



Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do *mix* público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso: um estudo multicaso

Evaluation of the quality of hospital care in public-private mix of Public Health System in Mato Grosso: a multicase study

Paulo César de Souza¹, João Henrique G. Scatena²

Palavras-chave

Gestão hospitalar
Avaliação em saúde
Qualidade da assistência à saúde

Keywords

Hospital management
Health evaluation
Quality of health care

Recebido em:
13/06/2013

Aprovado em:
18/08/2013

Conflito de interesses:
nada a declarar

Fonte de financiamento:
nenhuma

RESUMO

Um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à assistência hospitalar tem sido a melhoria na qualidade dos serviços. Diante desse desafio, este trabalho se propôs a avaliar a qualidade de estrutura e processos de dez hospitais compostos por públicos administrados diretamente, públicos administrados por Organização Social de Saúde (OSS), privados e filantrópicos, distribuídos em três regiões de saúde do Estado de Mato Grosso. A pesquisa se classifica como um estudo multicaso descritivo com abordagem quantitativa, e seus dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2012, utilizando como instrumento o *checklist* para a verificação do cumprimento dos padrões de conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Os resultados demonstraram que os hospitais que apresentam melhores condições estruturais e de processo são os públicos administrados por OSS e filantrópicos, visto que em todas as análises essas duas formas de gestão se destacam. Por outro lado, os hospitais públicos de administração direta e os privados aparecem praticamente em todas as análises entre aqueles que obtiveram as piores notas. A limitação do estudo foi a dificuldade de se encontrar outros trabalhos que tenham utilizado o mesmo instrumento de modo que facilitasse a comparação e a discussão dos resultados.

ABSTRACT

One of the great challenges of the Public Health System (SUS) in relation to hospital care has been improving the quality of services. Faced with this challenge, this study proposes to evaluate the quality of structure and processes consist of ten public hospitals administered directly, managed by Organização Social da Saúde (OSS) public, private and philanthropic distributed in three health regions in the state of Mato Grosso. The research is classified as a descriptive multi case study with a quantitative approach, which had data collected during the first half of 2012, using the instrument as a checklist for assessing compliance with compliance standards of the National Evaluation of Health Services (PNASS). The results showed that hospitals that have better structure and process are administered by public and philanthropic OSS, whereas in all analyzes these two forms of management are highlighted. On the other hand, the public hospitals of direct administration and the private ones appear in virtually all analyzes among those who got the worst grades. A limitation of the study was the difficulty of finding other jobs that have used the same instrument to facilitate the comparison of results and discussion.

Trabalho realizado nas Cidades de Cuiabá, Várzea Grande, Cáceres, Tangará da Serra, Sapezal, Campo Novo do Parecis e Barra do Bugres, todas localizadas no Estado de Mato Grosso, Brasil.

1. Mestre em Saúde Coletiva; Contador da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e Professor da Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) – Barra do Bugres (MT), Brasil.

2. Pós-doutor em Saúde Pública; Professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.

Endereço para correspondência: Paulo Cesar de Souza – Avenida Deputado Emanuel Pinheiro, 1720 – CEP: 78390-000 – Barra do Bugres (MT), Brasil – E-mail: paulobbg@unemat.com.br

INTRODUÇÃO

Desde a sua constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) já obteve grandes avanços, no entanto, ainda existem dois grandes desafios, os quais se aplicam também à assistência hospitalar: os aumentos da eficiência e da qualidade¹.

Diante desses dois grandes desafios, a avaliação em saúde ressalta-se como um instrumento bastante útil, visto que, por meio de sua aplicação, é possível conhecer melhor a realidade vivenciada e propor medidas a fim de mudar essa realidade.

Não é fácil definir avaliação, pois quanto mais se discute, mais complexa fica sua definição². No entanto, é importante recorrer aos autores que se propuseram a defini-la, abrindo caminho para a compreensão de seu significado.

Embora pareça óbvio, avaliar é julgar, atribuir valor³. A avaliação também é definida como um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Assim, a avaliação visa verificar se seu objeto de análise é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena ou se está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz⁴.

A despeito de toda a diversidade e de discordâncias sobre os vários aspectos da avaliação, para alguns autores existe consenso com relação ao fato de que avaliar significa emitir um juízo de valor sobre uma intervenção ou um de seus componentes⁵.

Na saúde, ao avaliar, utiliza-se de teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas do conhecimento. Sendo assim, a avaliação deve ser compreendida como uma área de aplicação e não como uma ciência⁶.

A avaliação em saúde é classificada de acordo com as abordagens possíveis, e uma classificação bem aceita tem sido a tríade estrutura-processo-resultado⁷.

A avaliação da estrutura refere-se à verificação do grau de organização dos serviços, considerando fatores como: hierarquização do atendimento, padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção dos serviços, recursos humanos, estrutura física e os equipamentos⁸. O pressuposto principal da abordagem estrutural é a hipótese de que boas pré-condições, ou boa disponibilidade de recursos, como força de trabalho, instalações, equipamentos, entre outros, tendem a gerar resultados mais favoráveis⁹.

A abordagem processual consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica. A avaliação dos processos envolve, por exemplo, a auditoria de prontuários, supervisões periódicas, pesquisas de opinião pública etc⁸.

Quanto à avaliação dos resultados, os indicadores são utilizados a fim de estimar os reflexos na saúde da população decorrentes das medidas implementadas e as alterações nos perfis epidemiológicos.

A avaliação pode ser ainda normativa, quando, para a análise e julgamento, utiliza-se como padrão de comparação critérios e normas, ou pesquisa avaliativa, quando são utilizados métodos científicos para realizar os julgamentos¹⁰.

Diante da importância da avaliação em saúde aplicada à assistência hospitalar como meio de se conhecer melhor a realidade vivenciada, este trabalho objetivou avaliar a qualidade da assistência hospitalar prestada por dez hospitais que compõem o *mix* público-privado do SUS no Estado de Mato Grosso.

AValiação DA QUALIDADE HOSPITALAR NO BRASIL: INICIATIVAS E PERSPECTIVAS

A qualidade da atenção hospitalar sempre esteve em lugar de destaque, já que as primeiras iniciativas internacionais em relação à qualidade em saúde concentraram-se nos hospitais. Embora haja tal preocupação também no Brasil, são poucas as iniciativas voltadas para a avaliação e melhoria da qualidade da assistência hospitalar.

Praticamente todos os documentos do poder público brasileiro dos últimos 15 anos relacionados às políticas de saúde têm reconhecido a necessidade de melhoria na qualidade dos hospitais, porém apresentam, na prática, poucas iniciativas nesse sentido. Um bom número de hospitais tem desenvolvido iniciativas de melhoria da qualidade, seja no hospital como um todo ou em setores específicos; no entanto, estima-se que apenas 2% dos hospitais brasileiros já estabeleceram programas contínuos de aperfeiçoamento da qualidade que envolvesse toda a organização. Percebe-se que as iniciativas são voluntárias, carecendo de políticas nacionais voltadas para a qualidade em hospitais, estabelecendo mecanismos de responsabilização a fim de promover a melhoria da qualidade no sistema como um todo¹¹.

Embora não existam ações amplas, com o envolvimento em massa de todos os hospitais, as iniciativas existem, havendo a necessidade de ser analisadas. Assim, faz-se necessário um retrospecto histórico das ações existentes até os dias atuais a fim de destacar sua importância.

Sabe-se, com relativa certeza, que o primeiro estudo brasileiro visando melhorar a qualidade hospitalar foi realizado por Odair Pedroso em 1935. Ele elaborou uma ficha de inquérito hospitalar para a Comissão de Assistência Hospitalar do

Ministério da Saúde, a qual foi substituída posteriormente pelo Serviço de Medicina Social, atualmente extinto¹².

No ano de 1951, aconteceu, em São Paulo, o 1º Congresso Nacional do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões. Nesse evento, foram discutidos e estabelecidos os primeiros padrões mínimos para o centro cirúrgico, sendo estudados ainda aspectos relacionados à planta física e à organização desse setor hospitalar. Além disso, também foram estabelecidos os componentes do prontuário médico e outras normas gerais necessárias ao bom funcionamento dos hospitais¹³.

Outro fato marcante em relação à qualidade hospitalar no país foi a criação da Divisão de Organização Hospitalar (DOH) do Ministério da Educação e Saúde em 1941. Essa divisão tinha por função coordenar, cooperar ou orientar os estudos e a solução dos problemas de assistência à saúde no País¹⁴.

Em 1966, houve a consolidação dos institutos de previdência, surgindo, então, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), promovendo, no País, a expansão da rede de serviços. A partir de então, houve a necessidade de se realizar a classificação dos hospitais do Brasil. No ano de 1968, foram estabelecidas as normas para essa classificação, incluindo elementos de natureza estrutural como planta física, equipamento, utensílio, instalações e administração. Além disso, incluía os prontuários, além de rotinas e instruções escritas dos serviços diagnósticos e terapêuticos. Essa classificação e padronização era requisito para o credenciamento dos hospitais no INPS¹⁵.

Existem outras iniciativas relacionadas à qualidade, seja por parte dos órgãos públicos ou de organizações não governamentais, sendo aqui destacadas o licenciamento, a certificação e a acreditação.

O licenciamento refere-se à autorização para o funcionamento, mediante verificação dos padrões mínimos. Ele ocorre quando uma autoridade governamental concede a um profissional individual ou a uma organização prestadora de serviços de saúde a permissão de funcionar. Esse licenciamento objetiva assegurar que o serviço atende aos padrões mínimos de segurança dos pacientes e proteção à saúde das pessoas¹⁶. No Brasil, o licenciamento dos serviços de saúde é realizado atualmente pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

A certificação é definida como um processo pelo qual um órgão autorizado, seja operadora ou organização governamental ou não governamental, avalia uma organização e reconhece que ela atende a padrões ou critérios predeterminados¹⁶.

A acreditação é um processo formal por meio do qual um órgão reconhecido, normalmente uma organização não governamental (ONG), avalia um serviço de saúde e verifica se este cumpre critérios aplicáveis, predeterminados e publicados¹⁶. Para La Forgia e Couttolenc¹¹, a distinção entre certificação e acreditação não é muito clara, visto que, em alguns países, a acreditação apresenta-se como uma ferramenta de certificação, o que parece ser aceitável.

Em virtude de sua importância, faz-se necessário discorrer a respeito da acreditação realizada no Brasil e suas particularidades. Aqui, entende-se acreditação como método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que visa garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos¹⁷.

No Brasil, a acreditação de serviços de saúde começou a ser pensada a partir de 1986, quando o Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC) criou a Comissão de Avaliação Hospitalar. Esta comissão teve seu interesse despertado pelo trabalho realizado nos Estados Unidos pela JCAHO, órgão responsável pela acreditação dos hospitais americanos. A implementação da acreditação deu-se por meio do incentivo da Organização Panamericana da Saúde, sendo criado, em 1991, com o apoio da Federação Latino-Americana de Hospitais, o primeiro instrumento destinado à acreditação de hospitais. A organização do sistema de acreditação no Brasil deu-se no ano de 1992, em Brasília, partindo da discussão de diversas instituições ligadas à saúde. Foi criado o Grupo Técnico de Acreditação, envolvendo representantes de prestadores de serviços, financiadores, compradores e universidades¹⁵.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade a fim de difundir a cultura da qualidade e acreditação. Esse programa estabeleceu a avaliação e certificação dos serviços de saúde como um projeto estratégico para o biênio 1997/1998. No entanto, o Programa Brasileiro de Acreditação foi lançado oficialmente somente no mês de novembro de 1998, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência à Saúde em Budapeste, sendo, ali, apresentado o instrumento nacional desenvolvido e conduzido por Humberto de Moraes Novaes. Esse forte movimento visando à criação do Sistema Brasileiro de Acreditação culminou com a criação da entidade Organização Nacional de Acreditação (ONA) em maio de 1999¹⁸.

A Organização Nacional de Acreditação é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, que tem por objetivos a implantação e implementação, em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da

qualidade da assistência à saúde, estimulando os serviços a atingirem padrões mais elevados de qualidade¹⁷. O processo de acreditação de hospitais é voluntário, e, quando solicitado, a instituição é avaliada por uma instituição acreditadora credenciada pela ONA com base no Manual Brasileiro de Acreditação.

Os requisitos desse manual são distribuídos em três níveis, os quais abordam três conceitos: estrutura, processos e resultados. Tais conceitos são observados em cada um dos três níveis. A organização é avaliada e pode ser enquadrada inicialmente no nível 1, o qual é denominado apenas de acreditação, já o nível 2 é denominado de acreditação plena, sendo ambos válidos por dois anos. O nível 3 é válido por três anos e indica que o hospital está acreditado com excelência. Os níveis são estruturados com base em princípios específicos. O princípio do nível 1 é Segurança, do nível 2, Gestão Integrada e do Nível 3, Excelência em Gestão. Cada um desses níveis busca também expressar fundamentos reconhecidos internacionalmente e podem se traduzir em melhores práticas, as quais são: visão sistêmica, liderança e estratégias, orientação por processos, foco no cliente, foco na prevenção, foco na segurança, responsabilidade socioambiental, cultura da inovação, melhoria contínua e orientação para resultados¹⁷.

Existem evidências de que os programas de acreditação contribuem para o aperfeiçoamento da qualidade dos sistemas de saúde e melhoria da qualidade dos serviços médicos. No entanto, a grande dificuldade é que, em virtude da acreditação não ser um processo obrigatório, é ainda muito pequeno o número de hospitais acreditados no país¹¹.

A partir de 1990, surgiu, em São Paulo, por iniciativa da Associação Paulista de Medicina (APM) e do Conselho Regional de Medicina (CREMESP), um sistema de avaliação de qualidade hospitalar denominado Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH). É o mais antigo sistema de avaliação da qualidade existente no Brasil e utiliza o quadro de referência clássico de estrutura, processos e resultados¹¹. O programa envolve a coleta e análise regular de informações sobre gestão hospitalar, utilizando alguns indicadores selecionados, sendo posteriormente realizada visita para verificação *in loco* desses padrões⁴.

O programa CQH permite o chamado *benchmarking* com pelo menos cem hospitais do Estado de São Paulo. O *Benchmarking* é um processo contínuo e sistemático para avaliar produtos, serviços e processos de trabalho de organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas, as quais servem de padrão para as demais. Assim, as organizações que estão em um nível inferior utilizam as melhores como parâmetro de comparação¹⁹.

A partir do ano 2000, o Ministério da Saúde lançou diversos programas inovadores voltados à melhoria da qualidade nos hospitais financiados pelo SUS, mas muitos deles encerraram-se com pouco tempo de funcionamento, são eles: Programa de Centros Colaboradores, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, Cartas de Usuários e Disque Saúde. Mesmo diante da crescente evidência de insuficiência de qualidade, as autoridades nacionais de saúde não têm desenvolvido esforços coerentes e sustentáveis para colocar na agenda as questões relacionadas à qualidade¹¹.

Para a finalidade deste trabalho, destaca-se o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Esse programa é um redesenho do programa anterior intitulado Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares, criado em 1998.

O programa foi idealizado para avaliar todos os tipos de serviços hospitalares, sendo essa avaliação baseada no mesmo modelo teórico empregado pela ONA, ou seja, estrutura, processos e resultados. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. Foi elaborado um instrumento que aborda as seguintes dimensões: Roteiro de padrões de conformidade, Indicadores, Pesquisa de satisfação dos usuários e Pesquisa das condições e relações de trabalho. A mesma avaliação foi realizada em dois momentos, uma realizada pelo estabelecimento e outra pelo gestor local, sendo os dados obtidos registrados no *site* do programa. Foi definido um roteiro de padrões de conformidade, contendo 22 critérios, os quais foram classificados em Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R). Por meio dessa avaliação, cada unidade avaliada recebe uma pontuação, a qual irá determinar sua classificação entre os níveis estabelecidos²⁰.

A primeira edição do PNASS foi realizada entre novembro de 2004 e outubro de 2006, estando o programa atualmente em reformulação. Embora esse programa represente um avanço, duas críticas merecem ser consideradas: (1) os responsáveis pela aplicação do instrumento foram servidores públicos que trabalham no SUS; visto que a aplicação se restringe às unidades do SUS, os inspetores não são partes independentes, podendo causar um viés na avaliação; e (2) não há incentivos de natureza financeira, regulatória ou outros para que os gestores elevem os seus padrões, produzindo melhoria nos indicadores a partir das próximas avaliações¹¹.

METODOLOGIA

Este trabalho é um recorte de uma tese de doutorado em Ciências da Saúde em fase de qualificação e caracteriza-se como um estudo multicaso descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em dez hospitais distribuídos entre públicos (4), privados (3) e filantrópicos (3), localizados em 3 das 16 regiões de saúde constituídas no Estado de Mato Grosso. Os hospitais-caso, todos vinculados ao SUS, representam 8% dos hospitais mato-grossenses e quase 18% dos leitos vinculados a esse sistema. Quanto ao porte, considerando os leitos totais, os hospitais são bastante ecléticos, havendo hospitais de pequeno (3), médio (5) e grande porte (2).

Os dados para a pesquisa foram coletados durante o segundo semestre de 2012 utilizando como instrumento o Roteiro de Padrões de Conformidade do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)²⁰. Ao se utilizar apenas o roteiro de padrões de conformidade, visto que o instrumento oferece outras ferramentas, essa avaliação se concentra na análise da estrutura e dos processos, não se concentrando nos resultados. Pode ser considerada também uma avaliação normativa, uma vez que no instrumento cada item verificado traz ao seu lado a fundamentação legal. O instrumento é composto de um *checklist* contendo 132 de itens para a verificação de sua existência e realização no hospital, tendo como opção de resposta sim ou não. Os itens são subdivididos em 22 critérios e agrupados em 3 blocos, os quais são: Gestão organizacional, Apoio técnico e logístico e Gestão da atenção à saúde. Para avaliação dos itens, o instrumento define padrões que sinalizam risco ou qualidade, os quais são classificados como Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R). Não existe a opção não se aplica para os itens, no entanto, é possível que, em virtude do porte ou complexidade do hospital, algum dos critérios não se aplique sem prejuízo para a avaliação do hospital.

Os dados obtidos por meio da utilização do instrumento do PNASS foram tabulados de forma que gerassem uma nota para cada hospital, a qual foi transformada em percentual, podendo assim variar de 0 a 100%. Para realizar a tabulação e processamento dos dados, foi utilizado o *software* livre Epidata 3.1 e *Microsoft excel*.

No instrumento do PNASS²⁰, cada critério do roteiro de padrões de conformidade tem uma pontuação máxima de 12 pontos e porcentagem atribuída de 100%. Assim, os itens Imprescindíveis (I) têm peso 3, os Necessários (N), peso 2, e os Recomendáveis (R), peso 1. Ressalta-se que a pontuação máxima é sempre 100, visto que foi

considerada a quantidade de pontos obtidos diante dos pontos possíveis em função dos critérios aplicáveis ao estabelecimento analisado.

Ressalta-se que essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, recebendo parecer favorável sob o número 45.667 de 27/06/2012, e os procedimentos realizados obedeceram aos termos estabelecidos no documento de autorização da pesquisa emitido pela direção de cada hospital. Entre esses termos está a não divulgação do nome do hospital, mas a utilização apenas de identificação numérica aleatória.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO MIX PÚBLICO-PRIVADO

Ao iniciar a apresentação dos resultados, é importante ressaltar que este trabalho caracteriza-se como um estudo de caso múltiplo que se utiliza da estatística descritiva, no entanto, não se propõe a estabelecer inferências. Desse modo, o resultado da análise das dez unidades hospitalares estudadas não reflete necessariamente a realidade de toda a rede hospitalar do Estado, oferecendo recortes dela.

Dentre as dez unidades hospitalares pesquisadas, há o predomínio de hospitais públicos (40%) e equilíbrio na representatividade percentual de hospitais privados (30%) e filantrópicos (30%). Esse predomínio do público deu-se pela inclusão, no processo de seleção, de um hospital inaugurado em 2011 que está sendo gerenciado por uma Organização Social de Saúde (OSS), tendo inclusive todos os funcionários contratados pela entidade sob regime celetista, possibilitando, assim, verificar a qualidade da assistência em um hospital com esse modelo de gestão. Ao longo da organização da pesquisa, outro hospital foi incluído pelo poder público no mesmo modelo de gestão, no entanto, com o quadro de funcionários misto, ou seja, celetistas contratados pela OSS e servidores de carreira (estatutários) que já trabalhavam no hospital.

Assim, será interessante, ao longo deste trabalho, discutir os resultados não somente tendo por base a natureza jurídica mas também o modelo de gestão dos hospitais públicos. Tais dados poderão contribuir para fomentar discussões referentes ao *mix* público-privado e à transferência da gestão de hospitais públicos para OSS.

De acordo com o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde²¹, é de amplo reconhecimento a necessidade de se viabilizar alternativas de modelos gerenciais para os serviços públicos de saúde, inclusive na gestão de recursos humanos, que vão além do modelo existente na administração

direta e indireta autárquica, na busca pela tão imprescindível agilidade e eficiência do atendimento.

A Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso, com base na Lei Complementar nº 150²², a qual foi alterada pela Lei Complementar nº 417²³, optou pela transferência da gestão dos hospitais estaduais, mediante contrato de metas, para as OSS. No entanto, a legitimidade do modelo e o modo de operacionalização têm sido objeto de questionamento por parte de algumas entidades organizadas. Assim, este trabalho, sem a pretensão de defender qualquer posição, propõe-se a contribuir com o debate, visando sempre a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos.

Outra característica refere-se ao porte do hospital que pode, segundo o Ministério da Saúde²⁴, ser pequeno (até 50 leitos), médio (de 51 a 150 leitos) ou grande (de 151 a 500 leitos). Dos dez hospitais investigados, cinco são pequenos, três médios e dois grandes. Nesse sentido, a configuração dos hospitais-caso, segundo porte, aproxima-se da rede hospitalar de Mato Grosso, onde 98,8% dos hospitais são de pequeno e médio porte.

Ao analisar os dados da pesquisa realizada para o PNASS (2004–2005), Correa²⁵ relacionou o cumprimento dos padrões de conformidade ao porte, observando que, quanto maior o porte, melhor foi o cumprimento dos padrões do roteiro de conformidades. Considera-se importante verificar se essa constatação se repete entre os hospitais objetos desta pesquisa.

Conforme já destacado na metodologia, o PNASS²⁰ é composto de 22 critérios que são agrupados em 3 blocos: Gestão organizacional, Apoio técnico e logístico e Gestão da atenção à saúde. Na avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinela, os quais denotam risco ou qualidade e definem a pontuação a ser aplicada a cada critério. Os padrões sentinelas são classificados em: Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R).

Os Imprescindíveis são aqueles estabelecidos nas normas e causam riscos imediatos à saúde; é o tipo de constatação que demanda intervenção urgente. Os Necessários também estão nas normas e causam riscos mediatos à saúde. Os Recomendáveis não estão definidos em normas, mas representam um diferencial quanto à qualidade na prestação do serviço.

Apresenta-se, a seguir, a pontuação dos hospitais em cada um desses padrões sentinelas, que é expressa em percentual, ou seja, pode variar de 0 a 100%, e refere-se somente aos critérios que, dentre aqueles 22, foram aplicáveis

a cada unidade avaliada. Em conformidade com os preceitos éticos, o sigilo sobre o nome dos hospitais é respeitado.

A Figura 1 mostra que nenhum dos hospitais atingiu 100% no cumprimento dos padrões Imprescindíveis, com destaque para os hospitais 9 (79%), 5 (82%) e 10 (85%), que apresentaram a menor pontuação nesse padrão sentinela.

Desse modo, fica evidente que existem pontos que demandam ações imediatas, visto que o descumprimento desses padrões acarreta riscos imediatos à saúde dos pacientes. No entanto, embora seja o ideal, seria difícil encontrar um hospital alcançando 100% dos padrões Imprescindíveis e, embora esse percentual não tenha sido alcançado, os percentuais encontrados não estão tão distantes disso, variando de 79 a 97%.

Quanto à natureza jurídica, os hospitais em que foram observadas aquelas menores pontuações nos itens considerados Imprescindíveis são respectivamente público, filantrópico e privado. Obtiveram as maiores pontuações nesse padrão sentinela um hospital filantrópico (4) e dois hospitais públicos (6 e 3).

Quanto ao modelo de gestão, os dois hospitais públicos que aparecem em segundo e terceiro lugar na pontuação desse padrão sentinela são gerenciados por OSS. Dentre aqueles três com menor pontuação, o hospital público está sob gestão direta.

Quanto aos padrões Necessários, do mesmo modo, nenhum dos hospitais alcançou 100%, destacando-se os hospitais 4 (filantrópico), 3 (público) e 1 (filantrópico) com as maiores pontuações. Nesse padrão de conformidade, os hospitais filantrópicos destacam-se juntamente com o hospital público gerido por uma OSS.

Dentre os hospitais que apresentaram menor pontuação nesse padrão sentinela (64%, 69%, 77%, 77%) aparecem dois hospitais públicos sob gestão direta e dois privados.

No cumprimento dos padrões Recomendáveis, os três hospitais que se destacam com as maiores pontuações obtiveram: 3 (93%), 1 (84%) e 6 (84%); um é filantrópico e dois deles são os mesmos públicos sob gestão OSS que obtiveram elevada pontuação nos padrões Imprescindíveis.

As menores pontuações dos padrões sentinelas recomendáveis foram obtidas pelos hospitais 9 (36%), 10 (42%) e 2 (47%). Dentre estes, dois são públicos sob gestão direta e um é privado. Percebe-se, especialmente nesse padrão sentinela que representa diferencial na qualidade dos serviços, uma grande diferença entre os hospitais públicos sob gestão direta e os públicos sob gestão de OSS, diferença esta que se deve atentar ao longo da apresentação dos demais resultados.

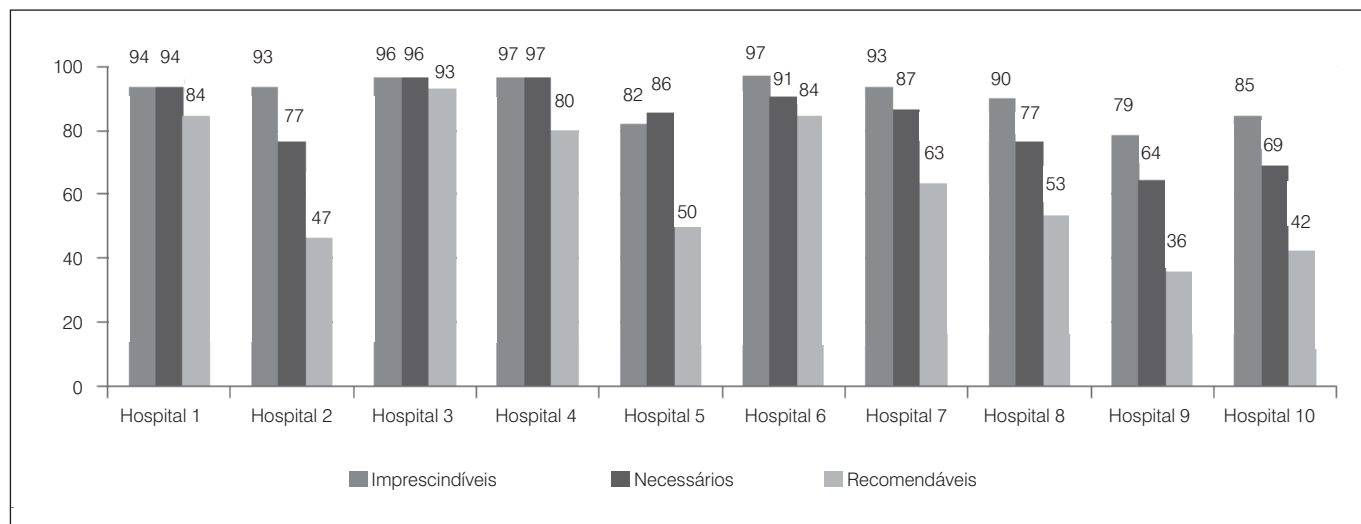


Figura 1. Pontuação obtida pelos hospitais nos padrões sentinela de conformidade, Mato Grosso, 2012.

Analisando-se o cumprimento dos padrões de conformidade por bloco, tem-se inicialmente o de Gestão organizacional, cujo percentual é a média daqueles três padrões relatados anteriormente para os itens que compõem cada bloco. Nesse bloco, obtiveram 96% de cumprimento dos padrões os hospitais 3, 4 e 6 (Figura 2), um deles filantrópico e os outros dois públicos sob gestão de OSS. Com as menores pontuações apareceram os hospitais 10 (58%), 5 (63%) e 9 (67%), sendo respectivamente privado, filantrópico e público sob gestão direta.

No bloco Apoio Técnico e Logístico, as maiores pontuações foram apresentadas por aqueles mesmos três hospitais: 3 (97%), 4 (94%) e 6 (94%), diferenciando-se apenas na pontuação. As menores pontuações desse bloco foram obtidas pelos hospitais 9 (62%), 2 (67%) e 8 (71%). Os dois primeiros são públicos sob gestão direta e o terceiro é privado.

Quanto ao último bloco (Gestão da atenção à saúde), com as maiores pontuações aparecem os hospitais 1 (93%), 3 (92%) e 4 (83%), sendo o primeiro e o terceiro filantrópicos e o segundo um dos públicos sob gestão por OSS. As menores pontuações foram obtidas pelos hospitais 9 (50%), 10 (63%) e 5 (71%), respectivamente público, privado e filantrópico.

Ao analisar o percentual obtido em cada bloco, constata-se que os blocos Apoio técnico e logístico (81%) e Gestão organizacional (80%) praticamente aparecem no mesmo nível de atendimento, enquanto o bloco Gestão da atenção à saúde (76%) ficou um pouco abaixo daquele percentual.

Ao analisar os resultados do PNAS 2004–2006 para os hospitais de pequeno porte, Correa²⁵ verificou que era mais frequente o cumprimento dos padrões relacionados ao bloco Gestão organizacional (guarda de prontuários e responsável para resolução de situações adversas). Os padrões relacionados aos blocos Apoio técnico e logístico (controle de infecção hospitalar; limpeza, desinfecção e esterilização de materiais; manutenção predial corretiva e manutenção corretiva de equipamento) e Gestão da atenção à saúde (recursos humanos em atendimento em urgência e emergência) foram os que apresentaram as piores pontuações.

Acredita-se que, em virtude de o estudo de Correa²⁵ ter se concentrado nos hospitais de pequeno porte, a realidade por ela encontrada diferencia-se dos achados desta pesquisa. Diferentemente do estudo de Correa²⁵, nesta análise o bloco Apoio técnico e logístico apresentou melhor nível de adequação, com percentual praticamente igual ao do bloco Gestão organizacional.

Resta agora apresentar a pontuação final obtida pelos hospitais selecionados nos padrões de conformidade, a qual também é apresentada em percentual (Figura 3).

Dentre os quatro hospitais com as maiores pontuações — 3 (95%), 4 (91%), 1 (91%) e 6 (91%) — estão dois hospitais públicos sob gestão de OSS e dois filantrópicos. Os dois hospitais com as menores pontuações — 9 (60%) e 10 (65%) — são respectivamente público sob gestão direta e privado.

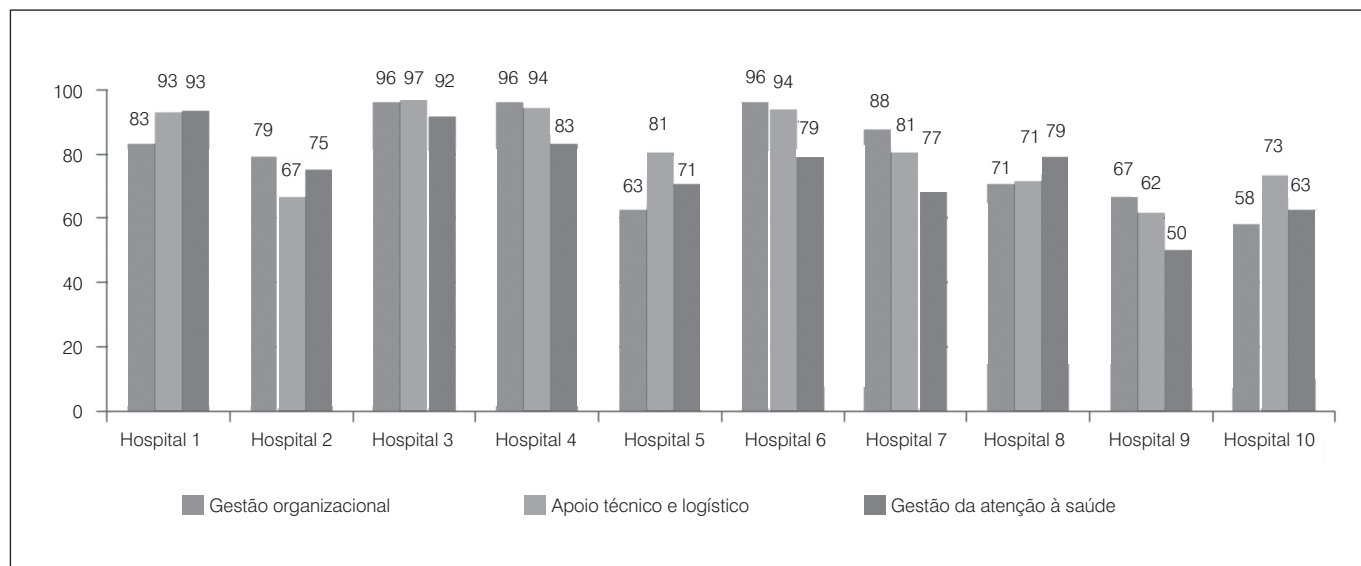


Figura 2. Pontuação obtida de acordo com o bloco dos padrões de conformidade, Mato Grosso, 2012.

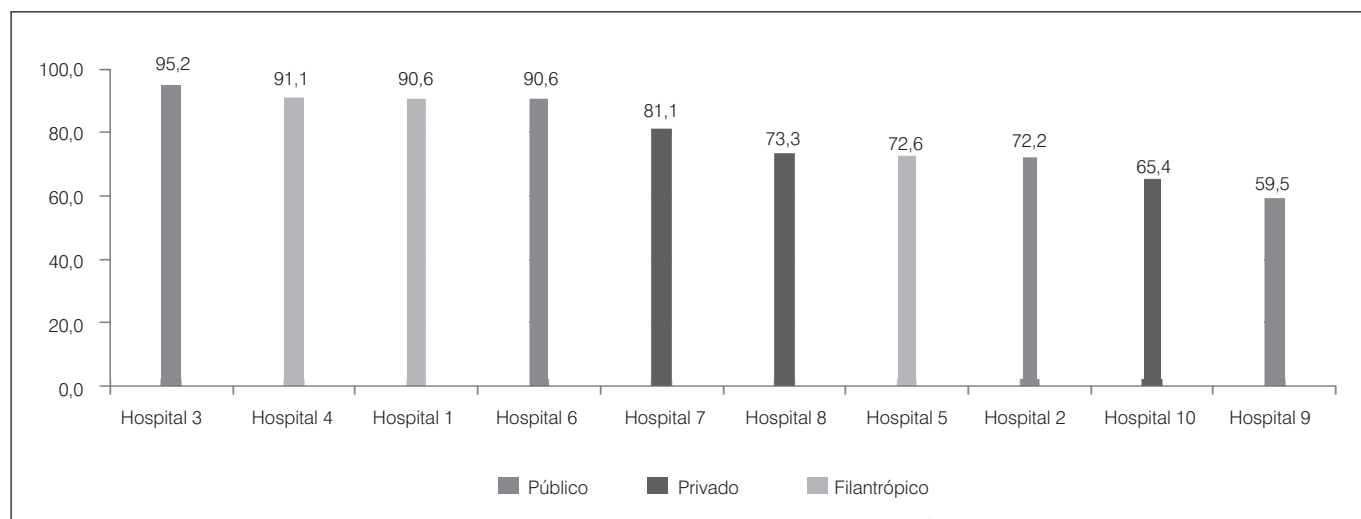


Figura 3. Pontuação final em percentual obtida pelos hospitais selecionados nos padrões de conformidade, Mato Grosso, 2012.

Neste estudo, não foi possível confirmar a constatação de Correa²⁵ em relação à pesquisa do PNASS (2004–2005) de que, quanto maior o porte, melhor o cumprimento dos padrões do roteiro de conformidades. Neste estudo, dentre os quatro hospitais que alcançaram melhor pontuação no cumprimento dos padrões de conformidade, apenas um é de grande porte. Na verdade, existem particularidades nas pesquisas que dificultam a comparação dos resultados. Aqui se trabalhou com dez unidades selecionadas, dentre as quais duas de grande porte, enquanto a pesquisa do PNASS trabalhou com um total de 3.815 hospitais, dentre os quais 354 tinham de 150 a 499 leitos.

Se considerado o percentual dos hospitais de grande porte que estão entre os que obtiveram as melhores notas, teria-se o percentual de 50%, enquanto os outros três dentre os quatro que apresentaram as melhores notas são de médio porte, ou seja, todos os hospitais de médio porte do grupo selecionado estão entre os quatro que apresentaram as melhores notas. Assim, o melhor cumprimento dos padrões não ocorreu entre os hospitais de grande porte nesta pesquisa, mas entre aqueles que são de médio porte, não se assemelhando, assim, o resultado ao encontrado no estudo retromencionado.

Nesta avaliação utilizando o roteiro de padrões de conformidade do PNASS, destacaram-se os hospitais públicos geridos por OSS e os filantrópicos. Ressalta-se que nenhum dos hospitais privados estudados apareceu entre aqueles com maiores pontuações, pelo contrário, geralmente eles estavam representados entre os que obtiveram menores pontuações. Os hospitais públicos sob gestão direta em quase todas as análises figuraram entre aqueles que obtiveram as menores pontuações. Não há que se olvidar aqui do problema verificado na forma de organização da assistência hospitalar do SUS no Estado de Mato Grosso, que se refere à alta concentração dos leitos na região central do Estado. Esse problema é um elemento complicador, pois, em virtude dessa concentração, existem hospitais que trabalham para atender à demanda de todo o Estado, operando muitas vezes acima de sua capacidade, situação que pode comprometer a qualidade do atendimento.

Na análise dos padrões de conformidade, segundo uma metodologia específica proposta pelo MS, evidenciou-se uma diferença entre os hospitais públicos de gestão direta e aqueles gerenciados por OSS. Destaca-se, assim, a questão da influência que o modelo de gestão pode exercer na qualidade da assistência prestada pelos hospitais públicos, embora esta seja mensurada por uma tecnologia que, como qualquer outra, não está isenta de limitações e de críticas.

Em uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo, foi realizada a comparação entre quatro áreas administrativas de hospitais públicos sob gestão direta e sob gestão de OSS, as quais são: gestão de RH, gestão de recursos orçamentário-financeiros, contratação de serviço e compra de materiais. Na realidade estudada, o modelo de gestão com OSS apresentou vantagens em quase todas as áreas, com exceção da área de contratação de serviços²⁶.

Segundo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES)²¹, nos últimos 20 anos de existência do SUS foi sendo construído um amplo consenso de que, na base das alternativas de modelos inovadores de gestão, estão dois aspectos fundamentais: a autonomia gerencial e o contrato de autonomia entre a gestão pública e a gerência da unidade de saúde, o qual estabelece todos os termos, inclusive as metas a serem alcançadas. Esses dois aspectos estão presentes nesse modelo baseado na transferência da gestão para as OSS no Estado de Mato Grosso. No entanto, qualquer que seja o suporte jurídico legal para o estabelecimento da autonomia gerencial, a

orientação básica deve ser o que está disposto a respeito da Administração Pública no Artigo 37 da Constituição Federal, ou seja, os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados desta pesquisa demonstraram que, ao comparar o cumprimento dos padrões de conformidade por parte dos hospitais, em geral destacaram-se os hospitais filantrópicos e os públicos sob gestão OSS. Essas duas formas de gestão apareceram em todas as comparações como aquelas que mais cumpriram os padrões de conformidade, ou seja, tanto na análise do cumprimento dos padrões sentinelas (Imprescindíveis, Recomendáveis e Necessários), na análise do cumprimento dos padrões por bloco (Gestão organizacional, Apoio técnico e logístico e Gestão da atenção à saúde) e também na análise da pontuação final obtida por cada hospital. Outro dado que chama a atenção é que, além de não aparecerem em nenhum momento entre os hospitais que obtiveram as melhores pontuações, as menores pontuações sempre foram obtidas por hospitais privados ou públicos sob gestão direta.

Interessante notar que, na análise dos padrões sentinela Recomendáveis, ou seja, aqueles que representam diferencial na qualidade dos serviços de saúde, dentre os três hospitais que apresentaram as melhores pontuações, as quais estão entre 84 e 93%, dois são públicos sob gestão OSS e um é filantrópico. Os outros dois hospitais públicos estão entre os que apresentaram as menores pontuações, as quais estão entre 36 e 47%. Assim, entre os hospitais públicos, percebe-se que há um grande abismo entre os hospitais públicos sob gestão direta e aqueles gerenciados por OSS nesse padrão sentinela, já que o atendimento a esse padrão mostra que o hospital apresenta um diferencial na qualidade dos serviços prestados. Desse modo, os dados deixam evidente que os hospitais gerenciados por OSS apresentam maior nível de qualidade em sua estrutura e processos.

Embora os resultados dessa análise mostrem que entre os hospitais públicos aqueles que estão sendo gerenciados por OSS apresentam bons resultados nessa avaliação de estrutura e de processos, há uma importante pergunta que poderá ser respondida futuramente por outros estudos: a que custo isso se tornou possível? Assim, uma análise de eficiência, tendo por base os valores repassados pelo poder público para que esse tipo de gestão seja efetivado

e os resultados obtidos é interessante, a fim de verificar a coerência entre recursos empregados e resultados obtidos.

Na análise da pontuação final obtida pelos hospitais, percebe-se que entre os quatro hospitais que apresentaram as melhores pontuações, as quais estão entre 90,6 e 95,2%, destaca-se em primeiro lugar um hospital público gerenciado por OSS, em segundo e terceiro dois filantrópicos e em quarto outro hospital público gerenciado por OSS. Assim, quanto ao tipo de prestador, nota-se que os públicos e os filantrópicos também se destacaram nessa avaliação de estrutura e de processos, não aparecendo nenhum dos hospitais privados entre os quatro primeiros. Os dois hospitais com as menores pontuações — 9 (60%) e 10 (65%) — são, respectivamente, público sob gestão direta e privado, repetindo o que já vinha ocorrendo nas análises anteriores, ou seja, esse tipo de gestão sempre aparecendo entre os que obtiveram as menores notas na avaliação de estrutura e processos.

Finalmente, é importante ressaltar que este trabalho apresentou como limitação a dificuldade de se encontrar outras pesquisas utilizando o mesmo instrumento, de modo que a comparação com outros estudos ficou bastante restrita.

DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Paulo Cesar de Souza participou da revisão bibliográfica, coleta de dados, tabulação e análise dos dados, discussão dos resultados e revisão final.

João Henrique G. Scatena participou da revisão bibliográfica, análise dos dados e discussão dos resultados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006.
2. Calvo MCM. Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde no Brasil: O mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998. [Tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
3. Nemes MIB. Avaliação em saúde: questões para os programas DST/AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids; 2001.
4. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde. Volume 3. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 (Série Saúde & Cidadania).
5. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(1):165-81.
6. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2001.
7. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessments. (Explorations in Quality Assessment and Monitoring). Ann Arbor: Health Administration Press; 1980, v.1.
8. Eduardo MBP. A informação em saúde no processo de tomada de decisão. Rev Adm Pública. 1990;24(4):70-7.
9. Vuori H. A qualidade da saúde. Divulg Saúde Debate. 1991;3:17-25.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M. A. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
11. La Forgia G, Couttolenc BF. Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009.
12. Emídio LF. Gestão da qualidade dos processos assistenciais e acreditação hospitalar. [Dissertação]. Brasília: Universidade Católica de Brasília; 2009.
13. Carvalho LF. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev Paul Hosp. 1973;21(3):107.
14. Treviso P, Brandão FH, Saitovitch D. Construção de indicadores em serviços de saúde. Rev Adm Saúde. 2009;11(45):182-6.
15. Schiesari LMC, Kisil M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. Rev Adm Saúde. 2003;5(18):7-17.
16. Rooney AL, Ostemberg, PRV. Licensure, accreditation, an certification: approaches to health services quality. Bethesda: Quality Assurance Project; 1999.
17. ONA – Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília; 2010.
18. Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICKO. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):213-9.
19. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Rev Adm Saúde. 2008;10(40):87-93.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Caderno do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Brasília ; 2004.
21. Cebes. Necessidade de reformar a estrutura administrativa do gerenciamento público dos estabelecimentos públicos de prestação de serviços de saúde In: Santos NR, Amarante, PDC. (organizadores). Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
22. Mato Grosso. Lei complementar nº 150 de 08 de janeiro de 2004. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais - OS, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. Cuiabá: Diário Oficial do Estado; 2004.
23. Mato Grosso. Lei complementar nº 417 de 17 de março de 2011. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 150, de 08 de janeiro de 2004, que dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais - OS, no âmbito do Poder Executivo Estadual, e dá outras providências. Cuiabá: Diário Oficial do Estado; 2011.
24. Ministério da Saúde. Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde. Brasília; 2004.
25. Correa LRC. Os hospitais de pequeno porte no Sistema Único de Saúde brasileiro e a segurança do paciente [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2009.
26. Ferreira Júnior WC. Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas: Estudo comparativo entre a administração direta e as organizações sociais de saúde. [Dissertação]. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo; 2004.