. Indicando que quantidade e qualidade possam não estar diretamente atreladas. Para Andreassi (2002) em serviços, as habilidades e

capacitações dos funcionários desempenham um papel central. Um cliente mal atendido raramente retorna, mesmo que, o serviço seja bom.

Gráfico 7: Avaliação da Enfermagem pelos usuários dos hospitais.



	Sim	Não	Não se aplica
HDLCFS	64,47%	3,29%	32,24%
HRSP	64,03%	1,08%	34,89%
HRT	66,44%	7,05%	26,51%

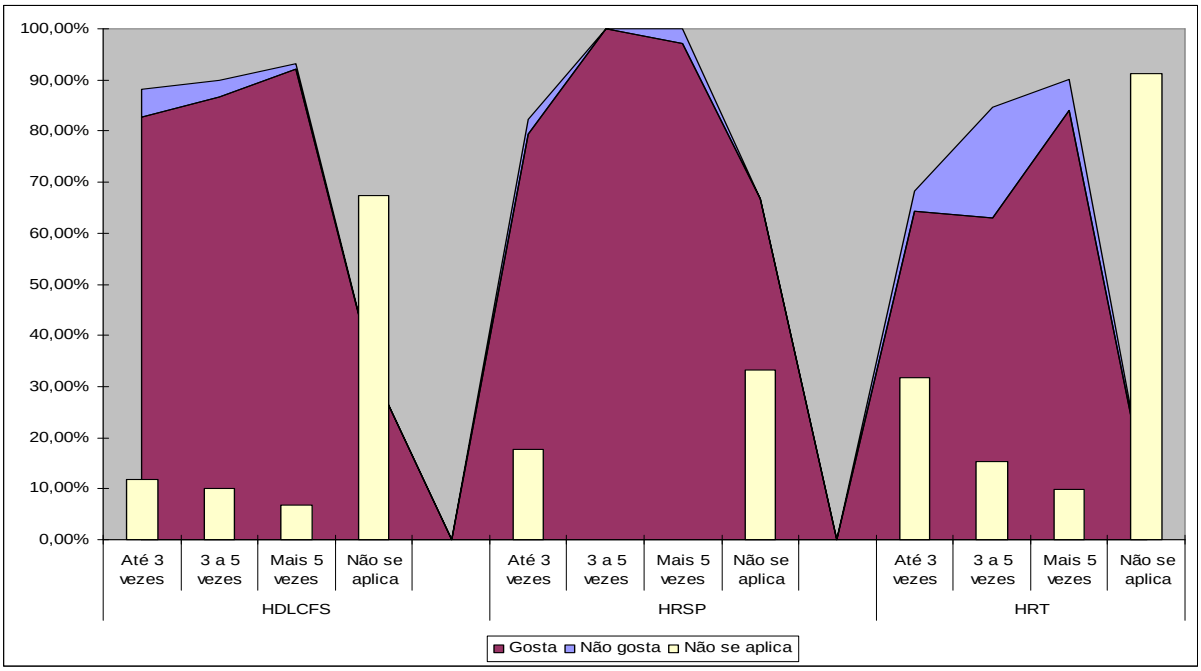
Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Observa-se no Gráfico 8 que há uma menor utilização de serviços com atendimento médico, especialmente nos hospitais HDLCFS e HRT, ou seja, há muitas pessoas que não estão buscando atendimento médico, podem estar realizando exames ou visitas a pacientes internados.

Mas os usuários que utilizaram efetivamente o serviço estão satisfeitos com o atendimento médico em mais de 80%, nos hospitais HDLCFS e HRSP. Quanto mais utilizam mais parecem estar satisfeitos com o atendimento. Assim, quanto maior o relacionamento com o médico maior é a confiança no atendimento. No HRT há o maior número de clientes insatisfeitos (8%) com os serviços médicos ofertados, porém percebe-se que o fato ocorre em maior escala com aqueles que utilizaram poucas vezes o hospital.

Os usuários que utilizaram mais o hospital conceituam os médicos de forma mais satisfatória. De acordo com Kloetzel e outros (1998) é pela boa adesão do paciente mediante a assiduidade ao serviço e ao cumprimento da terapêutica que se consolida o vínculo médico-paciente.

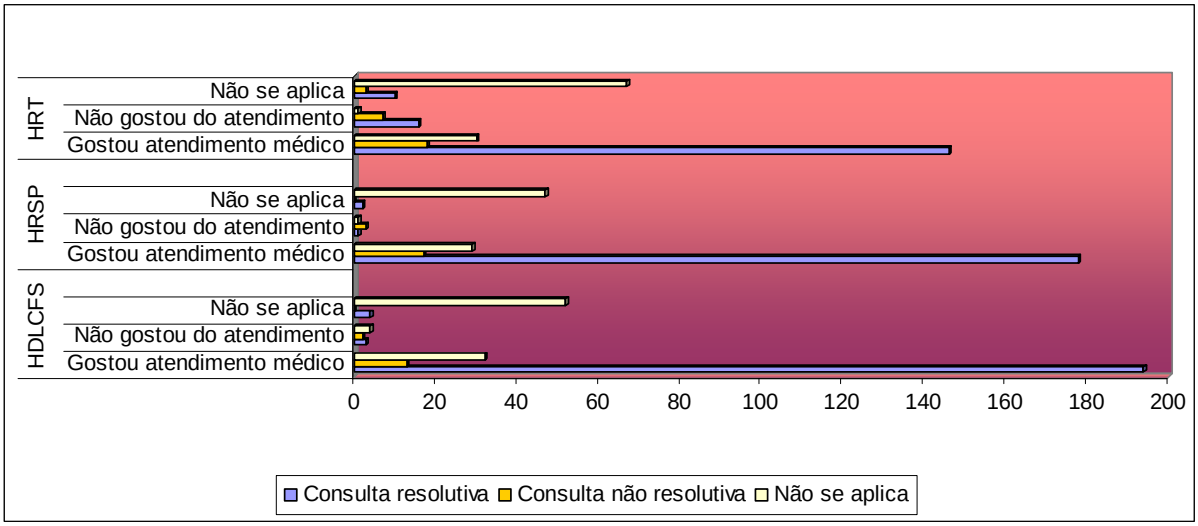
Gráfico 8: Satisfação dos usuários com o atendimento médico nos hospitais



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Após o questionamento referente à satisfação com o médico, os clientes foram questionados com relação à resolubilidade do atendimento recebido. De acordo com o Gráfico 9, observa-se que os clientes que gostaram do médico foram aqueles que consideraram sua consulta resolutiva. Percebe-se que cerca de cinqüenta pessoas não passaram em atendimento médico (seja internação ou ambulatório) nos hospitais HDLCFS e HRSP, e cerca de setenta pessoas no hospital HRT, e neste último apresenta-se maior relação de não satisfação do atendimento com resolução do atendimento médico no ato da pesquisa. Assim, a relação da resolutividade do atendimento médico apresenta relação direta com a satisfação em relação ao médico, confirmada nas três instituições.

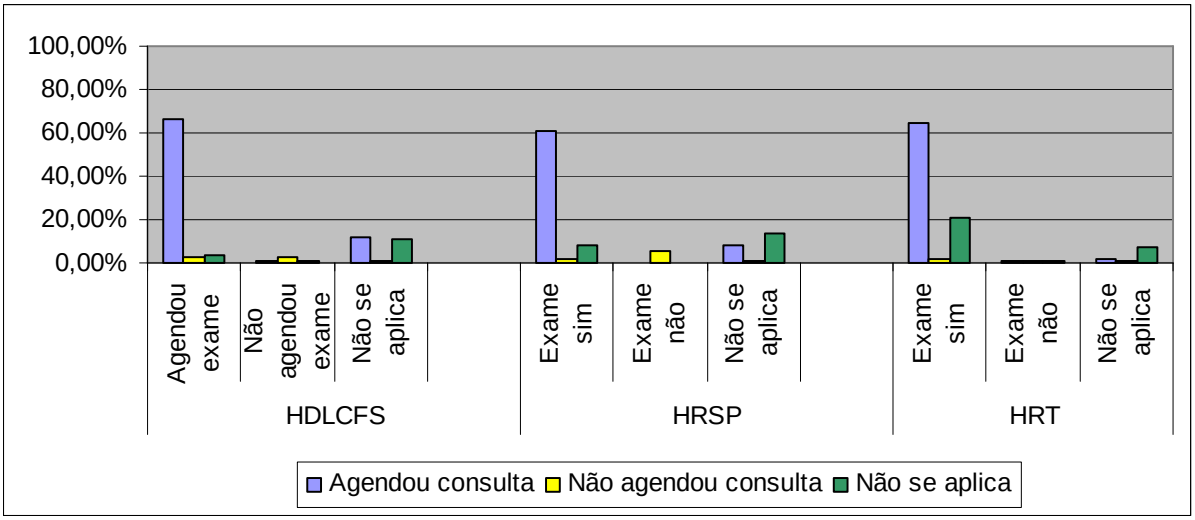
Gráfico 9: Percepção da resolubilidade da consulta por satisfação do usuário com o atendimento médico



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

O atendimento médico tem relação direta com o fator agendamento de consulta e de exames, o que demonstrará a continuidade do tratamento para os retornos médicos e prognóstico dos pacientes. Desta forma, estes itens fizeram parte dos questionamentos feitos durante a pesquisa. No Gráfico 10, percebe-se que mais de 70% dos usuários que participaram da pesquisa necessitaram agendar exames e/ou consultas e alcançaram sua intenção. Observa-se, porém, demanda reprimida, de cerca de 5% de pacientes que não conseguiram agendar consulta e exame no HRT, indicando possível quantitativo insuficiente destes serviços sendo realizadas por este hospital.

Gráfico 10: Acesso à consulta por acesso ao exame

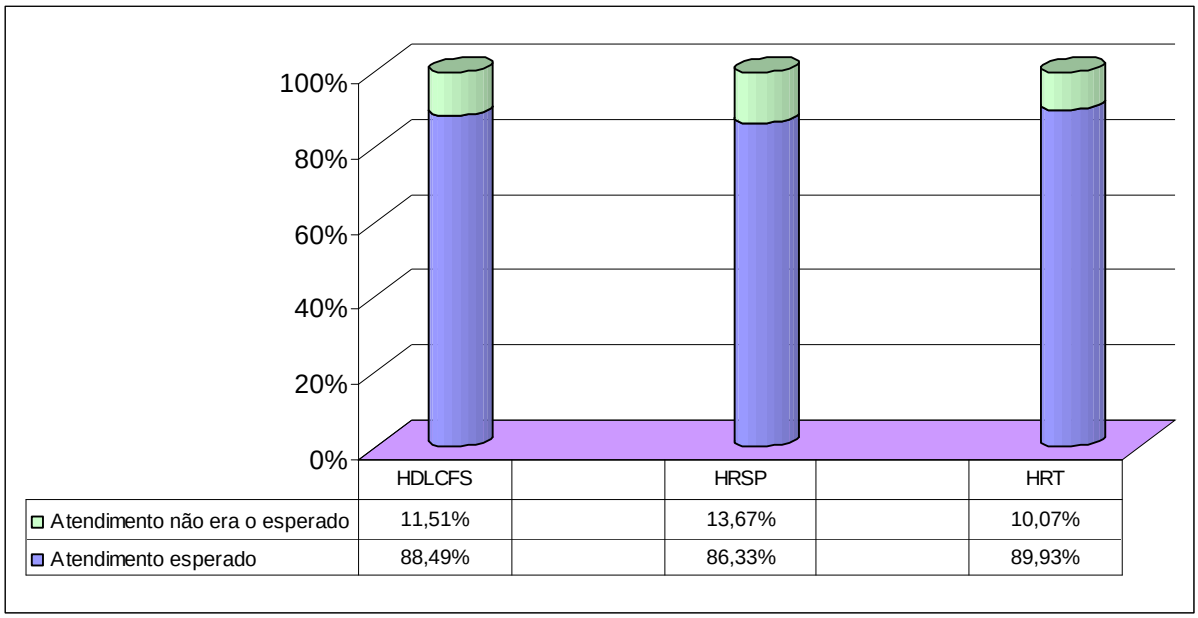


Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Quando questionados sobre o atendimento recebido naquele dia (de forma geral) foi o que esperavam, observa-se no Gráfico 11 que, 10% dos usuários do HRT, 11% do HDLCFS, e 13,67% do HRSP, responderam negativamente, ou seja, mais de 85% dos clientes apontaram o atendimento de forma satisfatória na data que participaram da pesquisa.

De acordo com Vaitsman e outros (2003) a forma mais comum de conceber o conceito de satisfação é em termos de expectativa e da percepção que os usuários têm dos serviços recebidos. Assim, o que se mede não é a satisfação propriamente dita, mas a percepção dos serviços e a expectativa prévia dos usuários. Para Serapioni (1999) a qualidade é constituída de dois elementos, um objetivo relacionado aos componentes físicos do produto e outro subjetivo, relacionado à satisfação do usuário, do ponto de vista da percepção e das suas expectativas. No caso de serviços não há o primeiro elemento, desta forma a qualidade se resumiria à satisfação do cliente em determinada situação. Porém, em qualidade dos serviços de saúde não se deve levar em conta só a satisfação dos usuários, mas também a satisfação dos profissionais e a eficácia do cuidado médico.

Gráfico 11: Expectativa do usuário em relação ao atendimento recebido



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Cada grupo de usuários que responderam estar insatisfeitos com o atendimento, de acordo com a Tabela 1, foi questionado sobre onde os hospitais necessitam direcionar seus esforços. Houve justificativa para 22,86% dos clientes do HDLCFS, 52,63% no HPSP e 60% no HRT, os demais não responderam. Para Leebov e Scott (1994) a própria sobrevivência do hospital depende da aprovação pelo seu usuário. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde são baseadas na satisfação do usuário, desta forma ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental para compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente hospitalar (WALKER, 1991).

Observa-se que o ponto em comum mais relevante nos três hospitais é a demora em atendimentos diversos, excluída a demora no atendimento médico que já está compreendida nos problemas médicos. No HDLCFS os clientes reclamam, de forma pontual, do atendimento médico, seja da demora no atendimento, da demora para realização de exames e/ou demora em passar visitas diárias nas enfermarias. Há, também, reclamações com relação às filas para realização das visitas diárias a pacientes internados. No HRT o problema com

médicos é bastante expressivo. Com relação às observações apontadas pelos consumidores o atendimento médico necessita de melhorias. Ações relativas à humanização, pontualidade e resolubilidade devem ser mais abordadas com estes profissionais.

É importante a observação de que um cliente insatisfeito que não reclama à empresa gera vários inconvenientes, sendo os principais: a empresa perde a oportunidade de remediar o problema, sua reputação pode ser comprometida por comunicação “boca a boca” negativa realizada pelos clientes insatisfeitos. Assim, a organização é privada de informações sobre a qualidade de seus serviços, impedindo a oportunidade de rever seu processo e realizar melhorias (FERNANDES; SANTOS, 2008).

Tabela[14] 1 – Motivos apresentados pelos usuários por não terem satisfeito suas expectativas

Hospital	Pontos apontados pelo usuário que necessita melhoria	Quantidade	% não satisfação	% total
HDLCFS	Problemas médicos	12	34,29%	3,95%
	Demora de atendimento (exceto médico)	4	11,43%	1,32%
	Desorganização	2	5,71%	0,66%
	Não justificou	8	22,86%	2,63%
	Mais conforto na recepção	2	5,71%	0,66%
	Filas no horário de visita	3	8,57%	0,99%
	Melhoria do atendimento geral	2	5,71%	0,66%
	Outros	2	5,71%	0,66%
	Total reclamação	35	100,00%	11,51%
HRPS	Problemas médicos	2	5,26%	0,72%
	Demora de atendimento (exceto médico)	12	31,58%	4,32%
	Não justificou	20	52,63%	7,19%
	Mudança de auxiliares	1	2,63%	0,36%
	Melhoria do atendimento geral	2	5,26%	0,72%
	Outros	1	2,63%	0,36%
	Total reclamação	38	100,00%	13,67%
HRT	Problemas médicos	3	10,00%	1,01%
	Demora de atendimento (exceto médico)	6	20,00%	2,01%
	Não justificou	18	60,00%	6,04%
	Melhoria do atendimento geral	1	3,33%	0,34%
	Outros	2	6,67%	0,67%
	Total reclamação	30	100,00%	10,07%

Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Para aprofundar a visão do usuário sobre os serviços prestados, foi pedido que atribuíssem uma nota de 1 (um) a 5 (cinco) para vários itens: enfermagem, médicos, marcações de exames, limpeza, rapidez no atendimento e instalações. Na Tabela 2, observa-se, que em geral, a nota atribuída com maior intensidade é 5 (cinco), podendo inferir que em geral a avaliação do usuário dos serviços é boa.

[14] No decorrer da dissertação será denominada “tabela” a apresentação de dados primários d pesquisa de campo realizada.

Com relação a instalações, verifica-se que os hospitais do Pará apresentam resultados melhores que o HDLCFS, acredita-se que a depreciação do prédio e de equipamentos seja o principal denominador destas notas, visto que, o segundo já é antigo e os primeiros apresentam estrutura moderna e equipamentos de alta tecnologia. Justificando a insatisfação no último, indicando a necessidade de renovação tecnológica, um item contratual que é de responsabilidade do contratante, porém, sem ação no hospital cubatense.

O item rapidez no atendimento apresentando como um dos pontos a ser melhorado em todas as instituições, na Tabela 1 é reiterado nas notas apontadas na Tabela 2, que também não visualizam os serviços como de qualidade. O imediatismo está mais presente em situações de angústia, como é o caso hospitalar.

Tabela 2 – Avaliação de itens analisados por Hospital

Hospital	Itens avaliados	Nota 0	Nota 1	Nota 2	Nota 3	Nota 4	Nota 5	Não se aplica
HDLCFS	Instalações	0,99%	0,00%	0,99%	7,24%	24,34%	65,46%	0,99%
	Médicos	2,63%	0,66%	1,64%	9,87%	25,33%	47,37%	12,50%
	Enfermagem	1,32%	0,66%	1,97%	9,21%	13,16%	46,38%	27,30%
	Marcação de exames	3,95%	3,62%	8,55%	10,20%	16,12%	40,46%	17,11%
	Rapidez no atendimento	3,95%	2,96%	3,95%	14,80%	23,68%	40,46%	10,20%
	Funcionários	0,99%	0,33%	3,95%	10,20%	28,95%	50,33%	5,26%
	Limpeza	1,97%	0,00%	5,59%	20,39%	31,25%	38,16%	2,63%
HRSP	Instalações	0,00%	0,00%	0,00%	1,08%	8,63%	87,05%	3,24%
	Médicos	0,00%	0,36%	0,72%	0,72%	10,43%	73,02%	14,75%
	Enfermagem	0,00%	0,36%	0,36%	1,08%	6,12%	59,71%	32,37%
	Marcação de exames	0,00%	0,72%	0,36%	3,96%	6,47%	73,02%	15,47%
	Rapidez no atendimento	0,36%	0,36%	2,88%	5,76%	11,87%	73,38%	5,40%
	Funcionários	0,00%	0,00%	0,36%	1,80%	5,04%	86,69%	6,12%
	Limpeza	0,00%	0,00%	0,00%	1,80%	5,40%	88,13%	4,68%
HRT	Instalações	0,00%	1,01%	0,34%	1,01%	9,06%	88,59%	0,00%
	Médicos	1,01%	0,67%	2,01%	2,35%	18,12%	52,01%	23,83%
	Enfermagem	0,00%	1,01%	1,01%	3,36%	11,74%	62,75%	20,13%
	Marcação de exames	1,01%	1,34%	1,68%	6,71%	14,09%	67,79%	7,38%
	Rapidez no atendimento	3,02%	2,68%	1,68%	11,41%	18,46%	62,08%	0,67%
	Funcionários	0,00%	0,67%	0,00%	2,01%	9,73%	87,58%	0,00%
	Limpeza	0,00%	0,34%	0,00%	1,68%	13,76%	84,23%	0,00%

Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

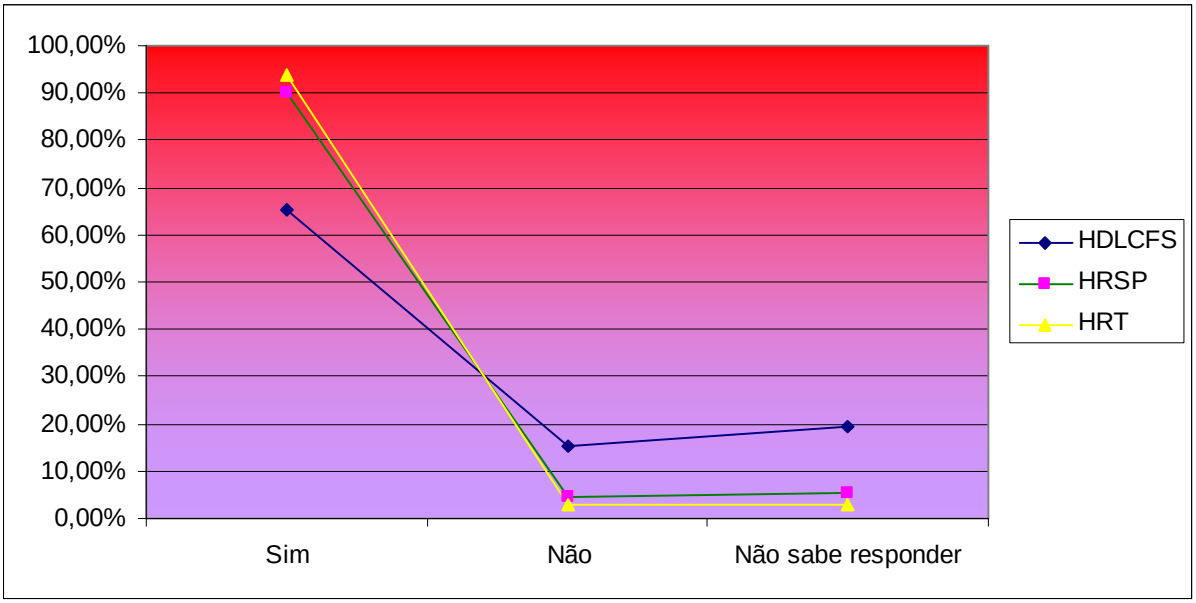
Ao serem questionados sobre a avaliação que a comunidade faz dos serviços prestados pelo hospital, observou-se que no HRSP e HRT o índice de satisfação é elevado, inclusive da comunidade na ótica dos usuários. Já no HDLCFS o índice é de 65% e também é o local onde se obtêm a maior tendência de não responder sobre o que a população pensa sobre a instituição.

No Gráfico 12 observa-se que o HDLCFS, hospital que apresenta o maior tempo de publicização e a parceria é com o município, apresenta os dados mais baixos da percepção do usuário em relação à satisfação da comunidade. Salienta-se que a época da pesquisa coincidiu

com a campanha política municipal, o que tem reflexos diretos nestas respostas. De acordo com Santos (1995) a percepção quanto à honestidade e à integridade do governo afeta a avaliação do público em relação aos serviços que recebem dessas instituições. Nos outros hospitais que são publicizados pelo Estado, não ocorreu esta interferência na comunidade.

Este dado foi contrário a um dos pontos iniciais deste estudo, que esperava que quanto maior a utilização, melhor era a aceitação.

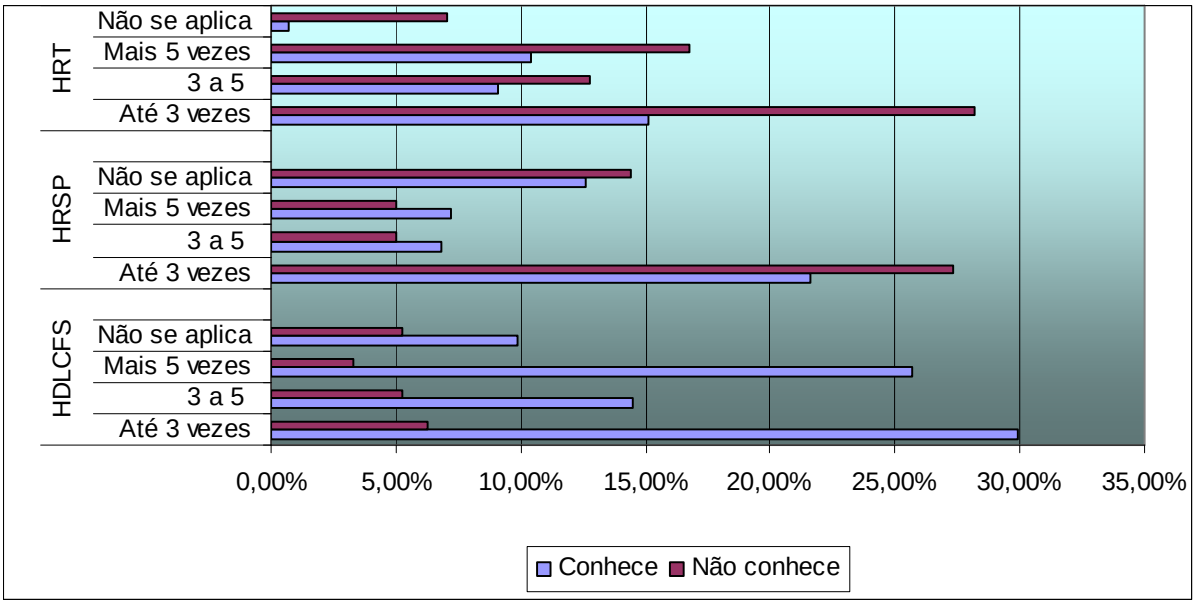
Gráfico 12: Percepção do usuário com relação à satisfação da comunidade com relação aos serviços realizados pelos hospitais.



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Ao serem questionados se conheciam a OSS que administra o hospital, percebeu-se no Gráfico 13 que quanto maior o prazo contratual, maior o conhecimento do usuário com relação à parceria existente. Na maioria das vezes, o denominador é tanto maior, quanto a utilização superior de serviços.

Gráfico 13: Conhecimento da OSS pela freqüência de uso dos hospitais pelo usuário.

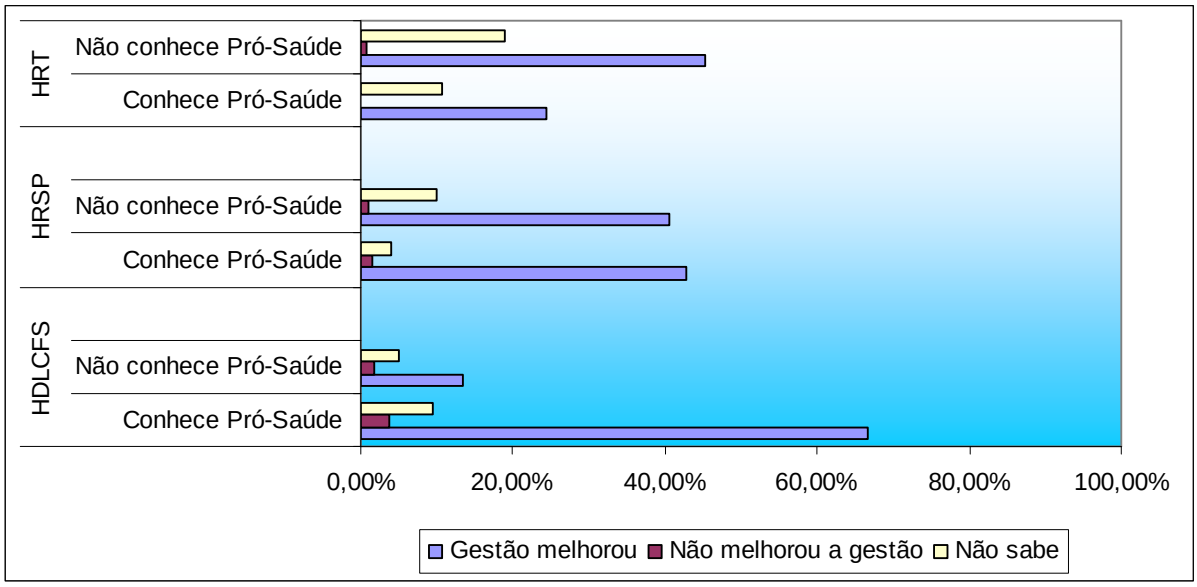


Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Verificou-se ainda, quem conhece a OSS que administra o hospital e que observa melhorias na instituição após a parceria. Percebe-se no Gráfico 14 que as pessoas percebem as mudanças de forma maior quando utilizam mais o serviço. Neste sentido, o HDLCFS apresenta dados superiores de conhecimento do cliente e uma observação maior das melhorias, porém mesmo aqueles que não conhecem têm percepção de melhoria.

Acredita-se que os hospitais do Pará apresentarão maior conhecimento da OSS com o passar dos anos, pois a instituição gestora costuma realizar vários eventos à comunidade com o objetivo de difundir a parceria e oferecer à população ações voltadas ao atendimento das necessidades não atendidas.

Gráfico 14: Percepção do usuário com relação à melhoria da gestão por conhecimento da OSS gestora.

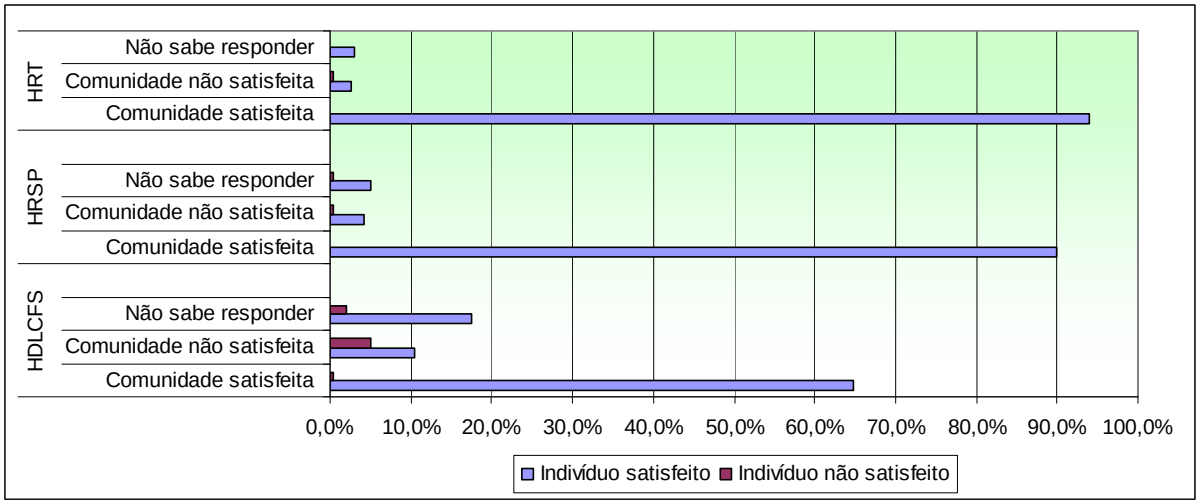


Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Os usuários foram questionados sobre a avaliação geral do serviço do hospital e após estes dados foi cruzada com a resposta oferecida referente à satisfação da comunidade. Observa-se no Gráfico 15 que há grande relação entre a satisfação do usuário e da comunidade nos hospitais do Pará, ou seja, os usuários e a comunidade destas localidades estão satisfeitas com os serviços oferecidos. Pode-se dizer que, a satisfação do usuário influi na visão que possuem da comunidade.

Porém, ao observar o que ocorre com os clientes do HDLCFS, a tendência difere, pois onde se tem maior satisfação individual, o montante não coincide com sua visão com relação a satisfação da comunidade. Outro ponto importante, é que os usuários satisfeitos com o serviço prestado, em alguns casos, não consideram que a comunidade esteja também satisfeita. .

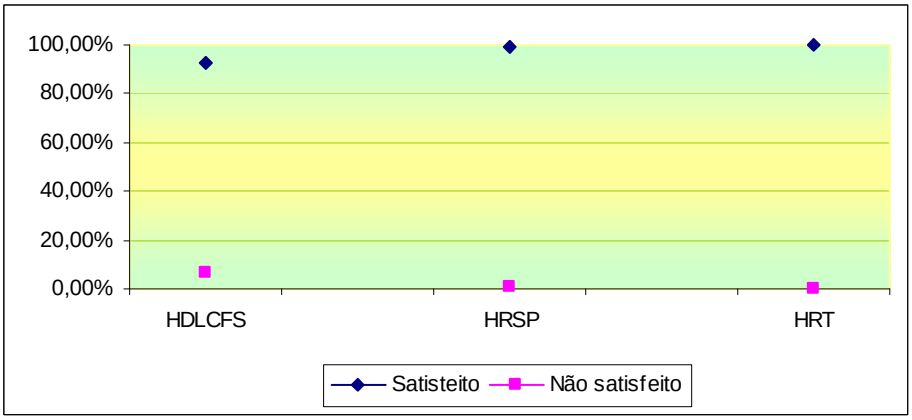
Gráfico 15: Satisfação pessoal do usuário por percepção da satisfação da comunidade



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Para finalizar, no Gráfico 16, constatou-se que a satisfação do usuário com os serviços hospitalares é elevada, chegando a quase 100%. A análise de cada fator reitera o resultado. Assim, de acordo com Kotaka, Pacheco e Hitaki (1997) devem-se destacar as críticas e sugestões dos usuários, pois são colaborações importantes para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos. Desta forma, tem-se nestes resultados apresentados pelos usuários que utilizam o serviço, o melhor caminho para chegar a resultados efetivos e com custo baixo, pois, informam pontos simples a serem trabalhos.

Gráfico 16: Avaliação Geral do Usuário com Relação ao Serviço Prestado pelo Hospital



Fonte: Pesquisa Sobre Satisfação dos Usuários do HDLCFS, HRSP, HRT - Julho 2008.

Os usuários ao avaliarem o serviço prestado pelas instituições hospitalares em que foram atendidos apresentaram um diagnóstico da situação de cada local, apontando pontos que articulados corretamente, sugerem a percepção à realidade dos serviços. Com isto, podemos inferir que há percepção da qualidade pelo usuário dos serviços hospitalares.

Com relação a todos os pontos avaliados no que diz respeito aos profissionais e sua prática, a satisfação é sempre superior a 90%, ou seja, é percebido alto desempenho no atendimento do ponto de vista do usuário. Observa-se que, a parcela das pessoas que estão no hospital nem sempre possuem contato com todos os profissionais ou serviços, neste sentido, como não usufruem de todos os serviços prestados, avaliam apenas parcela dos itens questionados, isto ocorre com cerca de 30% dos entrevistados nos três hospitais que não classificaram a enfermagem e nem tão pouco os médicos (25%).

Os usuários apontaram que o atendimento recebido no dia da pesquisa foi satisfatório em mais de 85% dos casos (em todos os hospitais). No entanto a maior aceitação esteve no HRT, que apresentou maiores índices de rejeição com relação aos médicos e enfermeiros e onde se observou que há demanda reprimida com relação a exames e consultas. Este viés foi considerado como uma possível má qualidade do serviço ofertado anteriormente, o que acarretou baixa no nível de avaliação do usuário.

Na avaliação da comunidade da ótica dos usuários, sobre os serviços prestados pelo hospital, observa-se que aqueles atendidos no HRSP e HRT informaram alto índice de satisfação da comunidade, e no HDLCFS o índice é de apenas 65%. Neste último houve, também, uma maior tendência dos usuários não responderem a este item. Uma observação desta avaliação pode ser atribuída à situação política do período da realização da pesquisa, visto que este é o único caso dos três, onde o contrato de pareceria é com o município, onde ocorriam eleições municipais.

Com relação ao conhecimento do usuário sobre a OSS que administra o hospital, percebe-se que, quanto maior o prazo contratual, maior o conhecimento do usuário com relação à parceria. Porém, a melhora na qualidade é percebida por todos os usuários, mesmo por aqueles que desconhecem a gestora. Apesar do público ainda não conhecer a denominação PPP e a OSS de forma abrangente, percebe a melhoria do serviço prestado.

A avaliação do usuário, de forma geral, revela satisfação com relação ao serviço "global" prestado pelo hospital. Os dados apresentados variam de 92% em Cubatão, 98% em Altamira, e 99 % em Marabá, ou seja, a qualidade percebida pelo cliente é elevada, comprovando a hipótese de pesquisa.

Assim, de acordo com Maciel-Lima (2004) não se pode construir nada que seja seguro e adequado sem construir bons alicerces. Na área hospitalar, os alicerces que irão garantir a qualidade do atendimento podem ser atribuídos à seriedade, visão, liderança e perseverança da equipe. Também, podem-se apontar os treinamentos, participação, respeito pelos funcionários como fatores que corroboram para melhoria dos serviços a toda comunidade atendida. Assim, um administrador hospitalar encontrará na avaliação feita pelos usuários, informações que contribuirá para a gestão de qualidade dos hospitais pesquisados.

CONCLUSÃO

Mais que procurar entender uma forma apropriada para gerir hospitais estatais, pretendeu-se com esta pesquisa observar a qualidade dos serviços hospitalares oferecidos à comunidade com a parceria público-privada.

A eficácia da gestão pode ser verificada nos três hospitais estudados, quando se observa metas contratuais atingidas em mais de 85% em todos os hospitais com parceria recente e mais de 95% no hospital com parceria superior a cinco anos. Ressalta-se que, ao ser observado o público atingido através da pesquisa junto ao usuário, constatou-se que há, cerca de 5% de demanda reprimida no hospital que apresenta a menor obtenção de meta, e nenhuma demanda excedente nos demais hospitais, o que demonstra a consolidação do serviço, bem como, que as metas são planejadas em quantitativos superiores a necessidade alcançada e que a sociedade está sendo atendida nos serviços que lhe são necessários.

Considera-se ainda a gestão eficaz, quando as médias de ocupação são maiores que àquelas apresentadas nos hospitais brasileiros, ou seja, são utilizados os recursos de acordo com a capacidade instalada.

As taxas de infecção hospitalar, outro indicador de eficácia do serviço, identificam valores inferiores àqueles apresentados na média nacional, e que pode chegar a quatorze vezes inferior no hospital de Cubatão e quatro vezes nos hospitais de Altamira e Marabá. Além de que, o quantitativo de funcionários e enfermeiros é semelhante àqueles apresentados por hospitais de referência de qualidade.

Quando se analisa os valores contratuais repassados às OSS, observa-se que contratos com planejamento adequado podem ser feitos por cinco anos com poucas adequações, desde que, bem gerido pela OSS, conforme observado no HDLCFS. Porém, após este período apresenta desequilíbrio, ou seja, poderá afetar o cumprimento das metas e ações estipuladas.

Na região Norte os contratos já apresentam um déficit do valor contratual desde seu início, principalmente pela consideração de metas muito superior ao quantitativo de demanda populacional apresentada, bem como, uma possível adequação da OSS aos custos regionais. Em ambos os casos, há necessidade de revisão contratual de valores ou metas de acordo com a realidade verificada nos quantitativos históricos.

Com estes resultados, temos o cumprimento de grande parte das metas atingidas, a demanda atendida, os hospitais com profissionais em quantitativos adequados e o serviço apresentando indicadores de qualidade com valores expressivos e favoráveis. Assim, pode-se dizer que, a OSS faz o que lhe compete e assegura a qualidade do serviço prestado.

A avaliação sob a ótica do usuário foi o foco central deste estudo, pois acredita-se que estes são os verdadeiros contratantes dos serviços e aqueles que melhor apresentam condições de aferir a qualidade dos serviços prestados. Desta forma, observou-se que, a satisfação em relação aos recursos humanos foi elevada, seja dos profissionais em funções burocráticas ou técnicas, com índices de satisfação em geral superiores a 90% em todos os hospitais. Os usuários ainda avaliaram a efetividade da integralidade dos serviços prestados, dependo da complexidade de cada instituição, demonstrando que, há demanda reprimida de 5% em exames e consultas no HRT, e nenhuma nos outros dois.

Percebe-se que quanto maior a preferência na utilização dos serviços, maior o vínculo com os serviços e avaliação, que fazem dos profissionais e serviços. Nos três hospitais houve mais de 85% de satisfação com o atendimento recebido no dia da pesquisa com um viés no HRT, onde houve maior índice de satisfação. E justamente neste hospital ocorreu a maior insatisfação com relação aos médicos e enfermeiros, e onde há demanda reprimida de exames e consultas.

A avaliação da comunidade, da ótica do usuário, sobre os serviços prestados pelo hospital, é cerca de 100% para aqueles atendidos nos hospitais do Pará, e de 65% no hospital

de Cubatão, indicando diferenças com relação à perspectiva individual e comunitária no último caso. Porém, com possível influência do período de eleições.

O conhecimento do usuário com relação à OSS que administra o hospital é tanto maior quanto maior o prazo contratual. No entanto, a melhora na qualidade é percebida por todos os usuários, mesmo por aqueles que desconhecem quem administra os hospitais. O usuário apesar de não conhecer o modelo ou o ente gestor, percebe a melhoria do serviço prestado.

Os usuários demonstraram satisfação de 92% no HDLCFS, 98% no HRT e 99 % no HRSP com relação aos serviços prestados, após a parceria, comprovando que a gestão está sendo eficaz sob o ponto de vista destes, bem como, que quanto maior a utilização dos serviços do hospital, mais apurada foi a avaliação.

Ainda há muito que se pesquisar sobre a parceria, devida a ser uma opção recente. Abrem-se novas possibilidades de estudo a partir dos resultados desta dissertação, onde outros caminhos podem ser trilhados, contemplando outros entes públicos, como Governos, funcionários, gestores e mesmo outras OSS, pois nesta pesquisa o foco do sistema de saúde foi o usuário SUS, e ele não esgota todas as visões possíveis. Este estudo é uma contribuição para entender o que vem ocorrendo nesta forma de gestão e o que a parceria público-privada trouxe para a gestão dos hospitais analisados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARROYO, C. S; OLIVEIRA, S. V. V. Qualidade de Serviços de Assistência à Saúde: o tempo de atendimento da consulta médica. Anais do XXXI Encontro da ANPAD, Rio de Janeiro/RJ, setembro de 2007.

BAHIA, L. **O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil e Tendências Pós-Regulamentação**. Campinas: UNICAMP, 2001.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V. **As Organizações Sociais de Saúde**: a experiência de parceria público-privada do Estado de São Paulo. In: AMORIM, M. C. S.; PERILLO, E. B. da F. (org.). Para entender a saúde no Brasil. São Paulo: LCTE, 2006.

BARBOSA, N. B. **O Modelo de Administração Direta e as Organizações Sociais de Saúde: um estudo comparado.** 2005. Tese (Doutorado em Medicina – Universidade de São Paulo), São Paulo.

BARROS, E. **O Controle Social e o Processo de Decentralização dos Serviços de Saúde.** Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação de informação, educação e comunicação. Núcleo de estudos em saúde pública – NESP. Incentivo a participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1994.

BORBA, V. R. **Administração Hospitalar: princípios básicos.** 3 ed. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde (CEDAS), 1991.

BRASIL. Constituição República Federativa do Brasil. 05. out. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080 de 19/set./1990.

_____. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde – Lei 8142 de 28/dez./1990.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007, v. 11.

BRITO, B.M.B; SILVEIRA, A.H.P. **Parceria público-Privada: Entendendo o Modelo. Revista do servidor Público,** Brasília, nº 1, Vol. 56. p. 7-21. Jan/Mar. 2005.

BUENO, R. L. P. Eficiência Técnica e Gestão de Hospitais Públicos do Estado de São Paulo. **Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n.37, p. 90-103, jan. 2007.

CARNEIRO JR.; N.; ELIAS, P. E. A reforma do estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **RAP – Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.37, n.2, p. 201-226, mar./abr. 2003.

CECÍLIO, L. C. O. A Modernização Gerencial dos Hospitais Públicos: o difícil exercício da mudança. **RAP – Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.3, p. 36-47, maio/jun. 1997.

_____. Autonomia Versus Controle dos Trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência e Tecnologia**. Rio de Janeiro, v.04, n.02, p.315-329, 1999.

CHERUBIM, N. A. **A arte de seu um administrador hospitalar eficaz.** São Paulo: SBSC, 2004.

CHEQUER NETO, J. **Os Serviços ao Cliente Como Diferencial Competitivo**: implicações para a estrutura e a gerência das organizações. Anais do XXIV Encontro da ANPAD, Florianópolis/SC, setembro de 2000.

COMISSÃO DE DIREITO DO TERCEIRO SETOR DA OAB/SP. **Cartilha Terceiro Setor**. 2 ed. São Paulo: OAB/SP, 2007.

DALFIOR, S. da R. Novas Relações de Trabalho: cooperativas de especialidade médica versus hospital público. In: Anais do XXVIII Encontro da ANPAD, Atibaia/SP, 2003.

DATASUS, 2007. Disponível em: <www.fbh.com.br> . Acesso em: 03. nov. 2007.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment is:** explorations in Quality Assessment and Monitoring. Health Administration press: Ann Arbor, 1980.

DRUCKER, P.F. **1909 – 2005 Drucker**: o homem que inventou a administração. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

ELIAS, P. E. **O Que São Sistemas de Saúde?** São Paulo: Mimeo, 2007.

FACCENDA, M.C.B. **As organizações da sociedade civil de interesse público: OSCIPs, como instrumento de gestão pública na área de saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2004.

FALK, J.; CARVALHO, E. **Qualidade de Serviços na Área Hospitala**r. São Paulo: Atlas, 2001.

FERNANDES, D.V.H.; SANTOS, C.P. **As Conseqüências comportamentais da insatisfação dos clientes.** Revista de Administração Contemporânea – RAC, v.12, edição especial. Curitiba, 2008.

FERREIRA JUNIOR., W. C. Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas por Meio das Organizações Sociais de Saúde. **RAP– Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro , v. 37, n. 2, p.243-264, mar./abr. 2003.

GONÇALVES, E. L. Estrutura Organizacional do Hospital Moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v.38.n.1. Jan-Mar/1998.

_____. **O Hospital e a Visão Administrativa Contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

HINRICHSEN, S.L. **Biossegurança e Controle de Infecções. Risco Sanitário Hospitalar.** Rio de Janeiro: MEDSL, 2004.

KANAMURA, A.H. **Organizações e Parcerias Público-Privadas.** Debates GV Saúde, v. 1, 1º. Semestre, 2006. São Paulo.

KLOETZEL, K. et al. **Controle de qualidade em atenção primária à saúde: a satisfação do usuário. Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 14. n. 3, jul/set 1998.

KLUCK, M. et al. A Gestão da Qualidade Assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**. n. 4, jul./set. 2002.

KOTAKA, F., PACHECO, M.L; HITAKI, Y. **Avaliação pelos usuários dos hospitais particulares do programa de qualidade hospitalar no Estado de São Paulo.** Revista Saúde Pública, v. 31, n.2, São Paulo, Abr. 1997.

LARENTIS, F.; GASTAL, F. **O Estado da Arte do Conceito de Valor para o Cliente: passado, presente e futuro.** Anais do I EMA – Encontro de Marketing da ANPAD, Porto Alegre/RS, novembro de 2004.

LEEBOV, W. E.; SCOTT, G.M. **Service Quality Improvement: the customer satisfaction strategy for healthcare**, Chicago, American Hospital Publishing, 1994.

LEVESQUÉ, B. **Les enterprises d'économie sociale, plus porteuses d'innovations sociales que les autres?** In: COLLOQUE DU CORS AU CONGRES DE L, acfas, 2001, Montreal, Cahiers du Crises, v. 0205, 2002.

LIMA-GONÇALVES, E.; ACHÉ, C. A. O Hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado**. Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 1, pp. 84-97, 1999.

LISBOA, T.C. Breve história dos hospitais: da Antiguidade à Idade Contemporânea. **Notícias Hospitalares**. São Paulo, ed. 37, jun./jul. 2002. Encarte Especial.

MACIEL-LIMA, S.M. **Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional.** Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 2, Rio de Janeiro: mar/abr 2004.

MALIK, A. M. e NOVAES, H. M. D. Situação e desafios do sistema hospitalar brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.12, n.4, p.822-822, jul./ago. 2007.

MARTINS, D. **Gestão Financeira de Hospitais.** São Paulo: Atlas, 1999.

MEZOMO, J. C. **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básic**os. São Paulo: Manole, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma operacional de assistência à saúde – Sistema Único de Saúde, 01/01/2001**. Disponível em < www.saude.gov.br.> Acesso em: 02 jul. 2007.

MINOTTO, R.. **A Estratégia em Organizações Hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**: estrutura em cinco configurações. São Paulo: Atlas, 1995.

MISOCZKY, M.C. Redes e Hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.37, n.2, p. 335-354, mar/abr. 2003

OLIVEIRA, M. e JUNQUEIRA L. A. P. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.37, n.2, p. 335-354, mar/abr. 2003

PAIM, J. S. **Políticas de Descentralização e Atenção Primária â Saúde**. In: ROUQUAYRUL, M. Z.; ALMEIDA, M.F. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medici, 1999.

PALERMO, F. K. de O. A reestruturação do sistema único de saúde através das parcerias público-privadas. **Revista Brasileira de Vigilância Sanitária**. São Paulo, v.1, n. 4, 2005.

PASTANA, C. F. Perspectivas de Avaliação na Gestão Pública: reflexão a partir da legislação do sistema único de saúde. Anais do XXVI Encontro da ANPAD, Salvador/BA, setembro de 2002.

PENTEADO FILHO, P. de A. Desafios da Reforma do Estado no Brasil: a questão das organizações sociais. **Organizações & Sociedade**. Cidade, v. 5, n. 11, p. 153-168, jan./abr.1998.

PORTER, M.; STEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRADE, S.S. et al. **Estudo brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários.** Revista de Controle de Infecção Hospitalar, v. 2, 1995.

RODRIGUES, P. H. **Responsabilidade dos Gestores Públicos de Serviços de Saúde**. Disponível em <www.ans.gov.br.> Acesso em: 10 jul. 2007.

SANTOS, L. Figuras Jurídicas da Administração Pública. **Debates GV Saúde**, v.1, 1 semestre de 2006.

SERAPIONE, M. **Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão do usuário e a perspectiva dos profissionais de saúde.** Saúde em Debate, v. 23, n. 53, 1999.

SHULZ, R.; JOHNSON, A. C. **Administração de Hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1976.

SILVA, J. C. da; VASCONCELOS, V. H. de C.; MATHIAS, H. M. S. Contrato de Gestão: viabilização gerencial para o atendimento à população em hospitais públicos. Anais do XXII Encontro da ANPAD, Foz do Iguaçu/PR, setembro de 1998.

SOARES, R. P.; CAMPOS NETO, C. Á. da S. **Considerações Sobre o Projeto de Lei de Parceria Público-privada (PPP) em Face da Experiência Recente no Brasil**. Brasília: IPEA, 2004.

_____. **Parcerias Público-privadas do Plano Plurianual**: proposta de um conceito. Brasília: IPEA, 2002.

SOUZA, T. A. de.; FALK, X. J. A.. Critérios de Qualidade no Atendimento em Serviços de Saúde: O Que Pensam os Seus Clientes Potenciais? Anais do XXI Encontro da ANPAD, Rio das Pedras /RJ, setembro de 1997.

SOUZA, R. R. de. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. In: NEGRI, Barjas, N.; VIANA, A. L. D. O Sistema Único de Saúde em Dez Anos de Desafio. São Paulo: CEALAG, 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primaria**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, J. **Assuntos Hospitalares na Visão Jurídica**. São Paulo: Pró-Saúde, 2008.

TRAD. LAB et al. **O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciência e Saúde Coletiva,** v.7, n. 3. Rio de Janeiro, 2002.

TREVISAN, L. N.; JUNQUEIRA, L. A. P. Construindo o "Pacto de Gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. **Ciência &. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.893-902, jul./ago. 2007.

VAITSMAN, J. et al. **Projeto de qualidade e satisfação dos usuários em organizações públicas de saúde.** Rio de Janeiro: FAPERJ/ENSP/FIOCRUZ, 2003.

VIANA, A. L. D.; FAUSTO, M. C. R. **Atenção Básica e Proteção Social**: universalismo X focalismo e espaço não mercantil da assistência. In: VIANA, A. L. D; Elias, P. E. M.; IBANEZ, N. Proteção social: dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005.

WALKER, D.O. **O cliente em primeiro lugar: o atendimento e a satisfação do cliente como uma arma poderosa de fidelidade e vendas.** São Paulo: Makron, 1991.

ANEXOS

Hospital_____ Formulário nº ____ Entrevistador:_____

1. Com que freqüência o (a) Senhor (a) utilizou os serviços do hospital no último ano?
( ) até 3 vezes ( ) 3 a 5 vezes
( ) mais de 5 vezes ( ) não utilizou

2 – O (a) Senhor (a) gosta do atendimento recebido na recepção do hospital?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

3 – O (a) Senhor (a) foi bem atendido pelos (as) enfermeiros (as)?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

4 – O (a) Senhor (a) teve um bom atendimento do médico?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

5 – A consulta resolveu o problema do Sr (a)?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

6 – Os demais funcionários do hospital apresentaram boa vontade em atender às solicitações feitas pelo (a) Senhor (a) ?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

7 – Como o (a) Senhor (a) classifica a limpeza, conservação e higiene das instalações?
( ) Ótima ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória

8 – O (a) Senhor (a) conseguiu realizar as marcações de consulta quando necessitou?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

9 – O (a) Senhor (a) conseguiu realizar as marcações de exames quando necessitou?
( ) sim ( ) não ( ) não se aplica

10 – O (a) Senhor (a) considera que o atendimento que recebeu hoje é o que esperava?
( ) sim ( ) não Porque:_____

11 – O (a) Senhor (a) poderia dar uma nota para cada um dos itens a seguir?
A nota deverá ser de 5 a 0, sendo 5 excelente e 0 péssimo.

iços	5	4	3	2	1	0	Não se aplica
lações							
icos							
peza							
cação de exames							
dez no atendimento							
ionários							
liares, Técnicos e Enfermeiros							

12 – Na sua opinião, a comunidade está satisfeita com os serviços prestados pelo hospital?
( ) sim ( ) não ( ) não sabe responder

13 – O (a) Senhor (a) sabe que este hospital é administrado pela Pró-Saúde?
( ) sim ( ) não

14 – O (a) Senhor (a) acha que houve melhorias no hospital com a gestão atual do hospital?
( ) sim ( ) não ( ) não sabe responder

15 – De maneira geral, o (a) Senhor(a) está satisfeito (a) com a prestação de serviços do Hospital?
( ) sim ( ) não