

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

RENATO CARLOS MACHADO

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo

Ribeirão Preto

2023

RENATO CARLOS MACHADO

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD)

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo para obtenção de título de doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Prof.^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster

Ribeirão Preto

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica

Machado, Renato Carlos

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo/ Renato Carlos Machado – Ribeirão Preto, 2023.

131 f.: il.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo para obtenção de título de doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientadora: Aldaísa Cassanho Forster

Descritores: Gestão em Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Efetividade. Eficiência organizacional

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Machado, Renato Carlos

Título: Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade da São Paulo para obtenção de título de doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Aprovado em:

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese às minhas filhas Heloísa e Sofia, a minha esposa Elidalva e a todos que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão deste sonho e aperfeiçoamento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela dedicação aos alunos, a Dra. Fabiana Machado Zacharias e a Dra. Fernanda Bergamini pela importante contribuição para esta tese. Em especial a professora Lucieli Pedreschi Chaves pela importante contribuição nas sugestões do exame geral de qualificação.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

EPÍGRAFE

“Nada, absolutamente nada resiste ao trabalho”

Euryclides de Jesus Zerbini (Universidade de São Paulo)

RESUMO

MACHADO, R C. **Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo**. 2023. (Tese doutorado)

– Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: A assistência e gestão hospitalar no SUS são grandes desafios para os gestores em saúde. O contrato de gestão, modalidade para contratualização de serviços em saúde, é baseado no planejamento, alocação de recursos, avaliação, controle e incentivos que condicionam os recursos recebidos ao alcance de metas. No âmbito do SUS, esta modalidade iniciou em 2004, com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Foram adotados sistemas mistos de orçamento global, condicionando o pagamento de procedimentos de média complexidade da tabela do SUS ao desempenho de metas quantitativas e qualitativas, definidas em contrato de gestão. **Objetivos:** avaliar a qualidade da assistência e da gestão de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo, que aderiu à modalidade do convênio de gestão, com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Método:** estudo de caso, tipo analítico, abordagem por método misto de pesquisa com modelo de projeto convergente. Na abordagem quantitativa foram utilizados indicadores da qualidade da assistência e da gestão hospitalar; na abordagem qualitativa realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os integrantes das comissões de avaliação do contrato de gestão. Ambos os dados foram analisados na perspectiva da qualidade, segundo as subdimensões do acesso, da efetividade e da eficiência. Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva e inferencial utilizando a técnica de Interrupted Time Series (ITS) e taxas, comparando a evolução dos indicadores antes e depois da implantação do novo modelo de gestão. A análise dos dados qualitativos foi feita utilizando os fundamentos da Análise de Conteúdo; na sequência foi feita análise de dados quantitativos e qualitativos fundidos pela comparação. **Resultados:** os dados quantitativos mostraram que dos nove indicadores utilizados, sete apresentaram tendência de melhora, mas apenas dois em nível de significância; dois mostraram tendência de piora, sendo um ao nível de significância. Os dados qualitativos mostraram limitação do acesso a internação hospitalar e ineficiência na contrarreferência hospitalar; melhora na efetividade da gestão com oferta de serviços constantes, importância da utilização das metas e indicadores como instrumento de gestão, reuniões de avaliação do convênio como espaço de discussão, transparência, organização, abertura para reivindicações, melhorias para a gestão com regulamentação e pactuação; na eficiência foi observado subfinanciamento da tabela SUS e dificuldade da gestão financeira. Na fusão dos dados observou-se concordância para a maioria dos dados analisados. Os dados qualitativos corroboraram a maioria dos dados quantitativos: para a maioria dos indicadores não houve mudança significativa na comparação antes e depois da mudança de modelo. **Conclusão:** A avaliação dos dados indica não ter havido mudanças

significativas, tanto para a qualidade da assistência em saúde quanto à qualidade da gestão e assistência hospitalar

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Efetividade. Eficiência organizacional .

ABSTRACT

MACHADO, R C. **Mixed method evaluation of the quality of care and management in a public teaching hospital in the state of São Paulo**. 2023. (Tese doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introduction: Hospital care and management in the SUS are major challenges for health managers. The management contract, a modality for contracting health services, is based on planning, resource allocation, evaluation, control and incentives that condition the resources received to achieving goals. Within the scope of the SUS, this modality began in 2004, with the Teaching Hospitals Restructuring Program. Mixed global budget systems were adopted, conditioning the payment of medium complexity procedures in the SUS table to the performance of quantitative and qualitative targets, defined in the management contract. Objectives: to evaluate the quality of care and management of a teaching hospital in the interior of the state of São Paulo, which adhered to the management agreement modality, with the State Department of Health of São Paulo. Method: case study, analytical type, mixed method research approach with a convergent design model. In the quantitative approach, indicators of the quality of care and hospital management were used; In the qualitative approach, semi-structured interviews were carried out with members of the management contract evaluation committees. Both data were analyzed from a quality perspective, according to the subdimensions of access, effectiveness and efficiency. Quantitative data were analyzed using descriptive and inferential statistics using the Interrupted Time Series (ITS) technique and rates, comparing the evolution of indicators before and after the implementation of the new management model. The analysis of qualitative data was carried out using the fundamentals of Content Analysis; Next, an analysis of quantitative and qualitative data merged by comparison was carried out. Results: quantitative data showed that of the nine indicators used, seven showed an improvement trend, but only two at a significance level; two showed a worsening trend, one at a significance level. Qualitative data showed limited access to hospital admission and inefficiency in hospital counter-referral; improvement in management effectiveness with constant service offering, importance of using goals and indicators as a management tool, agreement evaluation meetings as a space for discussion, transparency, organization, openness to claims, improvements to management with regulation and agreement; in efficiency, underfunding of the SUS table and difficulty in financial management were observed. When merging the data, agreement was observed for most of the data analyzed. The qualitative data corroborated most of the quantitative data: for most indicators there was no significant change in the comparison before and after the model change. Conclusion: Data evaluation indicates that there have been no significant changes, both in the quality of health care and in the quality of hospital management

and care

Keywords: Health Management, Quality Indicators, Health Care, Health Services
Accessibility, Effectiveness, Efficiency, Organizational

LISTA DE FIGURAS E ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Projeto paralelo convergente para coleta e análise de dados.....	131
Figura 2. Número de casos e tendências de internação hospitalar antes e após a intervenção..	47
Figura 3. Taxa de internação hospitalar, por 1.000 habitantes, município de Ribeirão Preto, 2002 a 2019.....	47
Figura 4. Número de casos e tendências de angioplastias antes e após a intervenção.....	48
Figura 5. Taxa de angioplastias, por 100 mil habitantes de 20 anos ou mais de idade, de 2002 a 2019.....	48
Figura 6. Número de casos e tendências de óbito institucional antes e após a intervenção.....	49
Figura 7. Percentual de óbitos de pacientes institucional, de 2002 a 2019.....	49
Figura 8. Número de casos e tendências de óbitos por IAM antes e após a intervenção.....	50
Figura 9. Percentual de óbitos hospitalares por IAM de pacientes com 45 anos ou mais, com tempo de permanência de até 28 dias, 2002 a 2019.....	50
Figura 10. Número de casos e tendências de óbitos em UTI pediátrica antes e após a intervenção.....	51
Figura 11. Percentual de óbitos em UTI pediátrica, 2002 a 2019.....	51
Figura 12. Número de casos e tendências de partos vaginais antes e após a intervenção.....	52
Figura 13. Percentual de partos cesáreas em relação ao total de partos, 2002 a 2019.....	52
Figura 14. Valor médio pago por internação de média complexidade antes e após a intervenção.....	53
Figura 15. Valor médio pago por internação de média complexidade, 2002 a 2019.....	53
Figura 16. Tempo médio de permanência hospitalar antes e após a intervenção.....	54
Figura 17. Tempo médio de permanência hospitalar, 2002 a 2019.....	54
Figura 18. Número de casos e tendências de colecistectomia videolaparoscópica antes e após a intervenção.....	55
Figura 19. Percentual de colecistectomia por videolaparoscopia, 2002 a 2019.....	55
Quadro 1 - Elementos teóricos, conceituais, ontológicos, epistemológicos e metodológicos das principais posições paradigmáticas.....	35
Quadro 2. Categorias temáticas e unidades de significados.....	58
Quadro 3. Fusão dos dados quantitativos e qualitativos.....	80
Quadro 4. Indicadores de qualidade de gestão e assistência hospitalar.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise inferencial do comportamento dos dados quantitativos.....	56.
---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

BIRD - Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento

Carta-SUS - Pesquisas de Avaliação do Acesso aos Serviços e Satisfação dos Usuários

CAC - Colégio Americano de Cirurgiões

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASP - Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DRS – Departamento Regional de Saúde

E1 – ENF = entrevistada 1 e enfermeira

E2 – ECO = entrevistada 2 e economista

E3 – ADM = entrevistada 3 e administradora de empresas

E4 – ADM = entrevistada 4 e administradora de empresas

E5 – ADM = entrevistada 5 e administradora de empresas

E6 – MED – entrevistada 6 e médica

E7 – MED – entrevistada 6 e médico

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FIDEPIS - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FMI - Fundo Monetário Internacional

GIH - Guia de Internação Hospitalar

HCFMRP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

HUE - Hospitais Universitários e de Ensino

IAM – Infarto agudo do miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDSUS - Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

ITS - Interrupted Time Series

JCAH - Joint Commission of Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

ICICT - Laboratório de Informações em Saúde

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NPG - Nova Gestão Pública

POA - Plano Operativo Anual

MAQ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNISS - Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PROADESS - Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde

PROESF - Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

REFORSUS - Reforço e Reorganização do SUS

SAMHP Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social

SAHE - Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

SEADE - Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo

SES - Secretaria de Estado da Saúde

SNCPC - Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TabWin – Programa de computador para Tabulação no Windows

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

WinZip – Programa computador para compressão de arquivo

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO.....	16
2- INTRODUÇÃO.....	17
3- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	29
4- OBJETIVOS.....	30
5- REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
6- MÉTODOS.....	39
7- RESULTADOS.....	47
8- DISCUSSÃO.....	69
9- CONCLUSÃO.....	82
10- SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTURO.....	84
REFERÊNCIAS.....	85

APÊNDICES

APÊNDICE A – Quadro da matriz de indicadores.....	90
APÊNDICE B - Protocolo de entrevista semiestruturada.....	99
APÊNDICE C – Artigo resultado da tese.....	101

ANEXOS

ANEXO A – Autorização da Superintendência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – USP para participação na pesquisa.....	121
ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	123
ANEXO C – Parecer consubstanciado do CEP do HCRP – USP.....	126

1- APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa trata de um tema importante ao campo da Saúde Pública: o campo da avaliação em saúde com foco na qualidade. O motivo principal de ter desenvolvido este trabalho guarda relação com minha história profissional, enquanto médico e trabalhador da saúde em serviço público, grande parte dela na área de gestão. Durante 22 anos trabalhei em setores de uma secretaria municipal da saúde, de um município que hoje tem grande porte, sempre relacionados à função gestora de avaliação e controle.

Durante esta jornada, fiz parte de comissões responsáveis pelo acompanhamento dos convênios de contratualização, tanto de hospitais filantrópicos quanto de um hospital público estadual e de ensino. E em todo esse tempo, uma dúvida esteve presente quanto à eficiência e à efetividade deste novo modelo contratual, na perspectiva da Nova Gestão Pública, baseado no desempenho. Não consegui responder a esta dúvida durante o período em que trabalhei nesta área. Agora tenho a oportunidade de explorar melhor esta questão, do ponto de vista científico e, quiçá, colaborar com uma parte da resposta.

2- INTRODUÇÃO

2.1- Avaliação em saúde: aspectos históricos

A avaliação em saúde é uma atividade tão antiga quanto a prática médica. Desde que alguém se propôs a oferecer alguma assistência a outrem, baseada numa prática de saúde, esteve sujeito a uma avaliação dos seus atos e dos resultados desta atividade.

Na Grécia Antiga, berço da medicina ocidental, a avaliação dos serviços prestados pelos médicos de então estiveram registradas em placas de pedra, penduradas nos templos de Asclépio, com agradecimentos ou críticas pelos resultados alcançados. Naquele tempo, a avaliação do trabalho médico era feita de forma habitual e até oficial, como podemos ver no relato abaixo:

“Esse não foi um exemplo isolado, como tudo indica, e as paredes do santuário e seus arredores formariam um verdadeiro “Canto do Médico”, onde se poderiam ler os nomes dos médicos notáveis do passado. As escavações do templo de Asclépio em Cós também revelaram uma coleção extraordinária de decretos em homenagem aos médicos, alguns promulgados pela cidade de Cós, outros por pequenos locais na ilha, e alguns promulgados em cidades mais distantes em gratidão aos médicos coanos, que haviam prestado serviços relevantes às comunidades” (NUTTON, 2017).

Até nos clássicos da literatura uma avaliação do papel e importância do médico na sociedade ficaram registrados:

“O médico que, segundo o elogio de Homero, é "um homem que vale muitos outros", procura agir de forma consciente e metódica, confiando na inquisição racional, aliando a sua atividade técnica com uma concepção ampla dos processos naturais das condições que afetam o ser humano como parte integrante desse cosmos natural, regido por uma *phýsis* universal” (GUAL, 1983).

Para outros exemplos anedóticos obtidos ainda na Antiguidade, tem-se momentos nem tão gloriosos como aqueles acima, segundo pode-se ver na frase de Alexandre Magno: “morro com a ajuda de muitos médicos”. Também o imperador Adriano que disse certa vez: “uma multidão de médicos me tem destruído”, por ocasião em que se queixava da assistência prestada pelos médicos de Roma, que serviam ao imperador e sua família. Estes e tantos outros exemplos contidos na história da medicina, em que pese uma grande dose de imprecisão e subjetividade, parecem ter sido a primeira forma de avaliação da qualidade da atenção médica (GONZALEZ, 1984).

Como podemos ver nos exemplos acima, a avaliação é uma atividade que, além de tão antiga quanto as práticas sociais de intervenção, e aqui se insere a prática da assistência em saúde, está intrinsecamente ligada ao aprendizado, pois frequentemente tomamos decisões baseadas em uma avaliação, seja ela para a vida cotidiana ou para atividades profissionais. Neste caso, é feita

de forma sistematizada voltada para a organização do trabalho, além de orientar tomadas de decisão ou elaboração de conhecimento. (SAMICO, 2010).

A avaliação enquanto prática sistematizada teve início no final do século XVIII e início do XIX, e guarda uma relação histórica com dois outros movimentos revolucionários da Europa Ocidental daquele período: a revolução industrial e a revolução intelectual e humanista do Século das Luzes. A primeira trouxe a necessidade de organizar não só o trabalho nas indústrias que estavam em pleno vapor, e para isso avaliar era importante, mas também havia a necessidade de se avaliar programas de cunho social que estavam sendo implantados em sociedades crescentes, que por sua vez demandavam políticas voltadas às camadas da população que produziam e geravam lucro para a indústria. Já a revolução intelectual trouxe a ideia de que apenas com base no racionalismo e na ciência o homem poderia construir o verdadeiro conhecimento e buscar melhorias para a vida de todos que conviviam em sociedade. (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

De forma didática e histórica, a avaliação é dividida em quatro períodos que são distintos em função de sua característica metodológica principal. O primeiro deles, iniciado no final do século XVIII e início do XIX, é denominado de reformismo e se caracteriza por ações de governo no sentido de promover e institucionalizar medidas de caráter social, voltadas principalmente para a educação, a infraestrutura das cidades e para a saúde, que vivia às turras com epidemias e doenças ligadas à insalubridade. A característica metodológica fundamental desta fase é a de medir para conhecer, ou seja, influenciada pelas áreas da ciência que se modernizava e se desenvolvia do ponto de vista do conhecimento, e voltada para um novo paradigma científico, fez uso notadamente da epidemiologia e da estatística. Portanto, a ciência avaliativa desta época tinha como ferramenta principal a medida daquilo que traria respostas necessárias à avaliação, de áreas importantes do ponto de vista social e econômico. (BROUSSELLE, 2011; GUBA, 2011)

A etapa seguinte da avaliação é chamada de geração da descrição. Nesta fase, iniciada nas primeiras décadas do século XX, a coleta de dados, a medida e a testagem que eram feitas para comparar populações, indivíduos ou alguma política de governo continuaram sendo feitas, mas uma nova ferramenta da avaliação foi adicionada a abordagem avaliativa: a descrição. É neste período que o avaliador vai medir, descrever programas, compreender a estrutura de seu conteúdo identificar qualidades positivas e negativas, com vistas às melhorias. É deste momento os trabalhos de Ralph Tyler, 1932 a 1950, que buscavam determinar em que medida os objetivos da educação foram alcançados, do ponto de vista pedagógicos, afetivos, cognitivos e psicomotores. A crença no conhecimento científico para aprimorar as políticas sociais é muito forte e os métodos experimentais são utilizados nos programas do New Deal, com intuito de fornecer informações necessárias ao aprimoramento destes programas. (BROUSSELLE, 2011; GUBA, 2011).

A terceira é denominada de geração do julgamento, que carrega novas estratégias de avaliação marcadas pela atribuição do avaliador em formular um juízo de valor em relação ao objeto avaliado, ainda utilizando ferramentas desenvolvidas nas gerações anteriores, como a medida e a descrição, mas tendo que oferecer conclusões que pudessem fundamentar decisões sobre o desempenho de intervenções realizadas. Neste período, a avaliação passa por importante expansão e adquire maior legitimidade, ganhando maior volume de recursos, reconhecimento do poder público e contribuição para o desenvolvimento da pesquisa no campo social. É desta fase os trabalhos de Stake (1967), o de apreciação de diferenças de Provus (1971), modelo de avaliação por indução de Scriven (1972) entre outros (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

A quarta geração é marcada pela negociação, cuja avaliação amplia a diversidade dos agentes envolvidos e das abordagens metodológicas. É uma atividade técnica, mas também emancipatória, que propicia aos envolvidos melhor compreensão das condições nas quais se realiza a intervenção, com participação ativa no seu aperfeiçoamento. Leva em conta as ferramentas utilizadas nas gerações precedentes, mas preenche lacunas por alcançar um grau superior de complexidade e empoderamento dos envolvidos na avaliação. É chamada de avaliação responsiva/construtivista que utiliza da negociação entre os envolvidos para definição de parâmetros e limites, evitando o controle rígido de método experimental e o avaliador exerce um papel de moderador ao invés de mensurador, descritor ou juiz. Utilizam-se processos em que múltiplas realidades são construídas/negociadas na interação entre observador e observado (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

A partir dos anos 1970, vários fatores contribuíram para tornar o campo da avaliação uma disciplina institucionalizada e profissionalizada. Destaca-se o surgimento de novas bases conceituais e metodológicas, a criação de mecanismos de divulgação dos trabalhos de avaliação, como revistas especializadas (Evaluation, Evaluation and Program Planning, entre outras). Outra importante contribuição para a profissionalização da avaliação foi a criação de associações

profissionais voltadas para a prática específica da avaliação e produção de conhecimento, como a Sociedade Canadense de Avaliação, a Sociedade de Pesquisa em Avaliação e a Associação Americana de Avaliação, que por sua vez contribuíram para a elaboração e instituição de normas de conduta, guias de abordagem para a prática da avaliação, enquanto campo de pesquisa e produção de conhecimento. (BROUSSELLE, 2011).

No campo da avaliação em saúde, antecedentes históricos demonstram que a preocupação com a qualidade da assistência médica é tão antiga quanto a própria assistência. Entretanto, é a partir do início do século XX que esta preocupação se traduz em ações realizadas de forma sistematizada do ponto de vista metodológico, e por instituições ligadas à área médica. O foco inicial desta preocupação foi assistência médica hospitalar, centrado na atuação e resultados do trabalho médico.

Uma das primeiras formas de avaliação foi o relatório Flexner, publicado em 1910, que avaliou o ensino médico e a assistência, tendo a preocupação com o controle do exercício profissional, de avaliar a educação médica e denunciar precárias condições da prática profissional. (REIS, 1990).

Em 1912, no Clinical Congress of Surgeons of North America, foi instituído o Committee on the Standardization of Surgery, organizador da acreditação do American College of Surgeons ou Colégio Americano de Cirurgiões (CAC). (TOMASICH, 2020).

O CAC cria em 1924 o Programa de Padronização Hospitalar. Neste programa foi definido um conjunto de padrões para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Dizia respeito à organização do corpo médico, ao exercício da profissão, e ao conceito de corpo clínico; preconizava o preenchimento do prontuário com história, exames do paciente e condições da alta, além da existência de recursos diagnósticos e terapêuticos. (FELDMAN, 2005; TOMASICH, 2020).

No início da década de 1950, o CAC estabeleceu parceria com outras entidades para desenvolver as atividades avaliativas e promover a acreditação voluntária. Com isso, o “American College of Physicians”, a “American Hospital Association”, a “American Medical Association” e a “Canadian Medical Association” se juntaram ao CAC e formaram, em 1951, a “Joint Commission of Accreditation of Hospitals” (JCAH), uma empresa de natureza privada, que introduziu a cultura da qualidade, divulgando conceitos de avaliação e acreditação nos espaços acadêmicos e institucionais, conseguindo aprovação de leis na área da saúde, com foco na avaliação, educação e consultoria hospitalar. Em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões de qualidade. A acreditação é o procedimento voluntário, periódico e sigiloso de avaliação de recursos e práticas institucionais, que tende a garantir a qualidade da

assistência por meio de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos ou mais exigentes, definindo diferentes níveis de qualificação. (FELDMAN, 2005; TOMASICH, 2020).

Em 1987, a JCAH mudou de nome para “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization*” (JCAHO), e nos últimos anos tem focado sua atuação na assistência médica por meio do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional, na educação com monitoramento e publicação de documentos como normas, padrões e recomendações. Em 2003 foi incluído o item sobre a segurança do paciente, com o objetivo de evitar erros médicos, principalmente os que resultam em óbito. Os resultados destas avaliações tem a finalidade de certificação de acreditação, e são classificados em 4 níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação condicional (TOMASICH, 2020; FELDMAN, 2005).

No campo da avaliação em saúde com foco na qualidade, tanto individual quanto coletiva, é a partir da década de 70 que os clássicos trabalhos de Donabedian contribuíram significativamente para a avaliação da assistência em saúde. Este autor desenvolveu abordagens que permaneceram como referências teóricas de avaliação e elaborou conceitos, padrões e ferramentas de aferição da qualidade do serviço médico a partir da reflexão sobre o que é qualidade, os diferentes níveis de sua definição, os componentes de qualidade, a relação entre qualidade e custos, a definição de utilidade, de qualidade máxima e qualidade ótima, as abordagens de avaliação (processo, estrutura e resultados) e sua interação, reflexão sobre a validade das diferentes abordagens, a satisfação como elemento crucial dos resultados, os diferentes métodos de avaliação, os tipos de critérios e suas vantagens, as fontes de informação para avaliação e desafios pendentes para continuar avançando na avaliação da qualidade. (DONABEDIAN, 1978, 1990, 2001).

Outros autores como Campbell contribuíram com a discussão sobre a qualidade da assistência em saúde e sugere existir duas dimensões principais da qualidade do cuidado para pacientes individuais: acesso e efetividade. Dentro da efetividade, definimos dois componentes principais: efetividade dos cuidados clínicos e efetividade do cuidado interpessoal. Esses elementos são discutidos em termos da estrutura do sistema de saúde, processos de cuidado e resultados do cuidado. A estrutura relaciona a qualidade do atendimento a pacientes individuais e sugere que a qualidade do cuidado é um conceito que é mais significativo quando aplicado ao usuário individual. No entanto, o cuidado dos indivíduos deve ser incluído no contexto da prestação de cuidados de saúde a populações que introduz noções adicionais de equidade e eficiência. (CAMPBELL, 2000).

2.2- Avaliação no SUS: percurso histórico e político

No Brasil, a avaliação na área da saúde desenvolveu-se como ferramenta de gestão com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Tornou-se objeto de interesse dos gestores do SUS e de pesquisadores. Os fatores que convergiram para o desenvolvimento dessa área são reflexos da interação de agentes inseridos nos campos econômico, burocrático e científico. Neste período, grandes reformas setoriais previstas na Constituição de 1988 contaram com importante apoio das agências internacionais de fomento, como o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que atuaram como importantes agências financiadoras e indutoras de programas sociais e na área da saúde, requerendo, em contrapartida, a avaliação e controle dos recursos empregados, contribuindo para a inserção de práticas avaliativas no interior do SUS. O Reforço e Reorganização do SUS (REFORSUS), o projeto “Vigisus” de estruturação do sistema de vigilância em saúde voltado para identificação e controle de epidemias e a assistência em Doenças Sexualmente Transmissíveis Aids são exemplos desta contribuição (AKERMAN, 2015).

Já nos anos 2000, o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com financiamento BIRD apoiou transferências de recursos financeiros fundo a fundo para a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família, e mais uma vez a estruturação do componente avaliativo do programa era uma exigência. A presença de profissionais de saúde com formação na área e com cargos de direção no governo contribuiu para a consolidação da avaliação no interior da gestão do SUS, sob a bandeira da sua institucionalização. Foram desenvolvidos vários programas de avaliação nessas duas últimas décadas, culminando com a institucionalização da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde em 2013, com a criação do Sistema de Avaliação e Qualificação do SUS, constituído pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), Pesquisas de Avaliação do acesso aos serviços e satisfação dos usuários (Carta-SUS) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), sendo que apenas o PNASS permanece em vigência operacional (AKERMAN, 2015).

No estado de São Paulo destaca-se o programa Quali AB como importante instrumento de avaliação da atenção básica. A abordagem avaliativa do QualiAB foi focada no cotidiano dos gerentes e profissionais de saúde da atenção básica, avaliando a organização do processo de trabalho enquanto base material definidora dos atributos de qualidade do serviço. Utilizou indicadores e padrões de avaliação baseado nas questões dos usuários, gestores e gerentes locais e na observação direta dos serviços.

Outra iniciativa na área de avaliação em saúde, mais especificamente sistemas e serviços de saúde, é o projeto PROADESS ligado ao Laboratório de Informações em Saúde – ICICT da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). É uma importante ferramenta inovadora no Brasil que permite acesso a informações de qualidade e processadas com rigor científico necessários ao processo de avaliação acadêmica em saúde.

“O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS visa objetivo contribuir para o monitoramento e avaliação do sistema de saúde brasileiro, para o planejamento de políticas, programas e ações de saúde para gestores e pesquisadores, além de disseminar informações sobre o desempenho do SUS. Esse projeto iniciou em 2001, com a participação de uma rede de pesquisadores de diferentes instituições do campo da saúde coletiva, e foi concebido a partir do conhecimento técnico-científico produzido no campo da avaliação de sistemas de saúde”. (PROADESS, 2023)

“Considera que o desempenho do sistema de saúde brasileiro deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e a sua conformação atual, seus objetivos e suas prioridades. Dentro desse cenário, devem ser identificados os determinantes associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, cuja apreciação deve ser feita considerando o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada conforma uma segunda dimensão da avaliação, que permite conhecer a magnitude dos problemas e a sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deve orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos) que, por sua vez, condiciona as possibilidades de melhor ou pior desempenho dos serviços de saúde, objeto central da avaliação, incluindo as subdimensões acesso, efetividade, eficiência, adequação, continuidade, segurança do paciente, aceitabilidade e respeito aos direitos das pessoas.” (PROADESS, 2023)

O portal disponibiliza estudos sobre avaliação em sistemas e serviços de saúde, séries históricas de indicadores, gráficos e mapas temáticos para a avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro, ao nível nacional, regional, unidades da federação e municípios. Os indicadores foram elaborados a partir de dados dos sistemas nacionais de informação em saúde, dos censos demográficos e de inquéritos domiciliares. (PROADESS, 2023)

A avaliação no interior do campo científico também se desenvolveu a partir dos anos 1990, com aumento da produção de artigos científicos na área, principalmente na primeira década do século XXI. A expansão do interesse pela temática da avaliação na academia é evidenciada pelo significativo crescimento de grupos de pesquisa de avaliação em saúde na base de diretórios do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), embora a avaliação tenha começado a ser ensinada nos programas de pós-graduação *sensu stricto* nos anos 1990 (AKERMAN, 2015).

2.3 – A contratualização e os contratos de gestão

Histórico

A relação contratual existente entre o setor público e o privado, na área da saúde, remonta ao processo de organização do sistema previdenciário, a partir da criação das Caixas e Institutos de Aposentadorias e Pensões, entre 1923 e 1930. A necessidade de dispor de serviços de saúde aos trabalhadores vinculados a categorias específicas, como os portuários e ferroviários vinculados a instituições organizadas segundo empresas, propiciou a contratação de serviços privados de saúde, uma vez que não havia capacidade pública instalada suficiente neste período. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Posteriormente, com a estatização e centralização desses órgãos previdenciários, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Com este órgão público foi possível a contratação de serviços de saúde, voltada à aquisição de consultas, exames, internações, principalmente em instituições hospitalares privadas ou filantrópicas, que por sua vez tiveram crescimento importante por meio de incentivos governamentais, a partir da década de 1950. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Em 1974, com a instituição do Ministério da Previdência e Assistência Social, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que desenvolveu processos, ferramentas e instrumentos de suporte a contratualização dos hospitais privados. O pagamento das internações a esses hospitais passou a ser feito através do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCCH), utilizando a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que continha os gastos discriminados item por item do que era utilizado durante a internação (diárias, taxas hospitalares, materiais, medicamentos, serviços auxiliares de diagnose, terapia e serviços profissionais). Este modelo de pagamento por unidades de serviços permitia ampla manipulação de dados, levando a grandes distorções e de desvios de recursos. (FELICIELLO, 2016)

Na década de 1980 emerge a crise na área da saúde, atingindo o modelo de financiamento e repasse de recursos aos hospitais contratados pelo governo federal. Esta situação, aliada aos custos crescentes da atenção médica, à baixa eficiência e eficácia do modelo

de atenção hospitalar confluíram para a eclosão desta crise da saúde previdenciária. Na tentativa de resolver o problema é criado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que propõem um conjunto de modificações. Deste plano originam os projetos das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1984 e do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, formulando e implantando algumas características do novo sistema nacional de saúde, que seriam incorporadas posteriormente no SUS, tais como: integração entre os níveis de governo; descentralização de responsabilidades e tomada de decisões para estados e municípios; a organização de colegiados gestores, e a hierarquização dos serviços por níveis de complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; FELICIELLO, 2016)

Para o financiamento hospitalar é criado um sistema de processamento e faturamento hospitalar, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Neste novo sistema as informações referentes aos dados das internações passaram a ser registrados em formulário de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), definindo o pagamento por procedimentos produzidos, num pacote de serviços necessários e com um custo médio previamente calculado. Com a criação do SUS em 1988, o modelo de financiamento baseado na capacidade instalada dos hospitais e produção mensal de internações permanece o mesmo, agora previsto e regulamentado pelas NOBs (Norma Operacional Básica) editadas pelo Ministério da Saúde (MS). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; FELICIELLO, 2016)

Em 1994 foi estabelecido por portaria conjunta do Ministério da Educação (MEC) e MS para a classificação dos Hospitais Universitários e de Ensino (HUE), quando foi criado o Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa (FIDEPIS), um incentivo financeiro aos hospitais universitários. Não teve o resultado esperado frente a crise de financiamento por que passavam naquele momento, sendo mais uma tentativa frustrada de resolver o problema. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; FELICIELLO, 2016)

No início da implantação do SUS, os critérios de financiamento e repasses de recursos entre entes federados, e destes para os serviços hospitalares, continuaram baseados em série histórica de produção de procedimentos, orientado pela oferta de serviços e não pelas necessidades de saúde.

Neste contexto, o ambiente mundial dos anos noventa assiste à implantação de novas fórmulas para a gestão pública, baseada em modelos empresariais privados. Países como Reino Unido, França, EUA, Austrália e Nova Zelândia e Canadá adotaram a contratualização que originalmente foi instituída no setor privado, para depois ser adotada no serviço público, na esteira da reestruturação das reformas de Estado. Esse modelo foi denominado de a Nova Gestão Pública (NPG), e o setor público deixou de ser o único prestador de serviços, até então exclusividade do estado, e passou a contratar junto à iniciativa privada serviços

complementares, nas diferentes áreas da administração. A partir da reforma dos sistemas de saúde europeus, emergiu uma tendência de contratualização em saúde em outros países. (ALBUQUERQUE, 2015; MACHADO, 2017)

No Brasil, a partir de 1995 no governo Fernando Henrique Cardoso é instituído o Plano Diretor de Reforma do Estado, buscando a chamada “modernização da gestão” e tentando superar a administração burocrática e o patrimonialismo existentes no setor público. É dessa época a introdução da chamada “administração gerencial”. A contratualização de serviços em saúde é resultado desta modalidade de gestão. Sustenta-se em três premissas: no planejamento e recursos para a sua realização, nos mecanismos de avaliação e controle, e no sistema de incentivos que condiciona os recursos ao alcance de metas. (ALBUQUERQUE, 2015; MACHADO, 2017)

Algumas experiências de contratualização foram desenvolvidas por municípios e governos estaduais, como no Estado de São Paulo pela proposta do município de Campinas, que implantou novos contratos e nova sistemática de pagamento aos prestadores privados, em 1996. Utilizou contratos por orçamentação global e não por procedimentos, com índices de valorização de qualidade e metas a serem atingidas, além de acompanhamento por equipes gestoras. Este novo modelo de contratação rompia com os parâmetros de pagamento com base na produção de procedimentos de internação. Um percentual do pagamento ficava atrelado ao cumprimento de metas e indicadores de qualidade. (FELICIELLO, 2016)

No SUS, a modalidade contratualização por orçamentação global e cumprimento de metas iniciou em 2004, com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação, dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, e posteriormente com o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos. A alocação dos recursos adotados sistemas mistos de orçamento global e pagamento de procedimentos de média complexidade da tabela do SUS, condicionado a desempenho de metas quantitativas e qualitativas, definidas em contrato de gestão. (BRASIL, 2005, 2006, 2013; MACHADO, 2017)

2.4- Contratualização dos hospitais de ensino

A contratualização pode ser definida como:

“o meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

O Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do governo federal foi instituído em 2004, visando o aprimoramento e a inserção destes estabelecimentos no SUS. Redefine o papel dessas instituições no sistema de referência, conforme o perfil dos serviços a serem oferecidos em função das necessidades de saúde da população, utiliza metas quanti-qualitativas para a avaliação de desempenho, define mecanismos de referência e contra-referência com as unidades de saúde, busca mudança das estratégias de atenção e humanização da atenção à saúde, **tem como meta a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e da qualificação da gestão hospitalar** e fomenta o desenvolvimento a educação permanente e de pesquisa de interesse do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Para ingresso no programa são necessários a certificação de hospital de ensino e a contratualização. Esta certificação é renovada periodicamente e estabelece critérios para a assistência, gestão, ensino e pesquisa. Estabelece o Plano Operativo Anual (POA) e mecanismos de monitoramento, avaliação dos recursos e critérios de repasse ao hospital contratualizado. Os contratos têm duração máxima de cinco anos, com renovação anual do POA, revistos por meio de Termo Aditivo, caso necessário. São avaliados por Comissão de Acompanhamento de Convênios/Contratos, constituída por integrantes da secretaria de saúde, do hospital, da comunidade acadêmica e dos usuários. O POA é um instrumento que discrimina o que o hospital precisa ofertar em termos de serviços, de estrutura tecnológica e a capacidade instalada. Define as metas e indicadores (internações, produção ambulatorial, atendimentos de urgência e emergência e serviços de diagnóstico e tratamento), além de critérios de inserção na rede, de qualificação da assistência, de aperfeiçoamento da gestão, de atuação no ensino e na educação permanente dos profissionais do hospital e de desenvolvimento de pesquisa. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; LIMA, 2012)

Com o ingresso do hospital no programa, um recurso extra orçamentário é disponibilizado como incentivo à contratualização e passam a ter um orçamento misto, composto por um valor global e fixo para custeio de procedimentos de média complexidade, e um valor variável para procedimentos de alta complexidade e estratégicos. O valor pré-definido é dividido em componente fixo e outro variável, vinculado ao cumprimento de metas do contrato. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; LIMA, 2012)

No estado de São Paulo, este modelo foi adotado pelos hospitais públicos de ensino ligados ao governo paulista. O convênio tem particularidades jurídicas firmadas entre a instituição e a Secretaria de Estado da Saúde, mas a lógica da alocação de recursos financeiros é mantida, inclusive com incentivos do governo federal. E para a avaliação do desempenho existe as comissões de acompanhamento de cada instituição e, desde 2004, o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE) desenvolvido pela Coordenadoria de Planejamento

de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), que tem como função a coleta eletronicamente de dados para relatórios mensais e anuais de hospitais de ensino contratualizados do Estado de São Paulo, disponibilizados no site da instituição.

Em 2018, um levantamento feito por meio deste sistema mostrou que o estado de São Paulo possui 52 instituições de ensino, o que corresponde a 8,5% dos hospitais de ensino da rede SUS. Destes, 8 são públicos (autarquias e fundações) e hospitais universitários de administração direta e conveniados ou vinculados a faculdades, distribuídos por todas as regionais de saúde do estado. Os hospitais de ensino tinham 29,4% do número de leitos do estado no período do levantamento e foram responsáveis por 28,2% das internações, com taxa de ocupação de 70,6% e média de permanência de 6 dias por internação; realizaram 69,2% das cirurgias de internados, 22,1% das consultas de especialidade, além de 63,4% dos procedimentos de Alta Complexidade, dentre os hospitais especializados (SÃO PAULO, 2018).

Entretanto, os dados disponíveis por este sistema, além de insuficientes para análise mais acurada do desempenho destes hospitais, carece de atualização periódica e refinamento dos dados, considerando as necessidades de informação e transparência que a sociedade requer, e também a importância destes complexos hospitalares para o SUS. Enquanto o governo federal não retoma outros sistemas de avaliação que estiveram “adormecidos” nos últimos anos, e o governo do estado de São Paulo não decidir investir nesse tipo de ferramenta, os trabalhos produzidos pela academia é que trarão as informações necessária e confiáveis de avaliação hospitalar para o Sistema Único de Saúde.

3- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

É reconhecida a dificuldade em gestão e de disponibilização de recursos financeiros para o custeio da assistência em saúde hospitalar, em nosso país. Esta é uma questão cara aos gestores da saúde que frequentemente os coloca em situação de dúvidas quanto ao melhor caminho a seguir, considerando os limitados recursos.

Outra questão é a qualidade da assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar. Considerando os métodos modernos e eficientes que a administração pública pode dispor para melhorar a avaliação da qualidade da gestão e assistência hospitalar, essa pesquisa busca conhecimentos que podem contribuir com melhorias na elaboração e revisão de modelos de gestão, programas e políticas de saúde, integrando um corpo de resultados cientificamente produzidos, avaliando a assistência e gestão dessa nova modalidade de financiamento e alocação de recursos que os hospitais de ensino do estado de São Paulo adotaram, por meio do convênio de gestão instituído pela Secretaria de Estado da Saúde.

O hospital objeto deste estudo está inserido no universo dos hospitais de ensino estadual, e não foi encontrado registro de pesquisa científica publicada, avaliando o desempenho desta instituição, ao menos nos últimos dez anos, o que motivou este estudo.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral – avaliar a qualidade da assistência e da gestão de um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo, que aderiu a modalidade de convênio de metas de desempenho, com a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo.

4.2- Objetivos específicos

4.2.1- avaliar a qualidade da assistência em saúde sob a perspectiva das dimensões do acesso, da efetividade e da eficiência.

4.2.2- avaliar a qualidade da gestão hospitalar sob a perspectiva das dimensões do acesso, da efetividade e da eficiência.

5- REFERENCIAL TEÓRICO

a) Percurso epistemológico e teórico do enfoque quantitativo

A abordagem quantitativa baseia-se em fundamentos teóricos da qualidade da assistência em saúde segundo Donabedian e nos métodos da Pesquisa Avaliativa, utilizados no campo da Avaliação em Saúde (DONABEDIAN, 1978, 1990; HARTZ, 2005; SAMICO, 2010).

A palavra avaliar pode ser definida como “estabelecer a valia, o valor ou o preço de; determinar a quantidade de; computar...”; e avaliação como “ato ou efeito de avaliar(-se); cálculo de valor de um bem ou de bens; valor determinado por quem avalia; apreciação ou conjecturas sobre condições, extensão, intensidade, qualidade, etc...” (HOUAISS, 2001).

A avaliação em saúde originou-se, como visto acima, de outras áreas e possui uma matriz conceitual e metodológica complexa, além de diversificada, no que concerne às tipologias e fundamentos teóricos. Possui embricamento com avaliação econômica, avaliação em áreas sociais como a educação, a epidemiologia e a prática clínica. A definição de avaliação reflete esta complexidade e multiplicidade teórico-conceitual e Michel Patton chega a descrever 132 tipos de avaliação (BROUSSELLE, 2011). Aqui vamos exemplificar algumas definições, notadamente aquelas que mais se relacionam com este trabalho.

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)” (HARTZ, 2005).

Para Champagne (2009), existe a importância da informação de cunho científico e socialmente válidas envolvidas na avaliação, como se vê a seguir:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção, ou qualquer um de seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção, e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações” (SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

Observa-se que existem três componentes do processo avaliativo que para estes autores são comuns e fundamentais. Trata-se da intervenção, do julgamento de valor acerca do objeto estudado e das informações cientificamente válidas. No campo da saúde, a intervenção é um conceito que pode ser traduzido como práticas sociais, onde as práticas de saúde estariam inseridas, uma vez que podem ser avaliadas em todo o espectro de sua ação, pois envolve intervenções sociais planejadas. O julgamento poderia variar desde a formulação de simples juízos de valor a respeito de práticas de saúde, mesmo que de forma dicotômica e simplificada, sem rigor científico ou normativo, como a análise dos resultados de um período de trabalho em um serviço de saúde, até a utilização de métodos científicos qualitativos ou quantitativos, com análises de significado do fenômeno avaliado, configurando a pesquisa avaliativa, tendo como objeto da avaliação aqueles resultantes de ação social planejada, tais como as políticas, programas e serviços de saúde. Entre estes dois extremos estaria a avaliação para a gestão ou administrativa, denominada normativa, uma vez que é norteadada por parâmetros de conformidade segundo os objetivos e metas do programa ou serviço avaliado. O alcance destas metas levaria a um juízo de valor positivo em relação ao objeto avaliado (HARTZ, 2005).

Quanto às informações cientificamente válidas, enquanto resultado de uma avaliação, o escopo desta de pesquisa, ela deve ser fruto do trabalho sistematizado, metodológico, obtida por meio de procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção, ou seja, compreender como e por que dos resultados. (BROUSSELLE, 2011).

Quanto a tipologia da avaliação, podemos dividir em dois tipos: a avaliação normativa, que é um julgamento a respeito de uma intervenção, considerando os recursos disponíveis, sua organização (estrutura), os serviços e os bens utilizados (processo) e os resultados desta interação (resultados). Está ligada às funções de controle e acompanhamento da qualidade. O segundo tipo é a pesquisa avaliativa, a qual se relaciona este projeto, que avalia o objeto de estudo utilizando métodos científicos válidos e reconhecidos, para respostas a perguntas de pesquisa (NOVAES, 2000; HARTZ, 2005; SAMICO, 2010; BROUSSELLE, 2011).

O ato de avaliar necessita definir quais atributos de um serviço, programa ou sistema de saúde se pretende avaliar. Na literatura encontramos vários conceitos de atributos, mas aqueles que Donabedian definiu para a qualidade da assistência em saúde continuam como uma referência fundamental. Podemos dividi-los em categorias, como as seguintes: os relacionados à disponibilidade e distribuição de recursos como a

acessibilidade (a capacidade de obter assistência quando necessário e obtê-la de forma fácil e adequada), a equidade (princípio pelo qual atende ao que é justo na distribuição dos cuidados e seus benefícios entre os membros de uma população); relacionados aos efeitos das ações de saúde como a eficácia (capacidade da ciência e da arte de atenção em cuidados de saúde para alcançar melhorias na saúde e bem-estar; é o melhor desempenho possível, em condição mais favorável, dependendo da condição do paciente e sob certas circunstâncias), a efetividade (é a melhoria de saúde alcançada, ou o que se espera que seja alcançado nas circunstâncias prática diária normal; é o grau em que a atenção atinge o nível de melhora na saúde, em que os estudos de eficácia estabeleceram como alcançável); aos custos e produtividade como a eficiência (é o custo que representa qualquer melhora na saúde. Se houver duas estratégias de assistência igualmente eficaz, a menos dispendiosa é a mais eficiente); adequação das ações ao conhecimento técnico-científico (adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente), adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde como a consistência (em que medida as atividades propostas são pertinentes, tendo em vista os objetivos do programa e os problemas encontrados) e relacionados aos agentes das ações (satisfação de usuários, relação profissional no trabalho, relação profissional com o gestor) (DONABEDIAN, 1998, 2001; HARTZ, 2005).

Donabedian teve contribuição muito relevante com o desenvolvimento da clássica tríade: estrutura (recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizativa), processo (iniciativa do paciente em buscar assistência e realizar o tratamento, assim como a atividade do médico em fazer o diagnóstico e recomendar ou efetuar o tratamento) e resultados (efeitos da assistência no estado de saúde do paciente ou da população). Isto permitiu uma abordagem da assistência em saúde de forma organizada e articulada entre esses componentes, o que possibilita enxergar as diversas faces da assistência e estabelecer nexos entre o que acontece em cada componente e a qualidade dos serviços prestados e percebidos pelo usuário. Donabedian elaborou conceitos de qualidade na assistência médica que inicialmente se referiam ao cuidado médico oferecido em clínicas privadas. Posteriormente, estes conceitos se desenvolveram e foram aplicados para uma análise mais ampla da assistência, como os conceitos dos sete pilares da qualidade. A eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização e a aceitabilidade são conceitos que podem ser aplicados em âmbito individual ou coletivo; enquanto os conceitos de legitimidade e equidade se estendem necessariamente apenas a sociedade, onde está inserida a assistência em saúde avaliada, possibilitando uma inferência da qualidade ao nível sistêmico desta assistência (DONABEDIAN, 1978,

1990, 2001; PORTELA, 2000).

As abordagens metodológicas utilizadas para avaliação possuem grande variação e podem se ajustar aos diferentes desenhos de pesquisa. Nas abordagens quantitativas utilizam-se estudo observacional, descritivo, análise de séries temporais, dentre outros, e comumente utilizam ferramentas de coleta de dados próprias deste tipo de abordagem como inquéritos populacionais, entrevistas estruturadas, questionários autoaplicáveis, levantamento de registros em sistemas de informação, observação estruturada entre outros. Trabalham com números, podendo ser aplicados testes estatísticos para análise dos resultados. Neste tipo de abordagem, o uso de medidas indiretas é comum, como o contido nos indicadores, e o pesquisador é considerado externo, não havendo maior envolvimento pessoal com o objeto de investigação (SAMICO, 2010; HARTZ, 2005).

b) Percurso epistemológico e teórico do enfoque qualitativo

A definição de pesquisa qualitativa é complexa e carrega uma multiplicidade de termos e conceitos. Desde o início da utilização deste campo de pesquisa no início do século XX, com seus referenciais teóricos e métodos, várias fases foram percorridas pelos pesquisadores das ciências sociais, notadamente antropólogos e sociólogos, todas trazendo contribuições para o desenvolvimento tanto no campo conceitual quanto metodológico. Qualquer definição da pesquisa qualitativa deve atuar dentro desse complexo campo histórico. A pesquisa qualitativa tem um significado diferente em cada um desses momentos.

Uma definição mais genérica é trazida por Dezin e Lincoln (2006):

“A pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. A abordagem qualitativa busca estudar um fenômeno em questão e apreender significados e sentidos que este possa conter, auxiliando na compreensão das ações dos indivíduos e cenários de interesse.” (DEZIN, 2006)

Ainda segundo este autor, que muito bem define os fundamentos e as características da pesquisa qualitativa, temos:

“A pesquisa qualitativa é um campo considerado interdisciplinar, transdisciplinar e até contra disciplinar, abrangendo desde as ciências sociais até as ciências físicas. Tem um foco multiparadigmático. O pesquisador utiliza abordagem de múltiplos métodos, com foco na compreensão interpretativa da experiência humana. Ao mesmo tempo, perpassa o campo político e é influenciado por múltiplas posturas éticas e políticas. Ela por um lado possui uma sensibilidade interpretativa, pós-experimental, pós-moderna, feminista e crítica. Por outro lado, trabalha com concepções da experiência humana fundamentada em premissas positivistas, pós-positivistas, humanistas e naturalistas. Além disso, essas tensões podem ser combinadas no mesmo projeto, com a aplicação tanto das perspectivas pós-moderna e naturalista quanto das perspectivas crítica e humanista” (DEZIN, 2006).

Dezin (2006) nos traz que a pesquisa qualitativa possui múltiplos paradigmas, apresenta múltiplos métodos e trabalha com premissas positivistas, pós-positivista, humanista e naturalista. Deste modo, e para nortear e localizar este trabalho dentro destes conceitos, segue uma rápida explanação destes embasamentos teóricos, uma vez que a postura assumida aqui é do pragmatismo.

Paradigma pode ser definido resumidamente como um conjunto básico de crenças que orienta a ação. Traz os fundamentos e princípios da visão de mundo do pesquisador, porém é uma construção humana e, portanto, não pode ser estabelecido em termos de sua veracidade fundamental. Possui quatro elementos fundamentais: a ética (axiologia) que questiona como o pesquisador é do ponto de vista moral frente ao mundo e a sua pesquisa; a epistemologia que questiona como o pesquisador pode conhecer o mundo ou o fenômeno de interesse e sua relação com ele; a ontologia que levanta questões a respeito da natureza e da natureza do ser humano no mundo, e a metodologia que busca os melhores meios para a aquisição do conhecimento que se tem interesse. (DEZIN, 2006)

De maneira esquemática e resumida apresento o quadro 1 com os elementos teóricos, conceituais, ontológicos, epistemológicos e metodológicos das principais posições paradigmáticas, baseado em Lincoln e Guba (2006).

Quadro 1. Elementos teóricos, conceituais, ontológicos, epistemológicos e metodológicos das principais posições paradigmáticas

Questão	Positivismo	Pós-positivismo	Teoria crítica e outras	Construtivismo	Participativo
Ontologia	Realismo ingênuo – realidade “real” e inteligível	Realismo crítico – realidade “real” mas apenas imperfeitamente e probabilisticamente inteligível	Realismo histórico – realidade virtual influenciada por valores sociais, políticos, econômicos, étnicos, de gênero	Relativismo – realidade e local especificamente construídos	Realidade participativa, subjetiva-objetiva, criada pela mente e um dado cosmo

Epistemologia	Dualista/objetivista; descobertas verdadeiras e saber experimental	Objetivista/dualista modificada; descobertas provavelmente verdadeiras	Transacional/subjetivas; descobertas mediadas por valores	Transacional/subjetivas; descobertas criadas	Subjetividade e crítica na transação participativa com o cosmos; epistemo-valores
Metodologia	Experimental/manipulada; método sobretudo quantitativo; validade interna e externa; confiabilidade e objetividade	Experimental modificada/manipulada; multiplismo* crítico; pode incluir métodos qualitativos; validade interna e externa; confiabilidade e objetividade	Dialógicas/dialéticas; métodos baseados no contexto; generalização por similaridade	Hermenêutica/dialética	Participação política na verificação das práticas; métodos qualitativos
Natureza do conhecimento	Verificação das hipóteses estabelecidas como fato ou lei; “bloco de construção” que se somam ao “edifício do conhecimento”	Falsificação de hipóteses que são ou leis prováveis; “bloco de construção” que se somam ao “edifício do conhecimento”	Insights estruturais/históricos; revisionismo histórico	Reconstruções individuais que se fundem em torno de um consenso	Epistemologia ampliada: primazia da subjetividade e crítica, saber prático, conhecimento vivo
Postura do investigador	Desinteressado como informante dos tomadores de decisões e agentes de mudança	Intelectual transformativo e ativista		Participante como um facilitador da reconstrução multivocal	Manifesto da voz primária por meio de ação auto-reflexiva consciente

Fonte: baseado em Lincoln e Guba, 2006

* Multiplismo do inglês *multiplism*, termo empregado para definir o método que emprega a abordagem qualitativa e quantitativa

Considerando estes fundamentos, podemos dizer que a perspectiva pragmática, ou o Pragmatismo, assume uma relação estreita com o Pós-positivismo, uma vez que a sua relação com a realidade é imperfeita, porém inteligível, mas dependente de interpretação probabilística; além disso, faz uso do Multiplismo metodológico, ou seja, utiliza abordagens quantitativas e qualitativas para coleta e análise de dados, e o investigador tem o foco de sua interpretação do estudo nos resultados observados, podendo estes ainda orientar e transformar o método que está sendo utilizado, no sentido do pensamento crítico e transformativo.

Uma questão fundamental de um estudo qualitativo é referente ao método utilizado. Quanto aos tipos de estudos qualitativos, várias categorias podem ser elencadas, tais como o estudo de caso, a pesquisa etnográfica, histórica, a pesquisa participante, entre outros. As técnicas de coleta de dados utilizam como ferramentas a entrevista semiestruturada ou aberta, grupo de discussão, observação participante, análise documental, diário de campo, registros de imagens entre outras. Neste tipo, o observador geralmente se encontra envolvido com o objeto da avaliação, pois sua presença na cena da pesquisa influencia para que a informação se torne disponível. Para descrição e interpretação dos resultados, buscam-se recorrências

de padrões encontrados, análise de conteúdo e do discurso (SAMICO, 2010).

Ainda dentro da questão metodológica, a abordagem qualitativa possui várias técnicas de abordagem para coleta e interpretação dos dados observados, possuindo fundamentação teórica diversa porém, complementar em muitos casos. A Análise de Conteúdo, utilizada por este trabalho, é uma das ferramentas metodológicas muito utilizada no campo de pesquisa em saúde, e “é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa” (BARDIN, 2015).

Os métodos de análise de conteúdo têm campos de interpretação em que a análise pode ser classificada em métodos lógicos estéticos, que buscam os aspectos formais típicos do autor ou do texto, e próximos do domínio da linguística; métodos puramente semânticos que estão mais próximos da hermenêutica e métodos lógico-semânticos com a análise de conteúdo que utiliza classificação lógica dos conteúdos manifestos e interpretação dos valores semânticos desses mesmo conteúdo. Buscam o sentido expresso nas palavras, imagem e símbolos, sentido das percepções e analogias das mensagens, identificando diferentes valores das mensagens e ideias, em uma hierarquia que vai do particular até o mais geral (FRANCO, 2021).

Situar uma pesquisa do ponto de vista epistemológico e ontológico pode não ser tarefa fácil. Ainda mais se tratando de uma abordagem que utiliza ferramentas quantitativas e qualitativas. A multiplicidade de termos, conceitos, definições é grande, podendo dificultar esta inserção e até o entendimento daquilo que está sendo proposto.

c) Fundamentos da abordagem mista de pesquisa

No final dos anos de 1980, surgiram publicações voltadas em descrever e definir estes métodos. Autores da área de sociologia, de avaliação, da administração, de enfermagem e de educação esboçaram o conceito dos métodos mistos entre o final da década de 1980 e início de 1990, enfatizando se tratar de uma abordagem da pesquisa que ia além de simplesmente usar métodos quantitativos e qualitativos como elementos distintos e separados em um estudo. As publicações buscavam vincular ou combinar esses métodos. Esses desenvolvimentos foram fundamentais para o que mais tarde se tornaram tentativas de utilizar métodos mistos em um projeto de pesquisa completo, desenvolvendo abordagem distinta da pesquisa.

Nas últimas décadas, pesquisas utilizando as abordagens qualitativa e mista surgiram como uma importante estratégia na avaliação em saúde. Muitos trabalhos foram desenvolvidos utilizando estas abordagens que vieram enriquecer e complementar o referencial metodológico prevalente até então, e com ferramentas inovadoras trouxeram novas perspectivas de investigação e respostas às demandas do campo da avaliação. Mas apesar

desta evolução, este campo permanece em aberto, no que se refere a novos conceitos, modelos de avaliação e ferramentas avaliativas, como convém a uma área da ciência da saúde. A avaliação enquanto campo de pesquisa está viva e segue escrevendo sua história(VIGNOCHI, 2014; NOGUEIRA, 2015; FERLIN, 2020).

Esta abordagem que vem sendo muito utilizada na pesquisa avaliativa, principalmente na área da saúde, é a abordagem que utiliza de forma complementar os dados quantitativos e qualitativos. É denominada de abordagem mista ou pesquisa de métodos mistos. Possui suposições filosóficas e também métodos de investigação próprios. Os pesquisadores dos métodos mistos utilizam na investigação uma visão de mundo composta de crenças e suposições sobre o conhecimento que informa o seu estudo. Tem sido denominada esta corrente epistemológica como Pragmatismo, com o foco nas consequências da pesquisa, na importância da questão formulada, e não tanto nos métodos. Portanto, é pluralista e orientado para “o que funciona” e “para a prática”. No pragmatismo, a abordagem pode combinar o pensamento dedutivo e o pensamento indutivo, pois o pesquisador mistura dados qualitativos e quantitativos (CRESWELL, 2010; 2013).

Como uma metodologia, possui estratégias que guiam a direção da coleta, da análise e da mistura das abordagens qualitativa e quantitativa em diferentes fases da pesquisa; coleta, analisa e mistura dados quantitativos e qualitativos em um único estudo ou uma série de estudos. Em combinação, proporciona um melhor entendimento dos problemas de pesquisado que cada uma das abordagens isoladamente (CRESWELL, 2010; 2013).

MÉTODOS

6.1- Desenho de pesquisa

Este é um estudo de caso com o pressuposto epistemológico baseado no Pragmatismo. Visa o objetivo de um estudo analítico e abordagem por meio do método misto de pesquisa, com utilização do modelo de projeto convergente. Desta forma, busca a complementariedade das abordagens quantitativa e qualitativa, com a intenção de “melhoria na elaboração, ilustração e esclarecimento dos resultados de um método com os resultados de outro método” (CRESWELL, 2010, 2013).

Para o desenvolvimento do projeto foi utilizado o modelo de projeto convergente que consistiu na coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos durante a mesma fase do processo de pesquisa, e então integrou-se os dois conjuntos de resultados em uma interpretação geral. Esse projeto é usado quando o pesquisador quer triangular os métodos comparando e contrastando diretamente os resultados estatísticos quantitativos com os achados qualitativos, para propósitos de corroboração e validação (CRESWELL, 2010, 2013).

Na análise dos dados, foram feitas comparações lado a lado por meio de discussão dos resultados de forma narrativa. Este modelo consiste na integração dos dados e envolve apresentar juntos os resultados quantitativos e os resultados qualitativos. No projeto convergente, após coletar simultaneamente tanto dados quantitativos quanto qualitativos, o pesquisador analisa as informações separadamente e então funde os dois bancos de dados. A análise dos dados ocorre em dois pontos distintos da pesquisa: com cada conjunto de dados independentemente e após concluída a comparação. No fim, o pesquisador compara os resultados integrados com as questões da pesquisa (CRESWELL, 2013).

6.2- Cenário de estudo

O Hospital das Clínicas FAEPA de Ribeirão Preto é um hospital universitário de nível terciário, com gestão estadual e de natureza jurídica de entidade sem fins lucrativos. A FAEPA (Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo) é entidade de caráter privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa e financeira, criada em 31/08/88 por um grupo de pessoas físicas e jurídicas da comunidade hospitalar, anexa ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP). Tem a finalidade de colaborar com o HCFMRP-USP, objetivando a implantação de mecanismos gerenciais e projetos que permitam agilizar o aprimoramento da instituição hospitalar para

ampliar e melhorar a assistência prestada à população. Em 1993, a FAEPA aderiu ao Convênio Universitário, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e o HCFMRP-USP, passando a processar e gerenciar o faturamento dos serviços médico-hospitalares prestados no âmbito do HCFMRP-USP aos beneficiários do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir de 2005, o convênio adotou a nova modalidade de gestão baseado no desempenho e metas, vigorando até o momento, com validade quinquenal e reavaliação anual do Plano Operativo Anual. O convênio atual é o de nº 1630/2018 e Processo SS: SPDOC 1989243/2018. (SÃO PAULO, 2023)

O hospital possui 2 unidades, uma delas localizada no centro da cidade e com função de atendimento das urgências e emergências, e a outra unidade localizada no bairro Monte Alegre, no campus universitário, que faz atendimentos em todas as áreas especializadas em que o hospital possui cadastramento do SUS. Possui uma área construída de 179.027,94m², 569 consultórios e salas de atendimentos, 36 salas cirúrgicas, 23 laboratórios, 5.962 servidores, 68 salas de aula, 12 Auditórios (SÃO PAULO, 2023).

Conta com 149 leitos de UTI, incluindo leitos de adulto, pediátrico, neonatal e cuidados intermediários; 265 leitos em cirurgia especializada, distribuídos em todas as áreas cirúrgicas; 231 leitos de clínica médica e especialidades; 54 leitos de hospital dia; 30 leitos obstétricos; 60 leitos para crônicos, psiquiatria e reabilitação; e 73 leitos pediátricos. Possui habilitação junto ao Ministério da Saúde nas mais diferentes áreas especializadas, incluindo transplante, oncologia, queimados, cirurgia cardiovascular e neurovascular, hemodiálise. Conta ainda com um Hemocentro, um Hospital da Criança, um Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Serviço Especializado para Tratamento da AIDS, um Instituto de Psiquiatria, além de laboratórios especializados e de alta densidade tecnológica, voltados tanto para assistência quanto para a pesquisa. (CNES, 2023).

6.3- População de estudo

A população de estudo foi composta por profissionais trabalhadores e representantes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Diretoria Regional de Saúde XIII do estado de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. São profissionais pertencentes a diversas categorias como médico, enfermeiro, economista e administrador de empresas integrantes da comissão de acompanhamento do convênio em estudo.

6.4- Critérios de inclusão e exclusão

6.4.1- Inclusão: Hospitais públicos de ensino de nível terciário, do interior do estado de São Paulo, que aderiram ao convênio de gestão com a SES de São Paulo e aceitaram participar do estudo; membros das comissões de acompanhamento e avaliação

das metas contratuais de cada hospital selecionado, que aceitaram participar da entrevista.

6.4.2- Exclusão: hospitais públicos de ensino que não dispuseram de forma estruturada e atuante da comissão de acompanhamento e avaliação contratual, durante o período de pesquisa; participantes das comissões de avaliação dos contratos de metas que não aceitaram participar formalmente da entrevista ou que estiverem ausentes do trabalho no momento da coleta de dados; hospitais que não tiverem os dados em saúde para elaboração dos indicadores disponibilizados no Sistema de Informação Hospitalar/SUS.

6.5- Coleta de dados

Os dados quantitativos e qualitativos foram coletados simultaneamente de acordo com a regra do projeto convergente.

6.5.1- Etapa de coleta de dados quantitativos

Para a abordagem quantitativa foram utilizados dados secundários para a elaboração de indicadores (taxas e valor médio) relacionados a qualidade da assistência e da gestão hospitalar, além de números de casos utilizados no levantamento. Os dados foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS, para o período de 2002 a 2019. O processo de coleta dos dados foi por meio de acesso aos arquivos do Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS, no sítio eletrônico da instituição, no endereço de página <https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Os arquivos foram baixados e os dados extraídos e descompactados por meio do programa WinZip, sendo importados para o programa TabWin versão 4.15. Neste programa foram tabulados ao nível de desagregação institucional (hospitalar), conforme o protocolo de tabulação de dados, constante na tabela do apêndice A. A ficha técnica do rol de indicadores encontra-se descrita neste apêndice. Foram selecionados indicadores utilizados nacional e internacionalmente, para avaliação da qualidade da assistência e gestão hospitalar (TRAVASSOS, 1999; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2009; RAMOS, 2015; MENDES, 2018; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020; FIOCRUZ, 2021).

Dados demográficos foram coletados de três fontes. Para as estimativas populacionais de 2011 a 2019 foram coletados da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), no sítio eletrônico da instituição, <https://populacao.seade.gov.br/>. Os dados de estimativa populacional do período de 2002 a 2009 foram coletados do sítio eletrônico do DATASUS, no endereço <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptsp.def>. Os dados do censo de 2010 foram coletados no sítio eletrônico do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística (IBGE), na página <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=destaques> (SEADE, 2022; DATASUS, 2022; IBGE, 2022).

6.5.2- Etapa de coleta de dados qualitativos

A abordagem qualitativa consistiu em entrevistas semiestruturadas, com os integrantes das comissões de avaliação do convênio de gestão hospitalar. Esta comissão é composta por representantes do hospital, da secretaria estadual de saúde e da secretaria municipal de saúde, que tem como objetivos a observância do cumprimento das regras contratual, o acompanhamento das metas do plano operativo, assim como revisão destas, quando for necessário em função de necessidades assistenciais.

A entrevista semiestruturada é uma ferramenta que possibilita que as questões sejam formuladas para permitir que o sujeito discorra e verbalize seus pensamentos, tendências e reflexões sobre os temas apresentados. O roteiro das entrevistas foi elaborado com o objetivo de verificar a percepção de mudanças na qualidade da assistência à saúde e da gestão hospitalar, conforme os objetivos do estudo (Apêndice B) (GODOY, 1995; GERHARDT, 2009; CRESWELL, 2010, 2013; ROSA, 2014; BARDIN, 2015; FONTANELLA, 2008; FRANCO, 2021).

Nesta etapa buscaram-se os atributos da exaustividade (não omitir nada que seja relevante), da homogeneidade (coletar os dados com a mesma técnica), da representatividade (amostragem adequada aos objetivos do estudo), da pertinência (os documentos devem englobar o conteúdo da pesquisa) e da exclusividade (cada elemento classificado e apenas uma categoria).

6.5.2.1 – Amostragem da etapa qualitativa

O investigador selecionou propositalmente indivíduos e locais que proporcionaram as informações necessárias. Esta amostragem intencional significou que os pesquisadores selecionaram intencionalmente um pequeno número de participantes, que experienciaram o fenômeno central ou o conceito-chave explorado no estudo. Estes proporcionaram informações em profundidade sobre o fenômeno central. Amostragem não probabilística selecionou indivíduos disponíveis que puderam ser estudados, considerando as técnicas de seleção pelos critérios de amostragem da exaustão e cotas, conforme o perfil e objetivos desta pesquisa (CRESWELL, 2013).

As entrevistas foram realizadas por meio digital remoto (online) e gravadas.

Foram realizadas sete entrevistas e os participantes foram convidados a participar por contato telefônico e endereço eletrônico, ocasião em que foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo B) para anuência. Não foi realizada entrevista piloto. Após o consentimento, as entrevistas foram agendadas e foi utilizada a plataforma de videoconferência Google Meet para sua realização, e o armazenamento das gravações foi feito no computador pessoal do pesquisador, com cópia em dispositivo de armazenamento externo. As entrevistas tiveram duração entre 32 minutos (a mais curta) e 58 minutos (a mais longa). Os participantes foram codificados conforme a sequência das entrevistas e a profissão de cada um (E1 – ENF = entrevistada 1 e enfermeira; E2 – ECO = entrevistada 2 e economista; E3 – ADM = entrevistada 3 e administradora de empresas; E4 – ADM = entrevistada 4 e administradora de empresas; E5 – ADM = entrevistada 5 e administradora de empresas; E6 – MED – entrevistada 6 e médica; E7 – MED – entrevistada 6 e médico).

Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pelo pesquisador principal e por mais um profissional experiente nessa ação, com experiência em abordagem qualitativa. Depois de transcrita foram apresentadas aos participantes que tiveram livre acesso aos dados colhidos para validação das informações.

Para a organização e descrição dos dados qualitativos, três categorias temáticas foram definidas previamente: subdimensão acesso, efetividade e eficiência, conforme o referencial teórico utilizado, e os respectivos conceitos utilizados de cada subdimensão (DONABEDIAN, 1978, 1990; HARTZ, 2005; BROUSSELLE, 2011; FIOCRUZ, 2021). Outras categorias emergiram durante a análise dos dados, todas ancoradas no referencial teórico utilizado. Os trechos dos discursos coletados junto aos entrevistados foram classificados conforme a conexão semântica entre o significado dos discursos e os conceitos de cada subdimensão referente à qualidade. (FRANCO, 2021).

6.6- Análise de dados

Foi feita inicialmente de forma independente para os dados quantitativos e qualitativos, com subsequente comparação destes dados na análise integrada (FETTERS, 2015).

6.6.1- Dados quantitativos

Foram analisados por meio de estatística descritiva (gráficos e tabelas) e de forma analítica, avaliando o comportamento dos indicadores ao longo do período da pesquisa.

Para verificar o efeito da implementação de um novo modelo de convênio, foi proposta uma abordagem de Interrupted Time Series (ITS). Para isso, o número de casos mensais dos indicadores de interesse foi estimado pelo modelo linear generalizado de distribuição binomial-negativa com função de ligação logarítmica e um offset igual ao

logaritmo do denominador, conforme proposto para cada indicador, para compensar e transformar os indicadores em taxas novamente. Quando necessário, foram utilizadas variáveis de defasagem de grau 1, 2 e no máximo 3 para controlar a autocorrelação residual. Além disso, funções harmônicas (baseadas em seno e cosseno) foram utilizadas para melhorar a estimação de picos e vales da série. Segue o modelo linear genérico:

$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Tempo}_i + \beta_2 \text{Política}_i + \beta_3 \text{Tempo}_i \cdot \text{Política}_i + e_i$. Para os indicadores de tempo e valor, a análise se deu por meio de um modelo linear generalizado de distribuição Gamma com função de ligação logarítmica. As autocorrelações residuais foram avaliadas pelo gráfico ACF e pelo valor da estatística de Durbin-Watson. Todos os gráficos e análises foram feitos com o auxílio do software R, versão 4.1.0. O nível de significância (valor-p) adotado foi de 5% e o Intervalo de Confiança (IC) de 95% (BERNALL, CUMMINS, GASPARRINI, 2017).

6.6.2- Dados qualitativos

Foram analisados utilizando os fundamentos da Análise de Conteúdo, com a exploração do material por meio de leituras com pré-análise das entrevistas, para apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais. Após, foram identificados os indicadores geradores de sentido, que são elementos de marcação, para permitir extrair das comunicações a essência de sua mensagem. Nesta etapa foram feitas operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática, e de algumas das modalidades de codificação para o registro dos dados. Na sequência foi realizado o desmembramento de fragmentos do texto em Núcleos de Sentido e Grandes Temas, correspondendo respectivamente às unidades de análise e categorias temáticas. A definição das categorias é realizada por meio de elementos constitutivos de uma analogia significativa na pesquisa, isto é, das categorias. Dessa forma, a análise categorial consiste no desmembramento e posterior agrupamento ou reagrupamento das unidades de análise. Assim, a repetição de palavras ou termos pode ser a estratégia adotada no processo de codificação para serem criadas as unidades de análise e, posteriormente, categorias de análise iniciais (BARDIN, 2015).

Destas, três foram previamente definidas com a seleção das unidades de análise (ou de significados) que se relacionam aos objetivos do estudo, e que deram origem aos Grandes Temas; subsequentemente fez-se a definição dos Núcleos de Sentido por freqüenciamento (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes) ou por relevância implícita (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes,

mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo) (BARDIN, 2015; ROSA, ARNOLDI, 2014; CAMPOS, 2004; FRANCO, 2021).

Foi utilizado o software Office da Microsoft para o tratamento dos recortes de fala extraídos das entrevistas, com a realização de identificação, marcação textual e anotações para a formulação das unidades de análises (Núcleos de Sentido) e relação com categorias temáticas (Grandes Temas), para posterior agregação nas respectivas subdimensões da qualidade previamente definidas: acesso, efetividade e eficiência. Os recortes de fala que não tiveram relação semântica com o conceito definidor destas subdimensões, mas poderiam ser alocados em outras subdimensões conforme a relação semântica com as respectivas definições, como adequação, eficácia ou satisfação do usuário, e tiveram relação com os objetivos da pesquisa, foram também utilizados para o processo de discussão e elucidação das questões de pesquisa e alocados em um dos Grandes Temas a que estiveram mais próximo conceitualmente. Os discursos foram analisados pelo pesquisador e por mais dois colaboradores, no sentido de realizar a triangulação da interpretação dos sentidos de fala, com o propósito de validar as interpretações que fundamentaram os Núcleos de Sentido e os Grandes Temas.

6.6.3- Integração dos dados

Para a etapa final de análise e discussão, fez-se a integração dos dados, comparando de forma narrativa os dados quantitativos e qualitativos, sob a perspectiva da avaliação do desempenho de cada subdimensão, observando o comportamento dos indicadores quantitativos comparado ao conteúdo dos trechos de discursos dos entrevistados, buscando convergências, divergências ou falta de associação entre o que os números mostraram e a percepção dos integrantes da comissão. Ao final, os dados são apresentados em um quadro de fusão, com os resultados quantitativos, qualitativos e a interpretação da interação destes dados (CRESWELL, 2013; FETTERS, 2015).

Os quatro projetos básicos de métodos mistos são o projeto convergente, o projeto sequencial explanatório, o projeto sequencial exploratório e o projeto incorporado. O projeto convergente ocorre quando o pesquisador usa o momento simultâneo para implementar os elementos quantitativos e qualitativos durante a mesma fase do processo da pesquisa, prioriza igualmente os métodos e mantém os elementos independentes durante a análise; ao final mistura os resultados durante a interpretação geral.

O projeto explanatório ocorre em duas fases interativas distintas e se inicia com a coleta e a análise de dados quantitativos, seguida pela coleta e análise de dados

qualitativos, visando acompanhar os resultados da primeira. O pesquisador interpreta como os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos.

O projeto exploratório também usa o momento sequencial, mas começa com a coleta e análise de dados qualitativos. A partir dos resultados exploratórios, o pesquisador conduz a fase quantitativa, para testar ou generalizar os achados qualitativos. O pesquisador então interpreta como os resultados quantitativos foram construídos sobre os resultados qualitativos iniciais.

O projeto incorporado ocorre quando o pesquisador coleta e analisa tanto dados quantitativos quanto qualitativos dentro de um projeto quantitativo ou qualitativo tradicional. No projeto incorporado, o pesquisador pode acrescentar um elemento qualitativo dentro de um projeto quantitativo, como um experimento, ou adicionar um elemento quantitativo dentro de um projeto qualitativo, como um estudo de caso. No projeto incorporado, o elemento suplementar é adicionado para melhorar o projeto geral de alguma maneira.

No projeto transformativo o pesquisador molda dentro de uma estrutura teórica transformativa todas as outras decisões (interação, prioridade, momento certo e mistura) que são tomadas dentro do contexto da estrutura transformativa. (CRESWELL, 2013)

6.7 - Aspectos éticos

O projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, atendendo às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolvem seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/12, com anuência da direção do hospital. Foi aprovado pelo parecer número 5.384.544.

6.7.1 - Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa

Riscos: quebra de sigilo das informações prestadas durante a entrevista, porém os pesquisadores se comprometem em não divulgar os dados; cansaço e estresse dos entrevistados.

Benefícios: novas informações a respeito do desempenho dos contratos de gestão podem trazer benefício coletivo, com possibilidade de melhorias no planejamento e gestão hospitalar, contribuindo com os gestores em novas informações, além de estimular novas pesquisas.

7 - RESULTADOS

Os resultados quantitativos e qualitativos foram descritos de forma separada, para depois serem apresentados integrados na análise, segundo a técnica da integração dos dados.

7.1 - Resultados quantitativos

Os resultados quantitativos estão dispostos em formato de figuras (gráficos) e tabela, com a demonstração das ocorrências nos gráficos, do número de casos e das taxas de cada indicador, de 2002 a 2019. Para os gráficos do número de casos serão apresentadas 3 linhas coloridas em que cada corresponde a:

- a) linha preta = número de casos efetivamente levantados.
- b) linha verde = tendência predita após a política, ou seja, tendência esperada pela inferência estatística com a mudança do modelo de gestão contratual.
- c) linha laranja = tendência predita antes da política, ou seja, tendência esperada pela inferência estatística caso não houvesse a mudança do modelo de gestão contratual. Ao final será apresentada uma tabela com a análise estatística inferencial de cada indicador.

Para gráficos de taxas os números serão apresentados de forma apenas descritiva, não comportando análise inferencial.

Cada indicador será apresentado na respectiva da subdimensão a que pertence, segundo o modelo teórico utilizado.

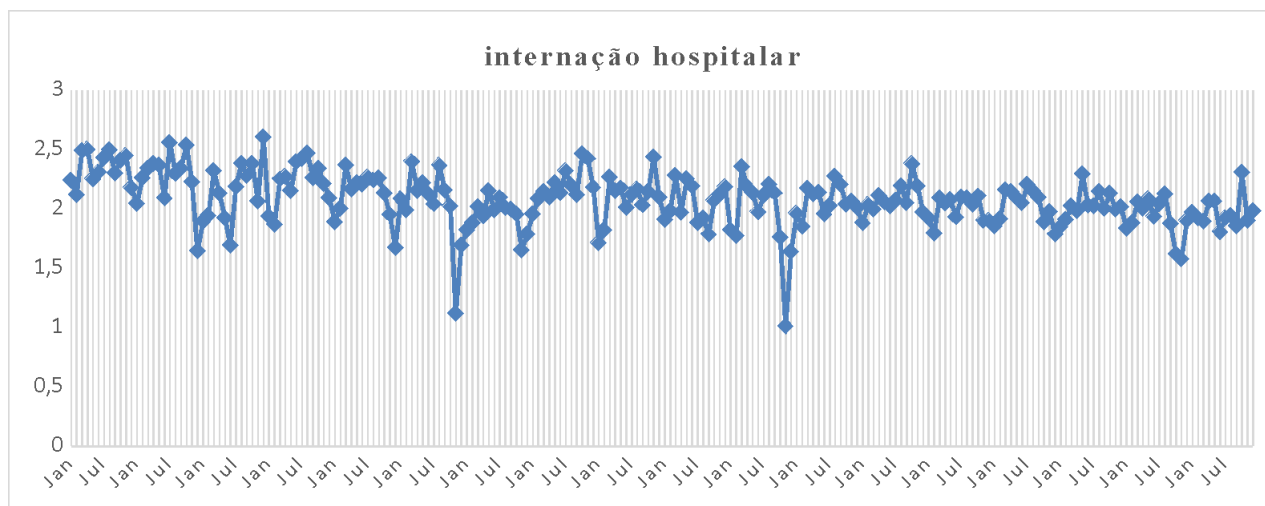
7.1.1- Subdimensão do acesso

A figura 2 mostra a evolução do número de casos mensais de internação durante o período de estudo. Observa-se um distanciamento entre as tendências preditas antes e após o início do convênio, além de concordância entre o número de casos e a tendência antes da política. Entretanto, a análise inferencial mostra que apesar de uma variação de 16,2% para um efeito imediato antes-depois da intervenção, não apresentou significância para este efeito ($p < 0,223$) nem para a comparação entre as tendências antes-depois. A figura 3 mostra que em relação à taxa de internação por 1.000 habitantes também não houve variação, permanecendo em torno de 2/1000 em média.

Figura 2. Número de casos e tendências de internação hospitalar antes e após a intervenção



Figura 3. Taxa de internação hospitalar, por 1.000 habitantes, município de Ribeirão Preto, 2002 a 2019.



A figura 4 mostra a variação positiva do efeito imediato de antes e depois do novo modelo de convênio. Houve aumento, em média, de 170% no número de casos. A tendência era de queda de número de angioplastias, em média, 11,5% ao ano antes da intervenção, sendo que no período após a política, a tendência é de aumento no número de angioplastias, em média, 1,2% ao ano. Existe evidência de diferença entre as tendências antes e após a política, com p-valor de 0,013 na comparação entre as tendências. A figura 5 mostra que taxa de angioplastia também apresentou crescimento, concordando com o período em que o número de casos aumentou.

Figura 4. Número de casos e tendências de angioplastias antes e após a intervenção de 2002 a 2019.

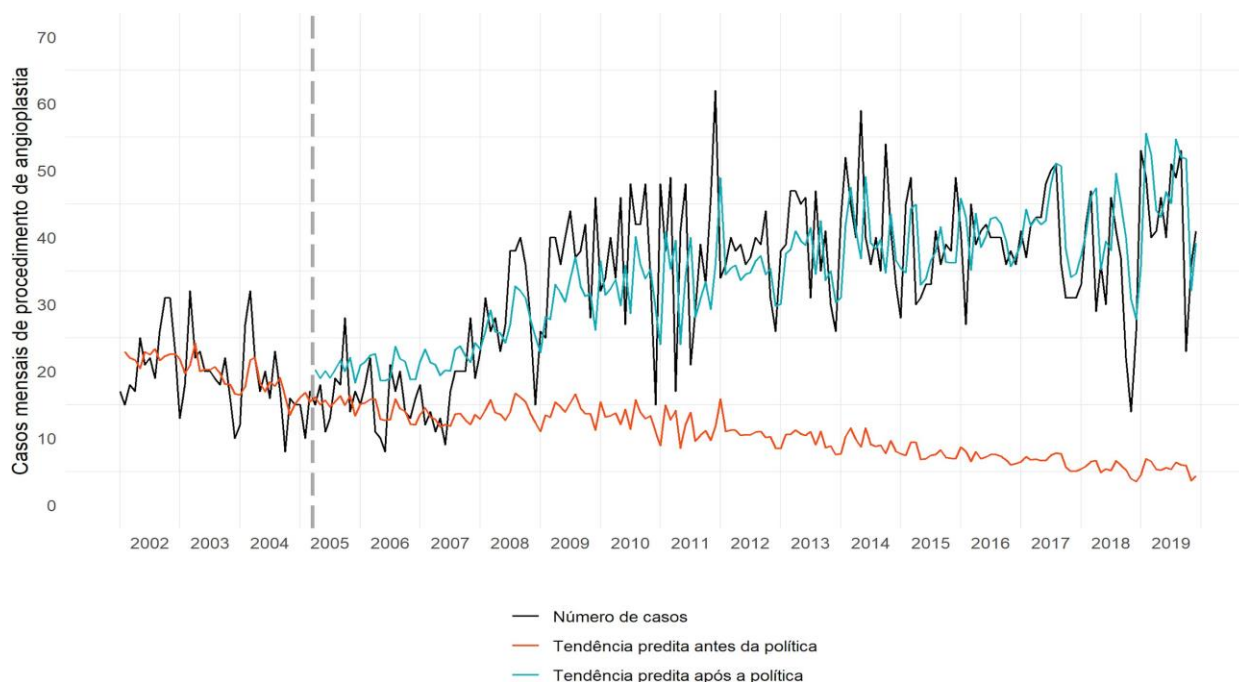
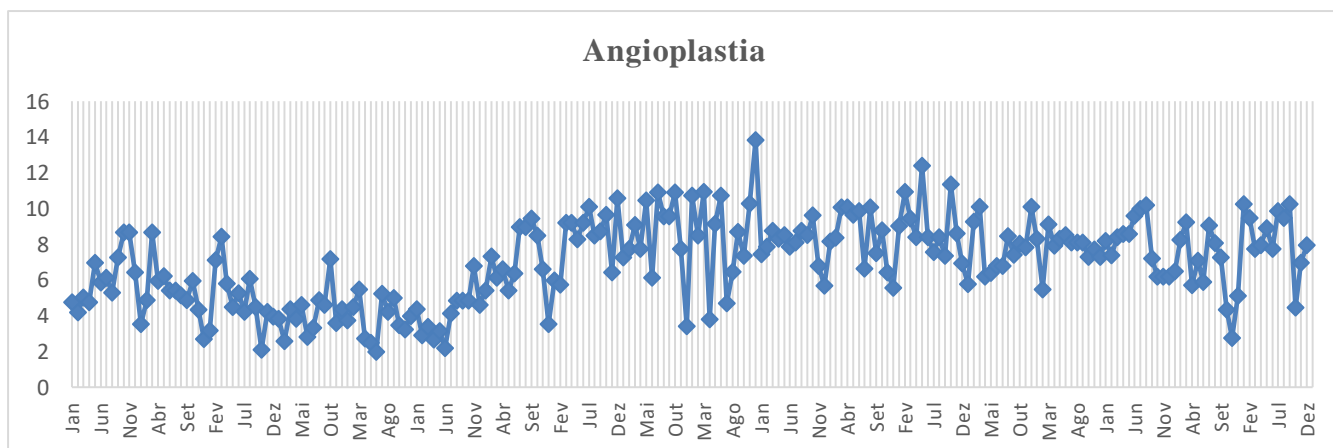


Figura 5. Taxa de angioplastias, por 100 mil habitantes de 20 anos ou mais de idade, de 2002 a 2019.



7.1.2- Subdimensão efetividade

A figura 6 mostra que os óbitos institucionais têm uma variação imediata negativa após o novo modelo em 18,4% do número de casos, mas com p-valor $< 0,207$ para esta variação. Além disso, mostra p-valor $< 0,374$ na comparação entre as tendências antes e depois. A figura 7 mostra que a taxa de óbitos institucionais também teve tendência de queda após a intervenção, concordante com a diminuição do número de casos.

Figura 6. Número de casos e tendências de óbito institucional antes e após a intervenção, de 2002 a 2019.

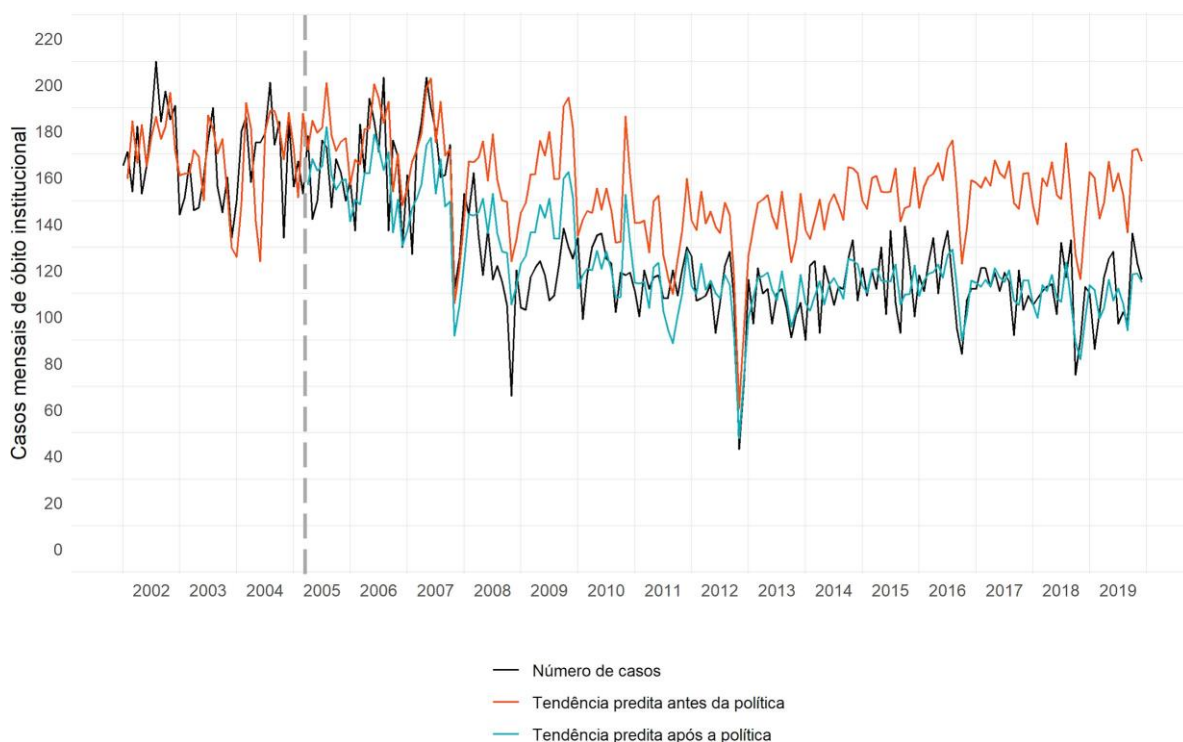
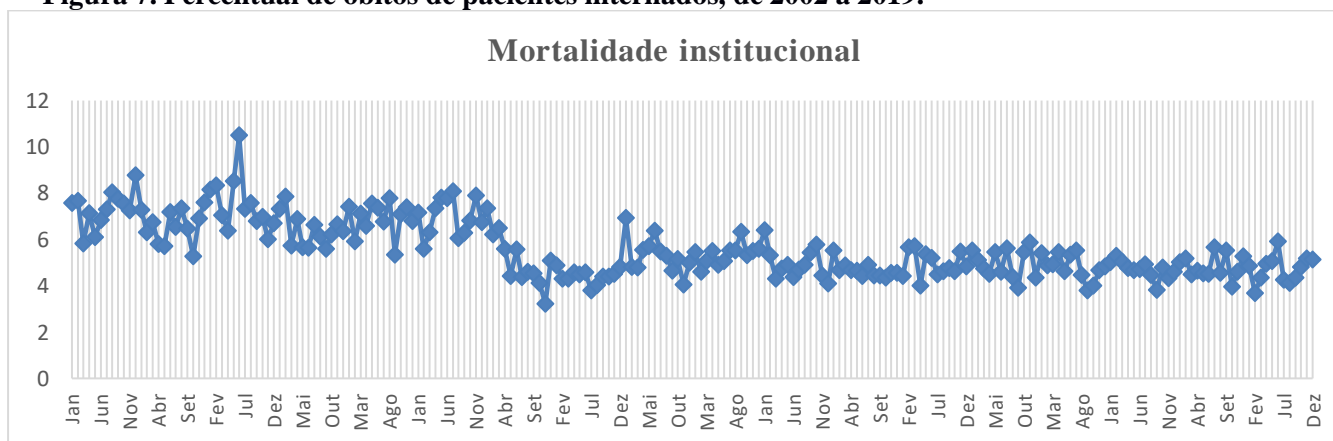


Figura 7. Percentual de óbitos de pacientes internados, de 2002 a 2019.



A figura 8 mostra uma variação com aumento de 81,1% no número de casos de mortalidade por IAM. Entretanto, em função do pequeno número de casos levantados, a análise inferencial não mostra significância estatística tanto para um efeito imediato ($p < 0,663$), quanto para as tendências antes e depois da mudança ($p < 0,605$). A figura 9 mostra que a taxa de

mortalidade, a exemplo do número de casos, apresenta estabilidade da curva em torno de uma média, com oscilações entre zero e 15% na maior parte do período de estudo, porém com oscilações mais intensas no período imediatamente anterior à linha de intervenção.

Figura 8. Número de casos e tendências de óbitos por IAM antes e após a intervenção, de 2002 a 2019.

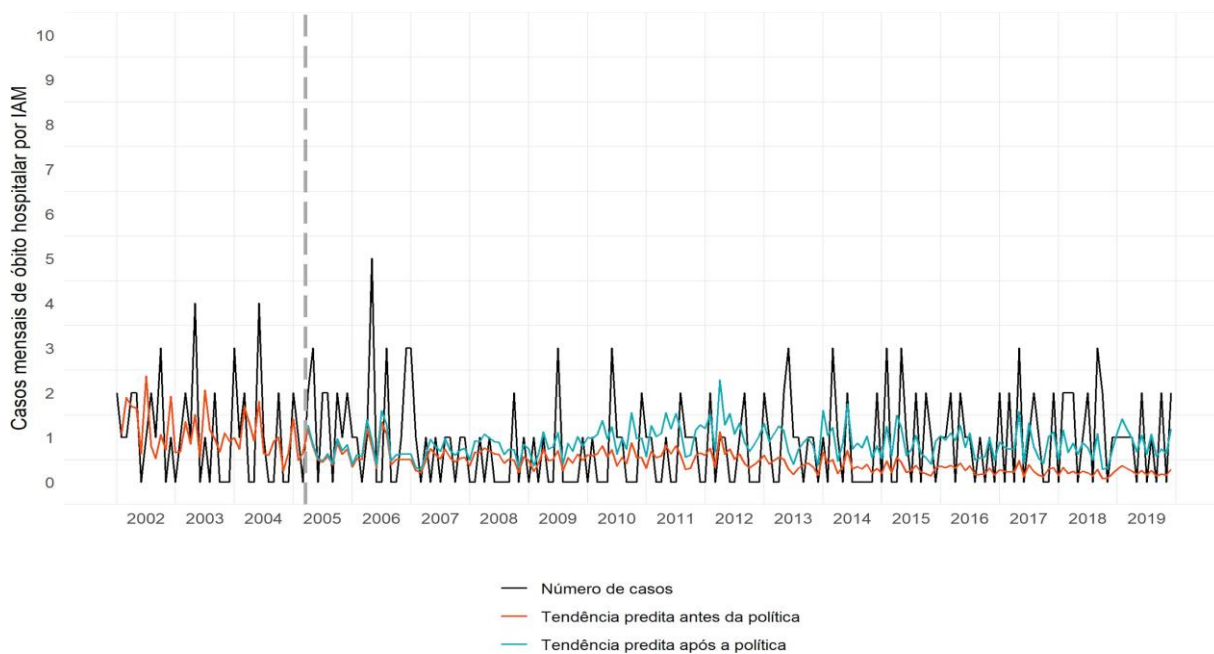
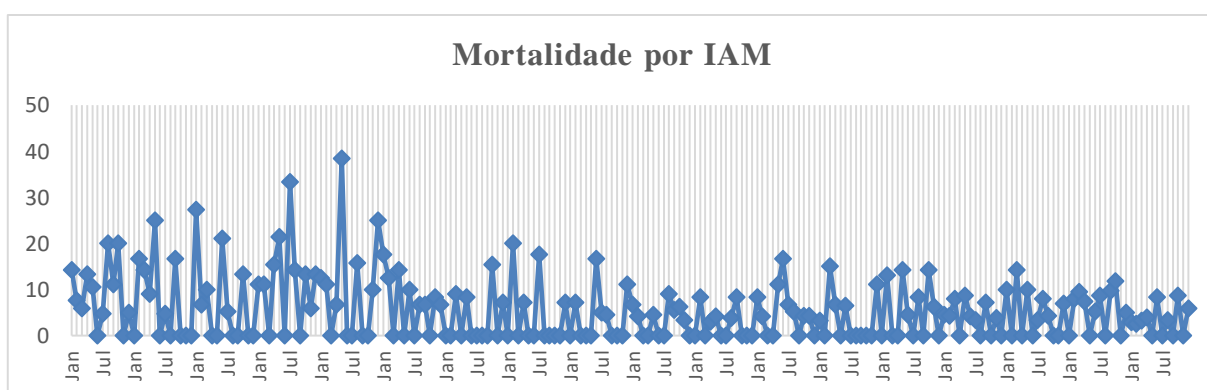


Figura 9. Percentual de óbitos hospitalares por IAM de pacientes com 45 anos ou mais, com tempo de permanência de até 28 dias, 2002 a 2019.



A figura 10 mostra que este indicador teve diminuição de 38,4% no número de casos. Entretanto, também em função do pequeno número de casos encontrados, a análise inferencial não mostra significância estatística tanto para um efeito imediato antes e depois ($p < 0,424$), quanto para as tendências antes e depois da mudança ($p < 0,768$). A figura 11 mostra a que taxa de mortalidade em UTI pediátrica segue a tendência de queda do número de casos, com oscilações mais pronunciadas no período pré-intervenção, variando de zero a 20%, mas demonstrando maior estabilidade após 2005.

Figura 10. Número de casos e tendências de óbito em UTI pediátrica antes e após a intervenção, 2002 a 2019.

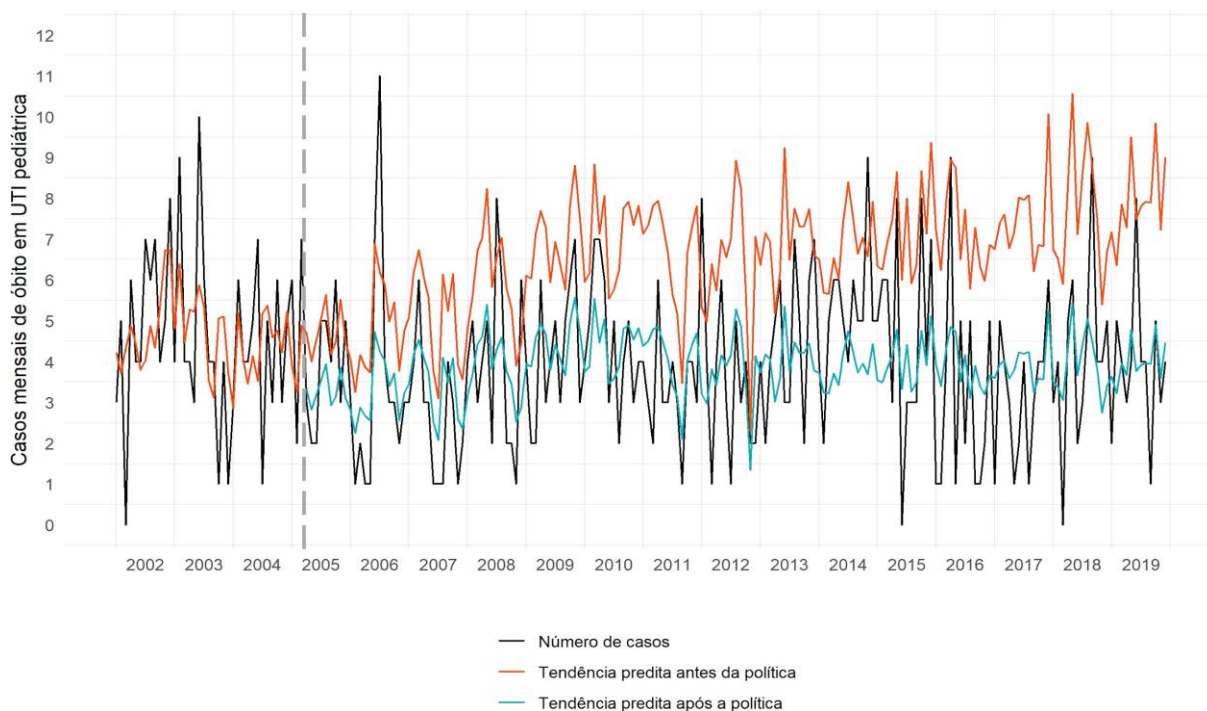
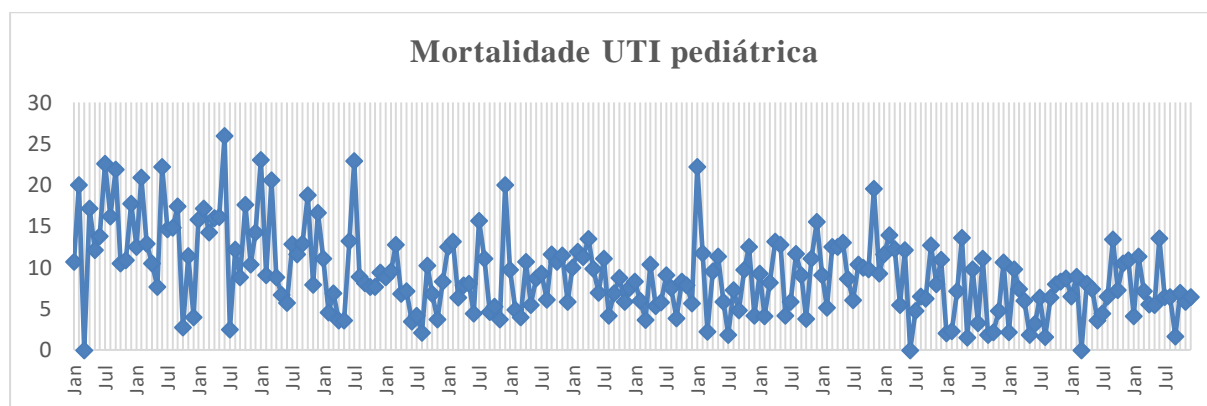


Figura 11. Percentual de óbitos em UTI pediátrica, 2002 a 2019.



A figura 12 mostra uma variação negativa no número de partos vaginais, ou seja, uma diminuição de 27,2% e ($p < 0,071$), além de uma diferença significativa entre as tendências antes e depois da mudança do modelo ($p < 0,015$). A figura 13 mostra que a taxa de partos vaginais apresentou estabilidade durante o período do estudo, oscilando entre 50 e 70%, com discreta tendência de diminuição.

Figura 12. Número de casos e tendências de partos vaginais antes e após a intervenção.

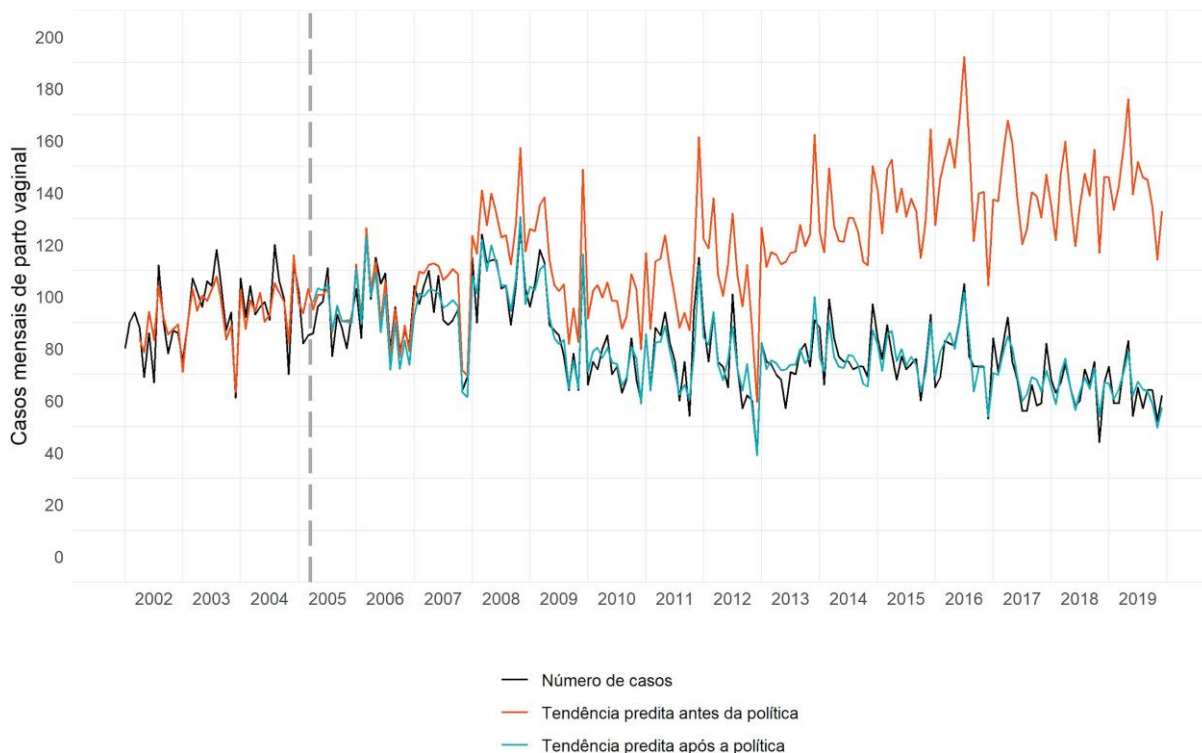
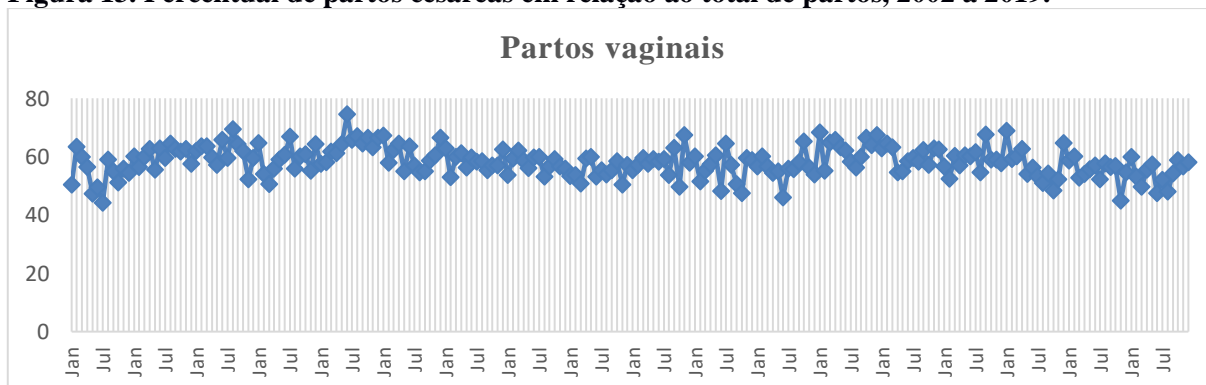


Figura 13. Percentual de partos cesáreas em relação ao total de partos, 2002 a 2019.



7.1.3- Subdimensão eficiência

A figura 14 mostra uma variação negativa de 0,9% no valor médio pago por internação hospitalar de média complexidade, porém sem significância estatística para um efeito imediato desta variação ($p < 0,926$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da mudança ($p < 0,231$). A figura 15 mostra aumento no valor médio pago por internação de média complexidade de aproximadamente 700 Reais para 1600 Reais.

Figura 14. Valor médio pago por internação de média complexidade antes e após a intervenção

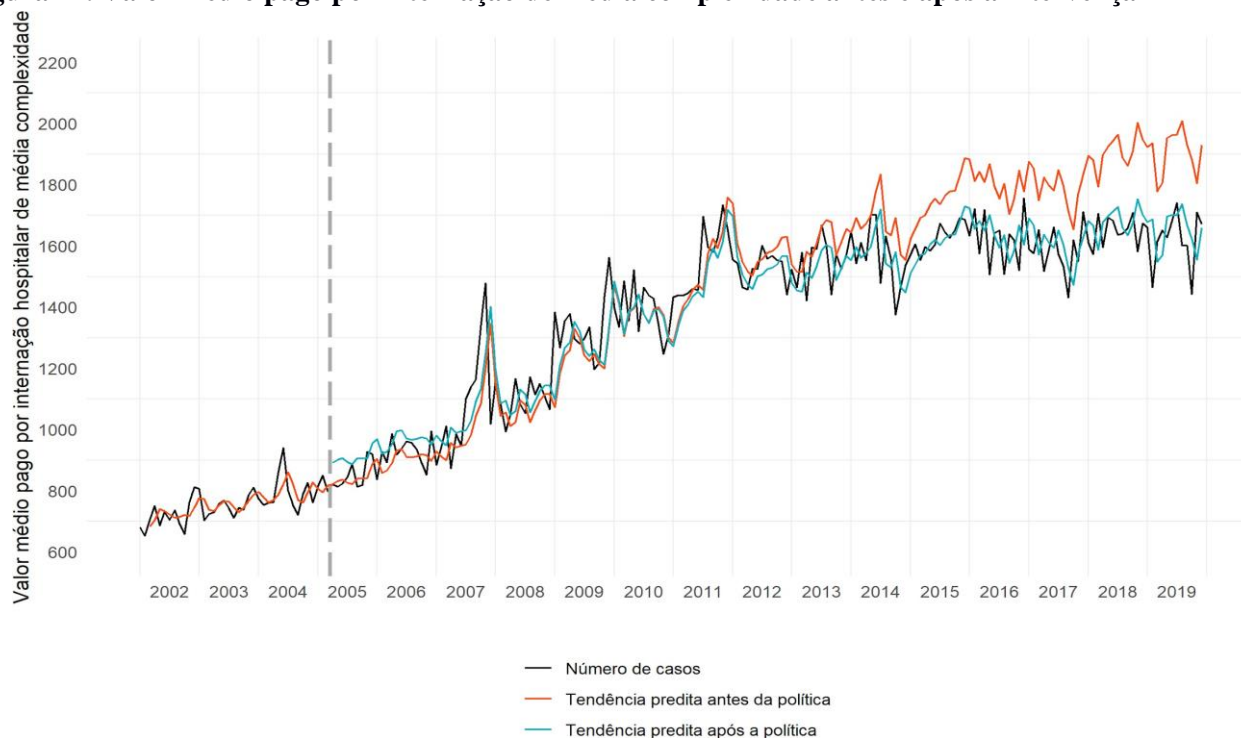
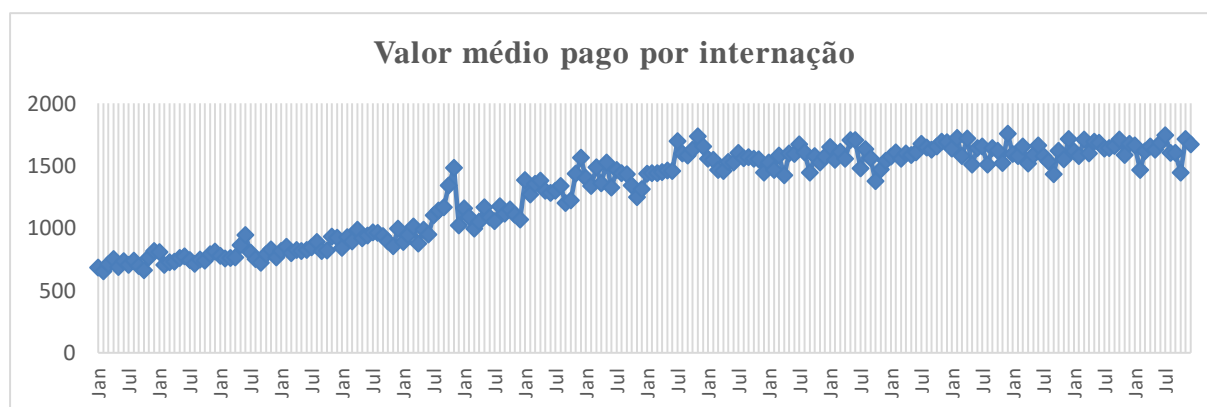


Figura 15. Valor médio pago por internação de média complexidade, 2002 a 2019.



A figura 16 mostra uma variação negativa de 0,46% no tempo média de permanência, porém sem significância estatística para um efeito imediato desta variação ($p < 0,473$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da intervenção. A figura 17 mostra que taxa média de permanência teve comportamento semelhante de queda ao longo do período, mais perceptível a partir de 2013.

Figura 16. Tempo médio de permanência hospitalar antes e após a intervenção.

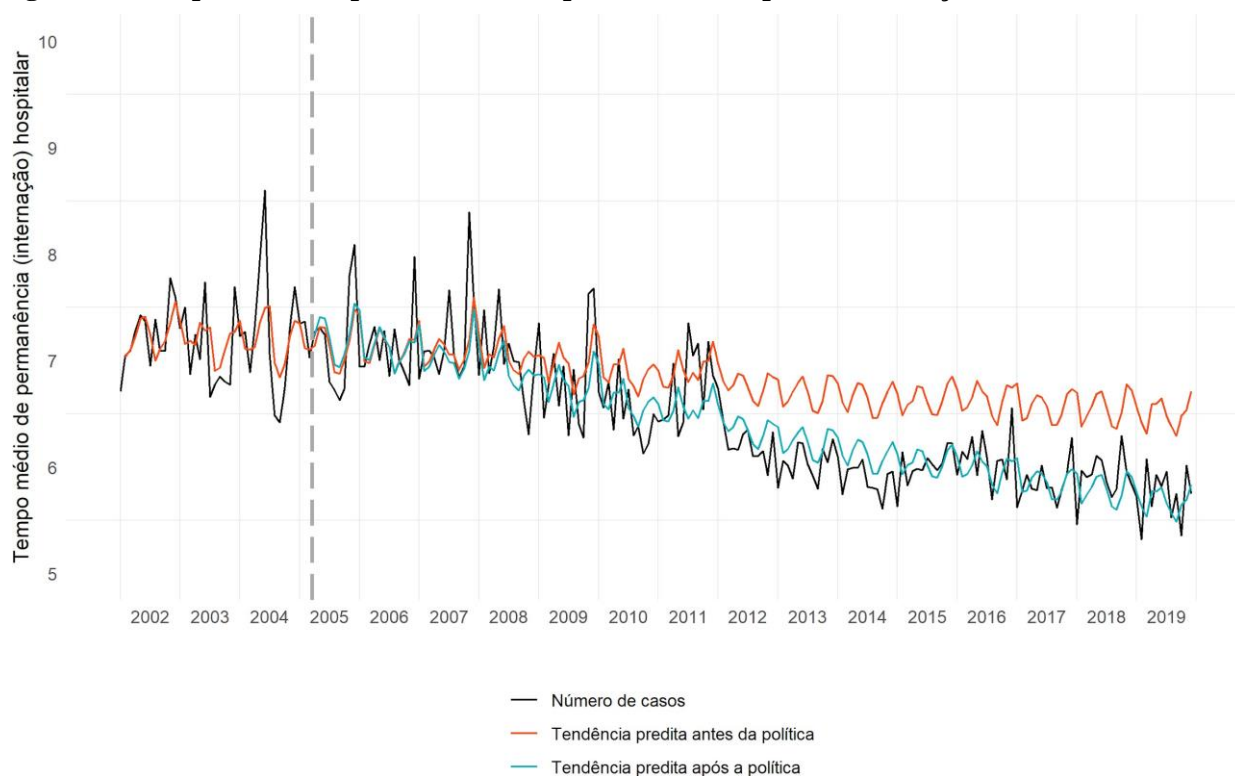
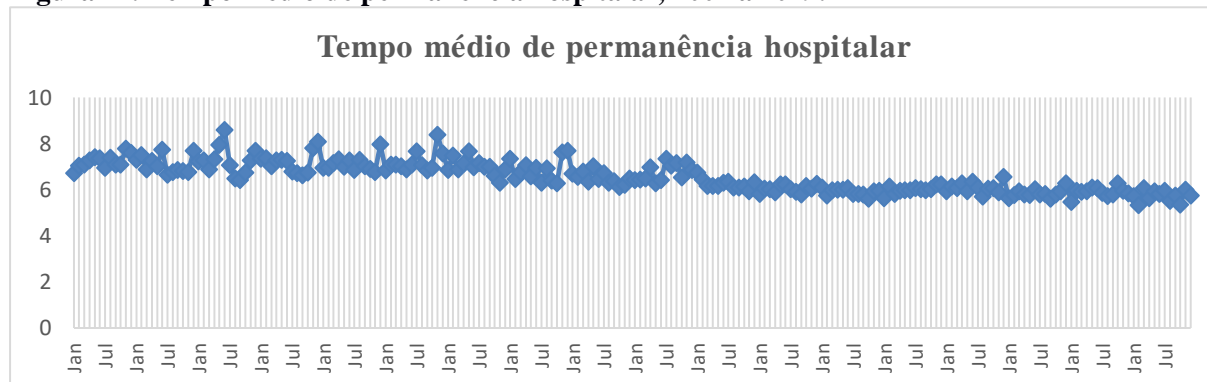


Figura 17. Tempo médio de permanência hospitalar, 2002 a 2019.



A figura 18 mostra variação positiva do efeito imediato de antes e depois do novo modelo de convênio, com aumento, em média, de 121,4% no número de casos de colecistectomia por videolaparoscopia ($p < 0,031$). A tendência era de queda de número deste procedimento, em média, 10,5% ao ano antes da intervenção, sendo que no período após a política, a tendência é de aumento, em média, 0,7% ao ano. Existe evidência de diferença entre as tendências antes e após a política ($p < 0,031$). A figura 19 mostra que a taxa de

colecistectomia por vídeo também teve tendência de aumento, notadamente a partir de 2010 até o final do período do estudo.

Figura 18. Número de casos e tendências de colecistectomia videolaparoscópica antes e após a intervenção

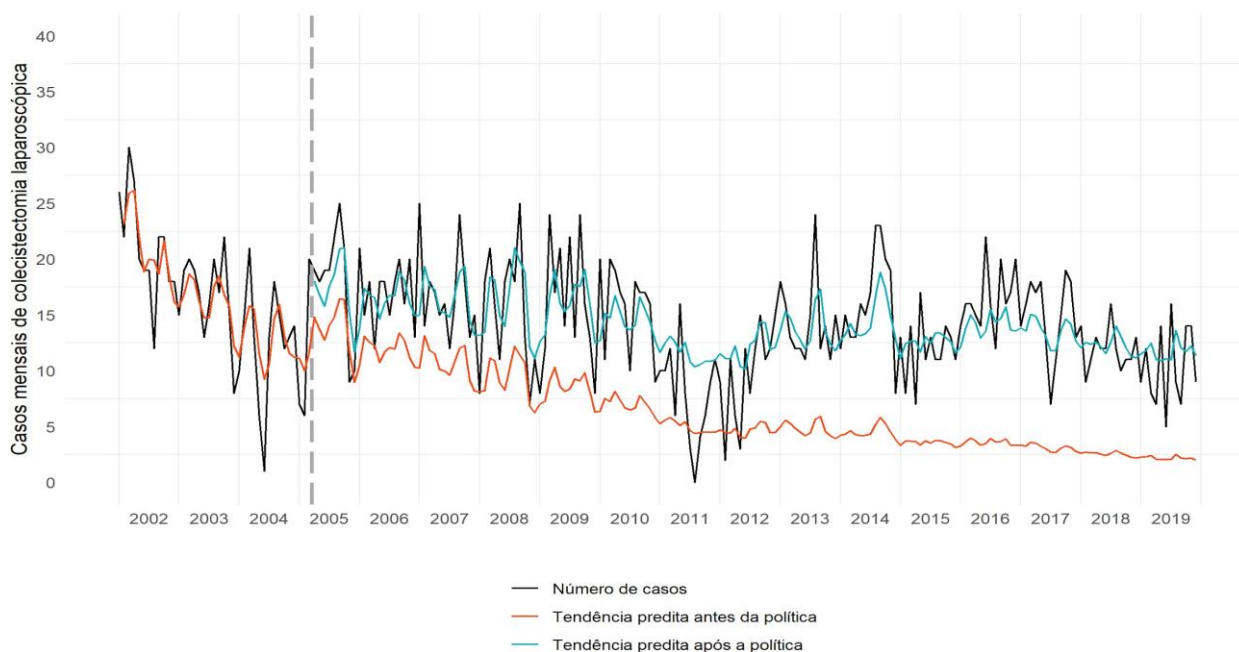
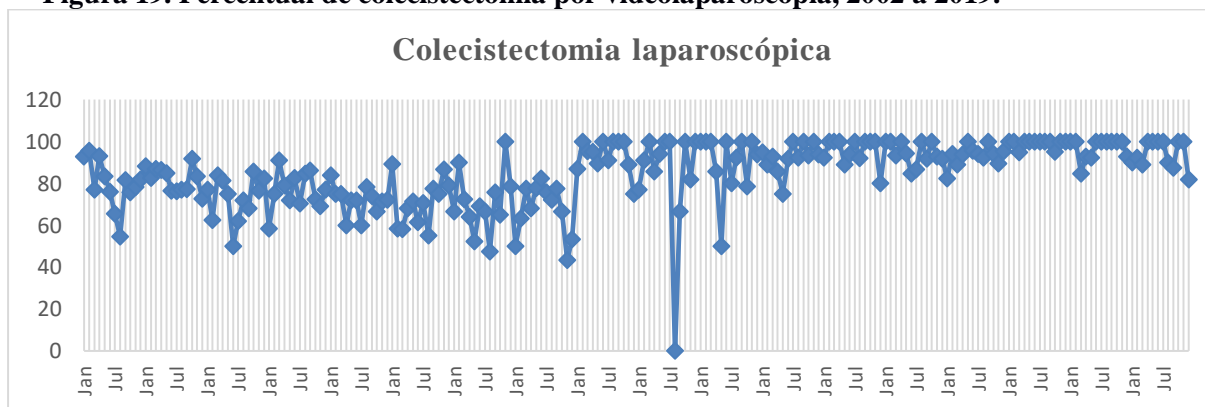


Figura 19. Percentual de colecistectomia por videolaparoscopia, 2002 a 2019.



Abaixo a tabela 1 mostra uma síntese dos resultados da análise estatística inferencial de cada indicador, com variação percentual para efeito imediato antes e depois da intervenção. Faz também comparação entre as tendências das curvas antes e após a intervenção, com os respectivos p-valores e IC 95%. Os destaques em vermelho são para os valores com significância de 5% na análise.

Tabela 1. Análise inferencial do comportamento dos dados quantitativos

<i>Hospital de ensino de Ribeirão Preto integrante do estudo</i>					
<i>Período: Jan/02 até Dez/19 com intervenção em Abr/2005</i>					
Indicadores	Variação (%)	IC 95%		Valor-p	
<i>Internação hospitalar</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	16,2	-8,7	47,8	0,223	
Tendência antes da intervenção*	-3,2	-6,3	0,0	0,049	
Tendência após da intervenção *	-0,7	-1,0	-0,4	<0,001	
Comparação entre as tendências antes e após intervenção	-	-	-	0,129	
<i>Angioplastia</i>					
Efeito imediato (após - antes)	170,2	22,3	498,9	0,014	
Tendência antes da intervenção *	-11,5	-20,3	-1,7	0,023	
Tendência após a intervenção *	1,2	0,1	2,3	0,039	
Comparação entre as tendências antes e após da intervenção	-	-	-	0,013	
<i>Mortalidade hospitalar por IAM</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	81,1	-87,5	2531,1	0,663	
Tendência antes a intervenção *	-13,3	-39,1	23,3	0,426	
Tendência após a intervenção *	-4,8	-8,5	-1,0	0,014	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,605	
<i>Mortalidade institucional</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	-18,4	-40,4	11,9	0,207	
Tendência antes a intervenção *	0,8	-3,4	5,1	0,721	
Tendência após a intervenção *	-1,2	-1,7	-0,6	0,000	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,374	
<i>Colecistectomia Laparoscópica</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	121,4	7,7	357,2	0,031	
Tendência antes a intervenção *	-10,5	-18,7	-1,6	0,022	
Tendência após a intervenção *	-0,7	-1,7	0,2	0,146	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,031	
<i>Partos vaginais</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	-27,2	-48,3	2,7	0,071	
Tendência antes a intervenção *	5,2	0,5	10,2	0,030	
Tendência após a intervenção *	-0,8	-1,4	-0,2	0,007	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,015	
<i>Valor médio pago por internação hospitalar (SUS) de média complexidade</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	-0,9	-18,4	20,3	0,926	
Tendência antes a intervenção *	2,0	-0,6	4,7	0,138	
Tendência após a intervenção *	0,4	-0,1	0,9	0,150	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,231	
<i>Tempo médio de permanência (internação) hospitalar</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	-4,6	-16,0	8,4	0,473	
Tendência antes a intervenção *	-0,3	-2,0	1,4	0,700	

Tendência após a intervenção *	-1,4	-1,6	-1,1	<0,001	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,236	
<i>Mortalidade em UTI pediátrica</i>					
Efeito imediato (após - antes) a intervenção	-38,4	-81,2	102,4	0,424	
Tendência antes a intervenção *	-0,2	-14,9	17,0	0,982	
Tendência após a intervenção *	-2,6	-4,3	-0,8	0,005	
Comparação entre as tendências antes e após a intervenção	-	-	-	0,768	
<i>*tendência anual</i>					

7.2- Resultados qualitativos

Nesta etapa do estudo os resultados foram organizados em unidades de análise relacionadas aos objetivos da pesquisa, retiradas de recortes de fala dos discursos dos sete entrevistados, segundo o roteiro da pesquisa. Estas unidades foram codificadas em quatro Grandes Temas e respectivos Núcleos de Sentido, definidos sob a perspectiva semântica das três subdimensões definidas previamente (aceso, efetividade e eficiência). Os Grandes Temas e os respectivos Núcleos de Sentido estão representadas na tabela 2.

Quadro 2. Grandes Temas e Núcleos de Sentido

Grandes Temas	Núcleos de Sentido
1- Acesso aos serviços hospitalares	1.1- Limitação do acesso 1.2- Ineficiência da contrarreferência
2-Efetividade da gestão do convênio	2.1- Efetividade da oferta de serviços 2.2 - Importância e limites dos indicadores como instrumento de avaliação 2.3- Importância das metas 2.4- Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação 2.5 - Efetividade da gestão na contratualização 2.6 - Dificuldades na gestão do convênio
3- Efetividade da assistência em saúde	3.1- A qualidade da assistência 3.2 - A questão do funcionário 3.3 - Contribuição de indicadores de mortalidade e satisfação do usuário
4 - Eficiência da assistência da gestão	4.1- Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP 4.2- Visão positiva da gestão financeira 4.3- Visão negativa da gestão financeira

Cada Grande Tema e respectivos Núcleos de Sentido estão descritos na sequência com os recortes de falados discursos representados em unidades de análise, originadas em cada resposta e identificadas conforme a codificação de cada participante.

7.1- Grande tema - acesso aos serviços hospitalares

7.1.1- Limitação do acesso

Fica evidente a dificuldade do acesso a vagas no hospital, principalmente para casos novos de primeira consulta, o que repercute na fila de espera dos pacientes que necessitam atendimento. Outro ponto que chama a atenção é o relato de que, mesmo com esta dificuldade, é permitida a pontuação no indicador que mede esse acesso. Também fica implícito que a gestão da agenda não é feita de forma equânime e desinteressada.

E1 – ENF: ...então em Ribeirão Preto está sendo muito difícil colocar paciente dentro do HC ... então esses desenhos das redes não estão muito bem-feito na DRS 13, eu acho que tem muito que melhorar.

E1 – ENF: Um dos indicadores quantitativos que a gente tem é o percentual de leitos disponíveis que a gente tem nas redes... Esse indicador geralmente eles pontuam, né? Mas não te oferta muito caso novo

E2 – ECO: ...o hospital acha que a rede deveria estar mais bem organizada com a porta de entrada ao sistema. Dificulta a meta de primeiras consultas. De casos novos, por exemplo, poderia ser maior, poderia ter um encaminhamento mais adequado do sistema

E3 – ADM: ... a gente não consegue dar alta, a gente tem alguns indicadores que a gente não consegue trabalhar porque a gente depende muito dos outros níveis... mas a gente fica muito amarrado na alta, a gente não consegue abrir, então assim muitas filas acabam aumentando ...

...porque você tem uma fila gigante você não consegue atender, o paciente fica anos e anos esperando no hospital e você não consegue rodar isso, o SUS não tem melhorado...

E7 – MED: ... o docente quer ser dono do ambulatório dele, então ele oferta o quanto que ele acha, porque o meu agendamento tem que ser do jeito que eu acho, ponho quantos pacientes eu acho...

7.1.2- Ineficiência da contrarreferência

Nos relatos referentes a este indicador, fica clara a dificuldade em se obter a contrarreferência vinda do hospital, assim como obter as informações clínicas necessárias quando o paciente retorna para a rede primária de atenção, o que onera e dificulta o

seguimento nestes serviços; outro ponto relatado foi a dificuldade em inserir o hospital num sistema (digital) de contrarreferência.

E1 – ENF: Nós fizemos contrarreferências de nível primário, secundário e terciário porque você tem que devolver para ter outros casos novos. O HC que não dá conta.

E4 – ADM: ...o hospital se preocupa muito que o paciente chega aqui dentro e não sai, né? Porque é difícil a contrarreferência, então eu acho que medir esse indicador é importante e é interessante.

E6 – MED: ...para você colocar um paciente do hospital das Clínicas de Ribeirão Preto você tem que seguir um protocolo e escrever até a cor da alma do paciente ... só que a contrarreferência dele não é igual, ele manda porcamente para o município

... Não escrevem os resultados de exames, o que onera muito mais o SUS porque ele fez exame no HC e vai me fazer repetir tudo de novo

E6 – MED: ...já tentei colocar contrarreferência no sistema, mas não deu certo

7.2- Grande tema – efetividade gestão da contratualização

7.2.1 - Efetividade da oferta de serviços

Na visão de 1 entrevistado, o hospital consegue manter oferta de serviços constante, o que confere qualidade aos serviços prestados pelo hospital. Entretanto, outro entrevistado relata a dificuldade em fazer a gestão da oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais e estruturais do hospital.

E7 – MED: ...você consegue manter uma produção quantitativa contínua, isso diz a qualidade do serviço. Para quem precisa de um ambulatório, de uma consulta ambulatorial, você ter um ambulatório que é perene e que funciona, a coisa roda de maneira constante, isso dá qualidade para a pessoa, você não tem interrupção de serviço, de cirurgias, enfim.

E5 – ADM: ...você precisa de tanto de consulta, quero tantas primeiras consultas, não conseguimos tudo que a gente pede, tá? Nós ainda não chegamos nesse nível, mas pelo menos dá para discutir, né?

7.2.2 - Importância e limites dos indicadores como instrumento de avaliação

O relato da importância do uso de indicadores foi destacado por 6 entrevistados, tanto os indicadores quantitativos quanto qualitativos. Esta importância é relatada quanto ao direcionamento da atenção em saúde prestada pelo hospital, inclusive buscando melhorias, e refere-se também ao controle, a qualidade, prestação de contas e ao planejamento.

E1 – ENF: Esses indicadores até te norteiam o que você tem que melhorar, do ponto de vista quantitativo. São indicadores que serão atingidos, mas do ponto de vista qualitativo é um ganho bastante grande...

E2 – ECO: ...a quantidade não traz muita informação, mas a partir dos indicadores de qualidade você tem tantas respostas para suas ações internas, seu direcionamento na gestão e respostas também aos usuários, pacientes, seus familiares e aos nossos órgãos financiadores...

E3 – ADM: ...então acho que é importante ter não só indicadores quantitativos medindo produção, mas ter alguns indicadores medindo a parte de qualidade de cuidado

E4 – ADM: ...a gente tem 29 indicadores que envolvesse o hospital inteiro, parte de humanização, parte de gestão financeira, a gente pegou os 29 e tentou fazer a parte da assistência, urgência e emergência que a gente tem aqui, a gente distribuiu para pegar o hospital como um todo.

E5 – ADM: Eu acho importante ter indicadores tanto quantitativos quanto de qualidade, principalmente se tratando de um hospital de ensino, do caráter e do volume que é o HC.

E6 – MED: Eu acho que na verdade ele [indicador quantitativo] é muito importante porque a qualidade para alguns é subjetiva, né? Então a gente precisa quantificar de alguma forma, aí entra os indicadores

Apesar dos relatos da importância do uso de indicadores na gestão do convênio, várias críticas foram feitas em relação indicadores de primeira consulta, “produtivistas”, financeiros como o de custo médio, de quantidade de atendimento.

E3 – ADM: ... tinha indicador que não tinha necessidade, que não mostrava nada, e a gente acabou alterando indicadores que não faziam mais sentido...às vezes você mostra só os números de atendimento, mas você não compreende o que aquilo significa dentro do atendimento

E5 – ADM: Tem indicador que eu mudaria, de quantidade eu mudaria. O indicador de primeira consulta. Eu com certeza faria de outra forma, né?

E7 – MED: Indicadores muito produtivistas, por exemplo quantidade de consultas por sala, quantidade de internação por leito, esse tipo de coisa assim, acrescenta pouco na minha visão, agrega pouco...

E7 – MED: A parte financeira é bem complexa para ver se você está tendo uma boa efetividade do recurso. Por exemplo, classicamente a gente olha duas coisas da parte financeira: custos e a parte de faturamento. A parte do faturamento só mostra se você está produzindo, se está abaixo ou acima do teto... Mas isso diz basicamente que você tem que se adequar ao teto estabelecido, é importante, mas não diz muito sobre a qualidade ...eu acho que essa questão de indicador financeiro sempre foi uma fraqueza, nunca uma boa gestão financeira.

7.2.3- Importância das metas

A importância das metas contratuais foi destacada por dois entrevistados devido sua função norteadora e balizadora como instrumento de gestão. Entretanto, falhas na pontuação em ocasião do não alcance de uma meta foi apontada por um entrevistado.

E1 – ENF: ...depois que mudou o tipo de contratualização, melhorou bastante porque você em que ter os indicadores quantitativos, mas qualitativos também, tem que ter o indicador de produção [metas]

E1 – ENF: ...deixa a desejar é que as vezes a gente fala alguma coisa do ponto de vista de que não atingiu a meta, essas coisas eles sempre arrumam uma desculpa [para atingir a pontuação]

E7 – MED: A meta ficou a mesma meta, sei lá 10 anos, mas não importa porque você sabe que tem aquela meta, as áreas internas do hospital sabem que tem aquela meta, sabe que tem que acompanhar, sabe que se tiver problema vai ter que justificar

E7 – MED: ...acho que eu tenho que ter um instrumento, tem que ter um número, tem que ter uma coisa bem normatizada porque se uma parte está insatisfeita, olha foi assim que foi contratualizado, se a ideia é mudar vai ter um momento do contrato e a gente discute. Então gera uma prática muito mais transparente muito mais bem estabelecida.

7.2.4 - Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação

As reuniões da comissão de acompanhamento do convênio foram vistas pela maioria dos entrevistados como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio. Entretanto, momentos de tensão, de constrangimento e falta de resolução frente aos problemas apontados em reunião, também foram destacados por dois participantes.

E1 – ENF: ...eles são superorganizados, mandam pastas com todos os dados e levantamentos e a gente quiser saber mais detalhado algum indicador, eles levantam para gente, a gente pode ir lá consultar, eles são bem transparentes nessa parte...

E2 – ECO: ...o que eu percebo que todos os atores ficam muito à vontade no sentido de fazer suas críticas, de cobrar a sua instituição... Se você falar que o acompanhamento direto [pela comissão de acompanhamento do convênio] está aumentando a qualidade, eu acredito que sim porque se você está sendo cobrado periodicamente, você tem esforço extra para buscar essa coisa que você ainda não alcançou

E3 – ADM: ...acabava sendo útil para discutir alguns pontos de necessidade, né? Assim, o município traz necessidades, o HC traz necessidade em cima do indicador. Não só isso, mas era

um momento de encontro para discutir necessidade

E4 – ADM: Eu acho que sim, nós temos o regimento da reunião, fazemos tudo certinho, tem que ter quorum para ter reunião, né? Eu acho que está tudo certo na minha maneira de pensar

E5 – ADM: ...eu acho que as comissões do HC se reúnem no período certo, isso mostra a qualidade, eles mostram qualidade

E6 – MED: ...o prestador vai falando todas as metas e obviamente quando o estado questiona alguma coisa, eles tentam responder com argumentações, algumas vezes eu vejo que não tem tantas argumentações pertinentes, mas eu não vejo atitudes. Em uma das reuniões que eu tive esse problema lá, um participante foi extremamente grosseiro e não aceitaram críticas...

E7 – MED: Mas tinha momentos constrangedores, normalmente tinha mais a ver com esse conflito inter federativo que vamos chamar de uma constância no SUS. Estado e município nem sempre se bicam muito bem

E7 – MED: ...a gente compara dados e discute metas, acaba sendo um espaço importante de relação com o gestor, expondo a gestão municipal, nem que for para as pessoas reclamarem de algo que não tenha a ver com os indicadores, mas que está lá um diretor do hospital presente, um diretor estadual presente. Isso é um espaço importante que não tinha de maneira sistemática, então possibilita uma maneira de gestão diferente do que era previamente

7.2.5 - Efetividade da gestão na contratualização

A maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias para a gestão do hospital e da qualidade da assistência. Isso pode ser observado nas falas que destacam um maior direcionamento das ações, regulamentação, pactuação, organização e ações baseadas em evidências trazidos por análise de dados. Um entrevistado destacou ainda a ineficiência e falta de prioridades do modelo tradicional de gestão.

E2 – ECO: Mas provocou a cada um saber o que não está dando certo e qual a sua responsabilidade no que não está dando certo. Então a gente vê que o hospital sempre teve essa questão e sempre quis participar do direcionamento de ações e melhorias no sistema.

E4 – ADM: ... no hospital muitas mudanças foram acontecendo, ajudou muito, o plano de metas, tudo foi sendo regulamentado e vai melhorando, vai melhorando o trabalho, atendimento para o paciente, melhorando a qualidade.

E5 – ADM: Hoje a gestão tem condição de falar assim: olha eu gostaria que fosse assim, eu gostaria de pactuar com você 20 cirurgias cardíacas por mês. Eu acho que melhorou sim com os contratos de metas, melhorou sim.

E7 – MED: ...a modalidade tradicional de gestão, que era bater ou não bater o teto, era uma tragédia porque na verdade você não estava gerindo nada, não tinha definido nenhuma prioridade, não tinha um mecanismo de diálogo com o gestor do que estava ou não acontecendo, de como fazer ou não...

E7 – MED: ...o processo de contratualização gerou um monte de crescimentos interno dentro do hospital, né? De você ter um rigor na análise dos dados, você discutir baseado com dados...

7.2.6 - Dificuldades na gestão do convênio

Por outro lado, falas críticas apontaram que o hospital está sendo administrado por interesses diversos, gestores não qualificados, falta de processos de trabalho, falta de envolvimento em níveis de rede, participação de pessoas pouco representativas e sem força de mudança na gestão.

E1 – ENF: ...é muito difícil eles terem que fazer gestão de um hospital que tem um monte de dono do seu nariz. A verdade é essa. O HC de Ribeirão é isso, eu acho que o HC de Ribeirão está muito antiquado nesse ponto...

E1 – ENF: ...gestor da época, ele queria mudar os convênios do jeito que a gente levava para eles na gestão da DRS, mas ele não tem força para mudar algumas coisas dentro do HC porque a secretaria do estado tem que fazer a gestão do HC ...

E3 – ADM: ... para uma gestão qualificada teria que ter um envolvimento maior dos níveis, tanto DRS quanto do hospital e da rede municipal.

E6 – MED: ...o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto ele deveria ser administrado por pessoas mais profissionais...

E6 – MED: O HC mostra mais uma vez para mim desorganização porque não tem os processos, se preocupam com tantas outras coisas.

7.3- **Grande tema- efetividade da assistência em saúde**

7.3.1-A qualidade da assistência

A qualidade técnica da assistência em saúde é reconhecida em vários pontos do corpus de entrevistas, porém é ressaltado falha na questão da espera para atendimento ambulatorial e hospitalar, o que se reflete em um atendimento pouco humanizado.

E6 – MED: ...vamos falar uma coisa, você vai ao ambulatório do HC numa da tarde e vai embora as sete da noite, isso é qualidade? Se eu for ver o plano de humanização talvez não

...talvez falhe um pouco na questão de humanização, que também é uma questão de qualidade

E7 – MED: ...não dá para deixar a pessoa esperando 7 horas para consulta ambulatorial. Chegar às 6 da manhã e fica, fica aí, como era dessa forma era muito cheio e as pessoas reclamavam porque era horrível as pessoas [ficarem] de pé, na maca, no corredor. Porque não tinha a priorização adequada dos pacientes, cadeirantes etc

E6 – MED: ...em contrapartida o atendimento dele é bom. As pessoas são preocupadas, elas cuidam do paciente, da parte de internação, da parte cirúrgica, eu não acredito que tenha uma falha de qualidade de uma assistência direta...

7.3.2 - A questão do funcionário

Nesta questão foram apontadas tanto o investimento no treinamento do funcionário, com repercussão na qualidade da assistência, quanto a falta de funcionários no hospital, o que também impacta nesta qualidade.

E1 – ENF: ... o HC investe bastante nos funcionários nessa parte, tem bastante treinamento lá, o pessoal é bem especializado, você percebe que você está num lugar que você vai ser bem atendido e resolutivo.

E5 – ADM: ...o HC tem um monte de problema, ele tem problema com falta de funcionário, eu acho que esse é o maior problema deles, é muito difícil fixar funcionário...

7.3.3 - Contribuição de indicadores de mortalidade e satisfação do usuário

A importância de outros indicadores como instrumento de avaliação da qualidade da assistência também foi destacada. O mais percebido como relevante foi o de satisfação do usuário. Outros como manejo de resíduos, mortalidade, absenteísmo e clima organizacional foram citados.

E1 – ENF: ...o HC sempre teve avaliações do usuário muito boa, a taxa dele sempre teve alta. Reclamação também [esteve boa], tanto na parte ambulatorial quanto de internação. Outra avaliação que a gente faz é da ouvidoria. A ouvidoria eles também têm assim uma alta resolução, a gente não tem problema nessa parte

E2 – ECO: ...acredito que ele esteja adequado, porque ele tem tanta avaliação do paciente como também a questão do clima organizacional da empresa, absenteísmo...

E4 – ADM: A gente tem pesquisa de satisfação de paciente ambulatorial e paciente internado. ... a gente acha muito importante ele estar ali, na hora que a gente está discutindo ele estar participando

E5 – ADM: ...indicadores de qualidade das comissões que se reúnem, de ouvidoria, são vários indicadores, até de resíduos, o que faz com os resíduos. Então é importante, eu acho que não

reflete 100% a instituição, o que é a instituição, mas eu acho necessário

E7 – MED: ...olharia mais para questão da satisfação e as vezes as pessoas não olham para esse quesito como qualidade.

Também foi destacado por dois dos entrevistados que a ausência de indicadores de mortalidade não é relevante, uma vez que o hospital possui taxas estáveis destes indicadores e a análise deste é difícil em função da complexidade da assistência do hospital.

E3 – ADM: ...da parte de mortalidade em si a gente não trabalha, a gente não acaba utilizando porque a gente já tem uma taxa estável

E5 – ADM: O HC é um hospital terciário onde nós colocamos tudo que há de pior lá... Não dá para comparar a mortalidade dele com digamos assim a Santa Casa que só pega unha encravada, “vozinho” com pneumonia. Então no HC nós não temos indicador de mortalidade, e eu não acho que deva colocar.

7.4- Grande tema - eficiência da qualidade da assistência e da gestão

7.4.1 - Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP

O subfinanciamento do SUS, que impacta a eficiência da gestão e da assistência, foi destacado por 3 entrevistados, tanto se referindo ao subfinanciamento da tabela de procedimentos do SUS propriamente dita quanto ao teto financeiro a que o hospital está limitado, em função de regras contratuais. Destacaram ser fator limitante e decisivo para a oferta de serviços e da qualidade da assistência. Na percepção de um entrevistado, o custo do Hospital das Clínicas é elevado e superior aos recursos que recebe para o custeio.

E1 – ENF: ... desse jeito que está ela [tabela SUS] continua tendo um valor irrisório, então a gente tem que rever as metas e não está sendo bem utilizado

E1 – ENF: ... o custo do HC é bem alto, porque ele é mais terciário, né? O custo desse paciente é realmente mais alto, na urgência esse paciente também tem um custo maior, mas o recurso que a gente recebe é inferior

E3 – ADM: ...o SUS a gente vê que é meio subfinanciado e não supre nossa necessidade...
... esse teto já é ruim porque você acaba ultrapassando o teto, quanto mais você faz, parece que você está perdendo o teto

E5 – ADM: ... o HC estoura o teto financeiro. Então o certo era gente repactuar, né? Mas não repactua, não tem dinheiro...

7.4.2- Visão positiva da gestão financeira

Na percepção de dois entrevistados, ligados à gestão do HC, o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, principalmente pela gestão de preços e insumos, com diminuição dos preços pelo acompanhamento de pregão.

E2 – ECO: O hospital tem, na medida do possível, um acompanhamento dos custos hospitalares e às vezes a gente faz muito, muito na medida do possível da comparação de preços que outras instituições pagam por aqui, na medida que a gente é obrigada a participar de licitação...

...mas eu entendo que a gente consegue comprar bem sim; eu acho que tem um empenho muito grande tanto da administração da FAEPA quanto do hospital de buscar meios pra isso

E7 – MED: ...o que eu tenho visto atualmente é que a gente tem tentado se mexer para um momento mais criativo da gestão financeira, por exemplo o quanto você conseguiu baixar do preço programado no momento da contratação do pregão...

7.4.3- Visão negativa da gestão financeira

Dificuldade em fazer a gestão financeira e interferência nos custos hospitalares, não conseguindo acompanhar a evolução da inflação ao longo do período do convênio, impactando no teto financeiro.

E7 – MED: ...é importante acompanhar custo, por exemplo o custo do paciente leito dia, são indicadores que te diz mais ou menos se você não está tendo coisas estranhas, né? ... De uma maneira em geral, vai aumentando paulatinamente porque tem inflação e os insumos seguem os preços ... então de novo ele diz pouco sobre a qualidade e gestão financeira geral, uma vez que você estabelece uma série histórica você não conseguir falar assim: nós vamos diminuir 10% o custo de leito dia, isso não é viável. O hospital não tem meios de fazer sua função, seu custo é um custo fixo...

8- DISCUSSÃO

A proposta de avaliar o desempenho da assistência e gestão do convênio em estudo, firmado entre o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto - USP e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, teve como referenciais teóricos os conceitos de Donabedian , baseados nos pilares da qualidade, os conceitos da Pesquisa Avaliativa em saúde, do projeto de Métodos Mistos de Pesquisa e a técnica da Análise de Conteúdo ((DONABEDIAN, 1998, 2001; HARTZ, 2005; CRESWELL, 2013; BARDIN, 2015; FRANCO, 2021).

O uso de indicadores de saúde para este tipo de avaliação é universalmente utilizado. Diversos sistemas universais de saúde pelo mundo usam esta ferramenta para monitorar, auditar e avaliar os sistemas e serviços de saúde. A avaliação com finalidade acadêmica também faz uso desta ferramenta, principalmente porque oferece a objetividade e segurança do método científico (FIOCRUZ, 2021; GIACOMINI, 2009). A pesquisa qualitativa vem sendo utilizada cada vez mais em avaliação de serviços de saúde, variando o foco de interesse conforme o objetivo da pesquisa. A gestão e a assistência em saúde têm tido aumento no número de estudos, e os fundamentos teóricos e metodológicos também têm variado; as entrevistas semiestruturadas vêm se destacando como importante técnica de coleta de dados, e a análise de conteúdo, como ferramenta de interpretação deste estudo. (NOGUEIRA, 2015)

Com os dados quantitativos, este trabalho avaliou o desempenho hospitalar ao longo de um período considerado longo, utilizando dados secundários de 18 anos, com o intuito de comparar um momento antes de uma intervenção, a mudança na modalidade de gestão contratual, com um longo período subsequente após a nova modalidade contratual. Em que pese o período anterior à intervenção não ter duração equivalente ao período posterior, mesmo assim permitiu análise descritiva e inferencial destes dados. A expectativa em relação ao comportamento dos indicadores quantitativos era de melhora no desempenho, uma vez que uma das finalidades da nova modalidade era melhoria na qualidade da assistência hospitalar. Com os dados qualitativos foram analisadas as percepções de cada entrevistado em relação ao desempenho da gestão e assistência hospitalar, durante a participação de cada entrevistado como membro da comissão de acompanhamento do convênio. Nesta discussão, vamos analisar os dados quantitativos e qualitativos utilizando a estratégia da comparação de dados, conforme o projeto paralelo convergente da abordagem mista de pesquisa. Esta análise comparativa utilizou conceitos e relações semânticas com a qualidade em saúde, procurando não se limitar àquelas subdimensões previamente escolhidas no referencial teórico, mas também outras que emergiram dos discursos de fala. O objetivo foi avaliar e comparar informações trazidas pelos dados quantitativos frente aos dados qualitativos.

Na avaliação da subdimensão acesso, foram utilizados dois indicadores quantitativos e os respectivos Núcleos de Sentido do Grande Tema relacionado a esta subdimensão. No que se refere

ao acesso medido por meio de internações hospitalares oferecidas pelo hospital, não se verificou diferença significativa antes e depois da mudança contratual, apesar de ligeira melhora. Isso poderia ser explicado pelo limitado investimento em saúde que o governo fez durante o período, sem expansão significativa do número de leitos e profissionais, nem mesmo com a mudança da modalidade de gestão. Já para a angioplastia verificou-se uma mudança significativa nas tendências, com melhora na oferta do procedimento. Isso vai ao encontro do que se observa com novas tecnologias médicas que oferecem resultados de eficácia tão bons ou melhores que as antigas, mas sendo menos invasivas e com menor risco ao usuário. Outro possível fator explicativo é o custo menor destes procedimentos em relação a procedimentos cirúrgicos abertos.

Os dados qualitativos apontam para uma dificuldade do acesso aos serviços hospitalares, notadamente internação. É destacado esta dificuldade principalmente para casos novos de primeira consulta, repercutindo na fila de espera dos pacientes. Outra crítica é sobre a gestão da agenda que não seria feita de forma equânime e desinteressada. Em relação às angioplastias, que tiveram aumento no acesso, não foram feitos relatos específicos a este procedimento. Outro Núcleo de Sentido que também avaliou esta subdimensão foi a contrarreferência hospitalar. Nos relatos, foi destacada a dificuldade em se obter a contrarreferência do hospital, assim como obter informações clínicas necessárias, no retorno do paciente à rede primária de atenção, trazendo gastos e dificuldade para o seu acompanhamento. Outro destaque foi a dificuldade do hospital participar de um sistema eletrônico de contrarreferência, o que facilitaria a troca de informações e agilidade na referência e contrarreferência do paciente.

Nesta subdimensão, os dados comparados convergem e mostram que existe uma deficiência em oferecer vagas hospitalares de internação, inclusive dificuldade em inserir o hospital em rede de atenção, além de dificuldade de comunicação na contrarreferência.

A dificuldade de acesso à assistência hospitalar é amplamente referida pela literatura de trabalhos no Brasil. Isto se dá tanto em hospitais públicos quanto em filantrópicos. Nos hospitais de ensino não difere e a mudança na modalidade de gestão contratual advinda na esteira da Nova Gestão Pública parece não ter tido o impacto esperado, ao menos até o momento. Em 2010, Brizola detectou aumento das internações de Alta Complexidade em um hospital de ensino contratualizado de Londrina, mas diminuição das internações de Média Complexidade. Em outro estudo utilizando a base de dados do DATASUS foi verificado diminuição das internações eletivas, notadamente cirurgias de prótese de quadril, com destaque para a região sudeste. Entretanto, este estudo também detectou aumento dos procedimentos de angioplastia nesta região, mais especificamente no estado do Espírito Santo (BRIZOLA, 2010; MARTINS, 2019).

Lobo estudando o impacto das reformas dos hospitais de ensino mostrou que, apesar do aumento de recursos obtidos por estes hospitais, não houve aumento concomitante do número de internações e cirurgias ajustadas (LOBO, 2009).

Neves, avaliando o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, observou que houve transferência de investimento da média para a alta complexidade, reduzindo a oferta de procedimentos hospitalares à população e alterando o perfil assistencial na rede de atenção local, por iniciativa dos hospitais; além disso, o pagamento através de parcela fixa preestabelecida gerou transtornos e desestímulos ao incremento nos serviços de média complexidade (NEVES, 2018).

Andreazzi estudando 12 hospitais contratualizados e não contratualizados com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) detectou que houve uma variação positiva nas internações no período, para ambos modelos de gestão, porém a comparação das médias não apresentou significância estatística, não havendo diferenças significativas em ambos os modelos de gestão, tanto na evolução de recursos físicos quanto na de recursos humanos (ANDREAZZI, 2021).

Lima, estudando 4 hospitais de ensino contratualizados, e com uma abordagem mista de pesquisa, observou que 3 hospitais diminuiram o tempo médio de internação e a taxa de mortalidade também decresceu em 2 deles, porém a contratualização não alterou a disponibilização de leitos, exames e consultas, e não influenciou a inserção dos serviços de urgência/emergência na rede, e que no máximo teria reforçado as práticas e estruturas assistenciais e gerenciais já existente (LIMA, 2012).

Já Balderrama, utilizando um estudo de método misto, avaliou uma regional de saúde do estado de São Paulo com 102 municípios quanto ao acesso a ações de saúde para doenças cardiovasculares. Foi detectado que houve diminuição das internações clínicas relacionadas a este grupo de doença, porém aumento no número de internações cirúrgicas (BALDERRAMA, 2019).

Em relação à subdimensão efetividade, esta possui ampla influência na qualidade tanto da assistência quanto da gestão, pois é a subdimensão que nos mostra desempenho ao longo do tempo e impactos naquilo que estamos avaliando, em um contexto de possibilidades. Inúmeros instrumentos podem ser utilizados para avaliar efetividade, e neste trabalho foram escolhidos indicadores quantitativos que histórica e universalmente são utilizados para avaliar a assistência. Quanto à efetividade da gestão, não foram utilizados dados quantitativos, mas os dados qualitativos nos trouxeram relevantes informações a respeito de quanto efetiva foi a mudança na modalidade de gestão.

Para a avaliação da efetividade da assistência foram utilizados 4 indicadores quantitativos, sendo 3 de mortalidade e um de partos vaginais. Os indicadores de mortalidade são amplamente utilizados para avaliação de resultados, principalmente ao nível hospitalar, uma vez que em certa medida podem predizer sobre a qualidade dos cuidados prestados aos internados (DE NEGRI FILHO, 2015; DONABEDIAN, 1978). Dos indicadores escolhidos, um se refere aos resultados

de toda instituição, o de mortalidade institucional, um diz respeito a uma área específica do hospital, no caso a unidade de terapia intensiva pediátrica e um reflete resultados no tratamento de uma doença específica, o infarto agudo do miocárdio. Pode se dizer que a escolha buscou abarcar vários setores do hospital e aspectos dos cuidados, refletindo em boa medida o quanto a qualidade foi efetiva. O quarto indicador, parto vaginal, diz respeito à efetividade, mas também à adequação dos cuidados, tendo boa sensibilidade quanto às práticas médicas. (FIOCRUZ, 2021)

Os indicadores de mortalidade não mostraram mudança significativa após a intervenção, em que pese os indicadores de mortalidade institucional e UTI pediátrica indicarem tendência de queda, apesar do número de casos deste último indicador ser de pequena monta. Isto pode dificultar a interpretação em seu nível de significância estatística. A mortalidade por IAM teve aumento na tendência do número de casos, mas sem significância, também sofrendo interferência de reduzido número de casos. Outra interpretação para a indiferença destes indicadores é que em hospitais terciários, com práticas e modelos de atenção consolidados, não se espera grandes variações no número de óbitos, pois já existe um padrão de assistência desenvolvido ao longo do tempo, baseado em boas práticas. Entretanto, também reflete uma limitação em se conseguir alguma melhoria na assistência com a mudança na modalidade de gestão do convênio. Quanto ao indicador de partos vaginais, observa-se uma redução significativa do número de casos, o que é indesejável, considerando que o parto natural oferece melhores resultados à parturiente e ao nascituro, mais uma vez evidenciando que a mudança contratual não trouxe benefício neste aspecto da atenção.

Os dados qualitativos relacionados à efetividade da assistência mostram que a qualidade técnica da assistência em saúde é reconhecida por vários entrevistados. Foi destacado por eles que a ausência de indicadores de mortalidade não é relevante, uma vez que o hospital possui taxas estáveis destes indicadores e a interpretação deste tipo de indicador é difícil, em função da complexidade da assistência do hospital que atende a pacientes com maior gravidade e complexidade de doença. Foi relatado que, na visão destes entrevistados, outros indicadores poderiam ser mais úteis como instrumento de avaliação da qualidade da assistência. O mais percebido como relevante foi o de satisfação do usuário, que poderia captar falhas e qualidades da assistência, como na questão da espera para atendimento ambulatorial e hospitalar, percebida como inadequada em função do elevado tempo de espera para o atendimento, resultando em um atendimento pouco humanizado. Também foi feita menção ao tempo de espera para um primeiro atendimento pelo hospital, podendo impactar na qualidade da assistência, conseqüentemente na efetividade.

Outros indicadores como manejo de resíduos, absenteísmo e clima organizacional foram citados como utilizados, porém não teriam impacto diretamente na efetividade da assistência. Já o

indicador relacionado a recursos humanos foi apontado como relevante, e foi destacado que o hospital realiza investimento no treinamento do funcionário, mas que também tem falta de funcionários, com repercussão na efetiva qualidade da assistência.

A comparação dos dados qualitativos e quantitativos relativos à efetividade da assistência nos revela que os indicadores de taxas de mortalidade não tiveram variações significativas, além disso, não foram percebidos pelos entrevistados como relevantes para avaliação da efetividade da assistência. Isto mostra que houve concordância entre percepção da limitação deste instrumento enquanto elemento capaz de traduzir uma variação na qualidade da assistência, face às características complexas do hospital, e o comportamento das taxas destes indicadores ao longo do tempo de pesquisa. A ausência de variação nestes indicadores não teve maior significado. Em relação à taxa de partos naturais ter diminuído, não houve um posicionamento específico quanto a isto por parte dos entrevistados, mostrando uma desatenção a um indicador que teve comportamento inadequado, considerando se tratar de um hospital de ensino, mesmo tendo em conta que o hospital atende a partos de alto risco, mas a maioria dos partos ainda é de baixo risco. Em relação aos relatos de outros indicadores utilizados, e que não foram calculados quantitativamente, foi percebido terem importância para o meio ambiente e a cultura organizacional, porém não tendo relação direta com a assistência efetiva.

Em relação à efetividade da gestão, foram utilizados dados qualitativos, mas não foi utilizado nenhum dado quantitativo. Apesar de não ser possível a avaliação comparada como nas demais subdimensões, é possível trazer à discussão importantes aspectos percebidos pelos entrevistados, no que concerne à gestão do convênio. Na visão dos entrevistados, o hospital consegue manter oferta de serviços constante, demonstrando efetividade dos serviços prestados. Entretanto, outro entrevistado relata a dificuldade em fazer a gestão da oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais e estruturais do hospital.

Em relação ao uso de indicadores como instrumento gerencial do convênio, foi destacada a sua importância, tanto dos indicadores quantitativos quanto qualitativos. Esta importância é relatada para o direcionamento da atenção em saúde, com vistas às melhorias da assistência, e refere-se também ao controle, prestação de contas e ao planejamento. Apesar dos relatos da importância do uso deste instrumento, várias críticas foram feitas em relação indicadores de primeira consulta, “produtivistas”, financeiros como o de custo médio e de quantidade de atendimento. É compreensível tal crítica, uma vez que a não revisão deste quantitativo ao longo do acompanhamento anual, e em função da dinâmica da demanda, tornaria a análise meramente cartorial e de caráter anuente, não se prestando a finalidade precípua de ponderar a oferta e a demanda, o que deveria ensejar adequação no POA.

A importância da utilização das metas contratuais também foi destacada, devido sua

função norteadora e balizadora como instrumento de gestão. Entretanto, falhas na pontuação em ocasião do não alcance da meta foi apontada. Isto é um viés recorrente observável na atuação das comissões de acompanhamento do desempenho das metas. Algumas vezes o erro de confundir um provável potencial da instituição de atingir a meta analisada, em função de uma qualidade gerencial positiva percebida pelos integrantes da comissão, ou por um bom desempenho histórico até aquele momento da avaliação, endossaria tal comportamento inadequado.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi a importância das reuniões da comissão de acompanhamento do contrato. Elas foram percebidas pela maioria dos entrevistados como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio. Entretanto, momentos de tensão, de constrangimento e falta de resolução frente aos problemas apontados em reunião, também foram destacados por dois participantes. As reuniões de acompanhamento são fundamentais e decisivas para a qualidade da gestão do convênio. Como bem observado pelos entrevistados, é o momento de colocar na mesa o que está sendo percebido como desenvolvimento do POA e dos imperativos contratuais, e portanto, do cumprimento das metas, tanto quantitativas quanto qualitativas. Também é o espaço de se compartilhar experiências e percepções do desempenho global da assistência e da gestão. É o momento de se redefinir rumos e estratégias. Portanto, se não for bem conduzido, perde-se a oportunidade de agregar valor à gestão.

Finalmente, em relação à visão geral da efetividade da gestão, a maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias para a gestão do hospital e da qualidade da assistência. Isso pode ser observado nas falas que destacam um maior direcionamento das ações, regulamentação, pactuação, organização e ações baseadas em evidências trazidos por análise de dados. Entretanto, falas críticas apontaram que o hospital está sendo administrado por interesses diversos e gestores não qualificados, além de falta de processos de trabalho, de envolvimento em níveis de rede, da participação de pessoas pouco representativas e sem força de mudança na gestão. Esta percepção ambígua da contribuição da mudança de gestão contratual é observada em outros trabalhos que também utilizaram dados qualitativos (AZEVEDO, 2019; NOGUEIRA, 2021). Isto pode ser parcialmente explicado pelas diversas facetas que compõe o termo gestão contratual, que engloba desde o planejamento das ações, a viabilização dos objetivos contratados, a elaboração das metas, a alocação de recursos, a execução do valor empenhado, o monitoramento e a avaliação do desempenho, entre outras. Então, esta percepção perpassa por estas instâncias da gestão e, com boa margem de segurança, podemos concluir que não terão um desempenho uniforme, em qualquer instituição hospitalar.

O uso de indicadores de mortalidade hospitalar na avaliação da qualidade da assistência, assim como partos, está fartamente documentado na literatura (RAMOS, 2015; BARROS, 2018;

MARTINS, 2019; FERLIN, 2020). Em que pese alguma divergência em classificar estes indicadores como medida ora da efetividade, ora da adequação, a sua utilização mostrou-se uma estratégia consagrada e confiável como instrumento de medida. Inclusive nos trazendo informações quando não apresentam variações.

A avaliação de desempenho hospitalar tem tido desenvolvimento significativo na pesquisa avaliativa nos últimos anos, com foco nas novas modalidades contratuais. Trabalhos de avaliação do desempenho de hospitais de ensino se encaixam nesta modalidade, notadamente os federais contratualizados com a EBSEH, além dos filantrópicos. As abordagens têm sido a clássica utilização de indicadores quantitativos da qualidade, mas as avaliações utilizando a abordagem qualitativa e, ultimamente, abordagens mistas, tem apresentado crescimento (MACHADO, 2013; NOGUEIRA, 2015).

Em 2010, um estudo qualitativo, de caso múltiplo, envolvendo quatro hospitais de ensino contratualizados em 2004, entrevistando 32 dirigentes hospitalares, gestores do SUS e dos ministérios envolvidos, concluiu que, despeito da melhoria das condições financeiras, as mudanças observadas nestes hospitais foram restritas. Não teve impacto na rede básica, nas redes de atenção, na regulação. A política não foi efetiva para humanização nem para a horizontalização e democratização das relações entre trabalhadores, usuários e gestores, não conseguindo produzir uma nova lógica de gestão. Além disso, percebeu que a complacência caracterizou a postura dos gestores em relação ao acompanhamento das metas, um formal e precário funcionamento das comissões de avaliação dos contratos (CHIORO, 2021).

Em 2012, um estudo utilizando dados quantitativos e qualitativos avaliou a melhoria da assistência e a maior inserção dos hospitais de ensino na rede de serviços no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde/SUS, de quatro hospitais de ensino. Destacava “a limitada evidência na literatura internacional sobre o impacto dos arranjos contratuais no desempenho e hospitais, especialmente nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, resultados favoráveis mostravam melhorias da qualidade da assistência e do uso mais eficiente dos recursos”. Concluiu que houve frágil associação entre contratualização e a presença de mecanismos de inserção na rede, de práticas e estruturas de qualificação assistencial e gerencial nos hospitais (LIMA, 2012).

Outro estudo em um hospital de ensino no interior do Estado do Ceará buscou avaliar o desempenho nos eixos normativos do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, após a contratualização com o Sistema Único de Saúde. O estudo fez uma pesquisa avaliativa e exploratória, com abordagem qualitativa, pautada na Avaliação de Quarta Geração, no período entre 2014 e 2015. Concluíram que, embora o hospital tivesse cumprido as funções referentes à contratualização, sua inserção na rede de atenção à saúde foi uma preocupação dos gestores. A avaliação do desempenho no eixo das Ações Estratégicas e Áreas Assistenciais, verificaram-se

divergências de opiniões entre entrevistados, tanto referente a assistência quanto ao ensino e pesquisa. Para os representantes da comissão de acompanhamento do hospital de ensino, a melhoria da assistência foi impulsionada pela pesquisa de satisfação dos usuários, pela atuação das comissões intra hospitalares, e percebida reflexão e mudança das práticas em saúde. Todavia, houve divergência em relação a esta melhoria, em função da superlotação do hospital e a demanda excessiva de atendimento (NOGUEIRA, 2021).

Em 2015, uma pesquisa documental exploratória, com estudo de um complexo hospitalar de ensino na Bahia, e avaliação utilizando dados de indicadores de efetividade da assistência e de gestão, comparou as metas definidas e os parâmetros estabelecidos para os indicadores nos contratos de gestão, e concluiu que as metas estabelecidas, principalmente para a prestação de serviços, não foram atingidas, além de que o processo de regulação com o SUS manteve-se insipiente. Nos resultados dos contratos de gestão não se observou melhoria na eficiência e efetividade assistencial e gerencial do complexo, nem maior articulação com o SUS. Concluiu-se que os resultados dos contratos de gestão não indicaram mudanças positivas nas dimensões avaliadas, apesar de ter permitido transparência na prestação de contas (RODRIGUES, 2015).

Um estudo realizado em um hospital público de ensino do município de Goiânia, utilizando análise exploratória e abordagem qualitativa, avaliou o impacto da contratualização comparando um período antes e após esta nova modalidade. Também concluiu por aspectos positivos e negativos. Entre os impactos positivos relacionados à efetividade, melhoria no aspecto organizacional, regulação do fluxo, integração e conhecimento maior com o SUS, parceria com o gestor municipal, melhoria no relacionamento interno, melhoria na qualidade da assistência. Impactos negativos: choque entre o hospital e a secretaria municipal de saúde, gestão ruim, modificação da gestão, não continuidade da equipe, não cumprimento da política de contratualização, desconhecimento da contratualização, ociosidade dos leitos e dono do leito, piora no desempenho dos indicadores hospitalares antes e após contratualização. O que chama a atenção é a contradição e a ambiguidade das conclusões. Isto pode ser explicado, ao menos em parte, pelas visões diferentes que os responsáveis pelo acompanhamento do convênio têm desta nova modalidade, uma vez que esta abordagem permite estas visões diferentes. Este trabalho também mostra que a nova modalidade, além de não ser percebida como uma solução definitiva para a gestão, também não mostra uma percepção de melhoria incontestável na assistência (AZEVEDO, 2019).

Outra pesquisa com um grupo de hospitais de ensino contratualizados com a EBSEH e outro grupo não contratualizado, no período entre 2012 e 2017, avaliou alterações na estrutura física hospitalar, na composição da força de trabalho, na produção de internações e na taxa de ocupação de leitos. Concluiu que o comportamento do conjunto de variáveis relacionadas aos recursos físicos, humanos e a taxa de ocupação hospitalar entre os hospitais contratualizados ou

não com a EBSEH não apresentaram diferenças significativas, sugerindo que a centralização decisória não implicou significativas diferenças na expansão ou retração desses recursos e na eficiência do modelo de gestão (ANDREAZZI, 2020).

Outro estudo que também avaliou o desempenho dos hospitais universitários federais sob gestão compartilhada com a EBSEH, antes e após a alteração da sua forma de gestão, adotando uma abordagem mista de pesquisa e utilizando dados mensais de cada hospital num período de 121 meses finalizados em 2018, utilizou indicadores como taxa de ocupação hospitalar, média de permanência e taxa de cesárea, além de documentos oficiais e de produção. Os resultados mostraram que a adesão à EBSEH não se traduziu em equidade na distribuição de recursos físicos pelas diversas regiões geográficas do país; não houve melhora em relação à maioria dos indicadores de desempenho (apenas 32,50% apresentaram melhora na taxa de ocupação hospitalar e índice de rotatividade), concluindo que a implantação da política de gestão compartilhada não foi capaz de produzir os resultados esperados por esta nova modalidade de gestão (FERLIN, 2020).

A subdimensão eficiência tem o conceito de que o custo que representa qualquer melhoria na saúde. Se houver duas estratégias de assistência igualmente eficaz, a menos dispendiosa é a mais eficiente. É a subdimensão que avalia os recursos financeiros alocados para a prestação da assistência em saúde e os resultados alcançados, desde que atinjam um nível considerado tecnicamente aceitável e eficaz.

Para esta avaliação foram definidos 3 indicadores quantitativos frequentemente utilizados nesta avaliação (BRASIL, 2013; DE NEGRI FILHO, 2015). Para o valor médio pago por internação de média complexidade e o tempo médio de permanência, a análise mostra que apresentaram tendência de queda, porém sem variação significativa. No caso do primeiro, é necessário considerar a defasagem dos valores repassados aos hospitais, causa de parte do subfinanciamento da saúde, pois a correção da tabela de referência de pagamentos não é feita com a necessidade econômica que a realidade dos custos hospitalares impõe. Isto pode trazer viés de interpretação do indicador, uma vez que poderia estar sendo prestado um mesmo nível de assistência com menos recursos, que foram defasados por processo inflacionário e de majoração de custos. Para o indicador de colecistectomia videolaparoscópica houve aumento significativo na realização deste procedimento, o que é desejável, uma vez que se trata de intervenção menos cruenta e com resultados equivalentes ao procedimento convencional, mostrando uma possível melhoria na gestão da oferta deste tipo de procedimento. Entretanto, poderia estar acompanhando uma tendência universal de se utilizar este tipo de procedimento menos invasivo e de maior facilidade técnica, sendo uma opção do médico assistente e não uma determinação da gestão.

Os dados qualitativos desta subdimensão trouxeram informações a respeito da percepção da adequação ou não do financiamento e da gestão dos recursos disponibilizados para o hospital.

Em relação ao primeiro, o subfinanciamento do SUS e, conseqüentemente, do hospital, que impacta a eficiência da gestão e da assistência, foi destacado pelos entrevistados que apontaram o subfinanciamento da tabela de procedimentos do SUS como um dos problemas principais. Foi referido que a falta de reajustes nesta tabela proporciona uma dificuldade de se obter a assistência adequada e desejável. Esta crítica é muito recorrente entre gestores do SUS, não só em relação ao financiamento hospitalar, mas de modo geral para o sistema. É uma crítica pertinente, pois quando se compara outros modelos de sistemas Beveridgiano semelhantes ao SUS, como o canadense, o inglês, espanhol, entre outros, que possuem uma lógica de financiamento parecida com a brasileira, percebe-se que os recursos do financiamento são muito inferiores, notadamente os per capita e corrigidos pela paridade do dólar, além de que os investimentos públicos em saúde também estão muito aquém do necessário (MARQUES, 2012; CONASS, 2015).

Quanto ao teto financeiro a que o hospital está submetido, em função de regras contratuais, destacaram ser fator limitante e decisivo para a oferta de serviços e da qualidade da assistência. Desafios em fazer a gestão financeira devido aos custos hospitalares crescentes faz com que tenham dificuldade em acompanhar a evolução da inflação, ao longo do período do convênio, impactando na eficiência. Na percepção de um entrevistado, o custo do HCRP - USP é elevado e superior aos recursos que recebe para o custeio. É uma percepção que também é compartilhada talvez pela maioria dos gestores de hospitais públicos e filantrópicos. A limitação contratual de alocação de recursos, aliado a limitação em acompanhar a dinâmica dos custos hospitalares, ainda mais em um país em que a instabilidade econômica é a regra, traz dificuldades em se fazer a gestão financeira destas instituições. As revisões contratuais e dos recursos são geralmente feitas a cada cinco anos, na renovação do contrato, e por norma não acompanham as necessidades de custos que o hospital tem.

Por outro lado, na percepção de alguns entrevistados, ligados à gestão do HCRP - USP, o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, principalmente pela gestão de preços e insumos, com diminuição de preços pela atuação em pregões de compra que o hospital participa. Isto também é uma realidade compartilhada por gestores de hospitais, Brasil afora. Fazer mais com menos é uma citação clássica por aqueles que tem uma necessidade de demanda geralmente crescente, mas com as limitações acima referidas. As estratégias de mercado baseadas na concorrência lícita de fornecedores muitas vezes é saída encontrada pelos gestores.

Quando se compara os dados quantitativos e os qualitativos, percebe-se uma associação entre variação sem significância de dois indicadores quantitativos e recursos insuficientes citados pelos entrevistados. Pode-se dizer que em função da limitação do financiamento percebida, não seria esperado melhorias no desempenho dos números, uma vez que um depende quase que invariavelmente do outro. Entretanto, aparentemente de forma paradoxal, mas também podendo

ser interpretada no contexto das respostas, o melhor desempenho de um indicador com significância fica atrelada à percepção de que os gestores estão tendo bom desempenho, mesmo com restrições orçamentárias. Mais uma vez, a análise de desempenho da gestão é complexa e permeada por vários fatores determinantes que devem ser analisados no seu contexto e peculiaridades. No caso desse desempenho positivo, além das interpretações relacionadas aos determinantes técnicos de indicação do procedimento, é esperado que num hospital escola se faça maior uso de tecnologias eficazes e eficientes, como seria o caso.

Quando analisamos a literatura referente a questões de eficiência hospitalar, e com um recorte para hospitais com as mesmas características deste estudo, ou seja, público e de ensino, observamos que o desempenho não é muito diferente do observado nesta pesquisa. Entretanto, este é um problema também vivido pelos gestores em saúde e administradores de hospitais filantrópicos, participantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.

Já em 2010, Chioro avaliando quatro hospitais de ensino contratualizados, concluiu que a nova modalidade de convênio ampliou aporte de recursos, porém manteve a tabela do SUS que não teve reajuste, pois não houve realinhamento periódico dos valores de incentivo a contratualização, e não foram incorporados novos recursos para ampliação de serviços ao SUS, para além do contratado. Também não foi implementado financiamento global misto, que deveriam ser aumentado progressivamente (CHIORO, 2021).

Em 2012, Lima alertava que orçamentos subestimados eram dificuldades relatadas pelos dirigentes entrevistados da sua pesquisa e um dado encontrado na literatura internacional. Sugeriu que seria necessário ajustar periodicamente o orçamento, porém não era uma prática vigente (LIMA, 2012).

Azevedo pesquisando um hospital público de ensino, relatou a insuficiência de recursos para custeio hospitalar, alocação irregular e escasso de investimento em saúde, além de defasagens dos valores da tabela SUS, o que resultaria em um modelo inadequado de financiamento (AZVEDO, 2018).

Por outro lado, Garmatz pesquisando uma amostra de hospitais de ensino do Brasil, públicos, filantrópicos e privados, concluiu que quanto à natureza jurídica, instituições empresariais foram mais eficientes, seguida das instituições sem fins lucrativos e, por último, da administração pública, e que 59% dos hospitais de ensino que compuseram a amostra tiveram potencial para ampliar a sua produção (GARMATZ, 2019).

Liberatti pesquisou junto a gestores, profissionais de saúde, administradores e auditores de hospitais, em um município do Paraná, e observou que os valores custeados e a demora na

atualização da tabela do SUS tornaram difícil e insuficiente a prestação de serviço. Além disso, encontrou dificuldade em aumentar o teto financeiro e repasse orçamentário pelas esferas públicas. Os prestadores contratados atenderam à demanda de serviços e produziram acima do teto físico orçamentário contratualizado, com deficit financeiro mensal (LIBERATTI, 2020).

Quadro 3. Fusão dos dados quantitativos e qualitativos

Fusão dos dados quantitativos e qualitativos			
	Quali	Quanti	Interpretação comparada dos dados
		Tendências antes e após intervenção	
Acesso aos serviços hospitalares	<u>Limitação do acesso</u> Dificuldade no acesso a vagas do hospital (casos novos) e fila de espera; gestão da agenda não é feita de forma equânime e desinteressada.	<i>Internação hospitalar</i> Valor-p = 0,129	Os dados comparados convergem e mostram que existe deficiência em oferecer vagas hospitalares de internação
	<u>Ineficiência da contrarreferência</u> Dificuldade na contrarreferência e informações clínicas no retorno a rede primária de atenção; dificuldade em inserir o hospital num sistema (digital) de contrarreferência.	<i>Angioplastia</i> Valor-p = 0,013	
Efetividade da gestão e da assistência	<u>Efetividade da oferta de serviços</u> mantém oferta de serviços constante, mas dificuldade na gestão da oferta de consultas e internação, em função dos limites contratuais e estruturais	<i>Mortalidade hospitalar por IAM</i> Valor-p = 0,605	A efetividade da assistência revela que os indicadores de mortalidade não tiveram variações significativas e não foram percebidos pelos entrevistados como relevantes, com concordância entre percepção da limitação deste instrumento para traduzir variação na qualidade da assistência e o comportamento destes indicadores ao longo do tempo de pesquisa. Não houve um posicionamento em relação a partos vaginais por parte dos entrevistados, mostrando desatenção a um indicador que precisa ser cotizado com parâmetros adequados para esse indicador em nível hospitalar terciário. Outros indicadores utilizados, e que não foram calculados quantitativamente, foi reconhecida a importância para o meio ambiente e a cultura organizacional, porém sem relação com a assistência efetiva.
	<u>Importância das metas e uso de indicadores</u> A importância das metas como instrumento de gestão. Entretanto, falhas na pontuação. Importância dos indicadores para controle, prestação de contas, planejamento; críticas a indicadores “produtivistas”, de custo médio e quantidade de atendimento.	<i>Partos vaginais</i> Valor-p = 0,015	
	<u>Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação</u> Importante espaço de discussão, transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas. Entretanto, falta de resolução de problemas	<i>Mortalidade institucional</i> Valor-p = 0,374	
	<u>Efetividade e desafios da gestão na contratualização</u> O contrato de metas trouxe melhorias para a gestão e qualidade da assistência, com maior direcionamento das ações,	<i>Mortalidade em UTI pediátrica</i> Valor-p = 0,768	

	regulamentação, pactuação, organização e ações baseadas em evidências. Críticas ao modelo tradicional de gestão. Entretanto, críticas de administração por interesses, gestores não qualificados, falta de envolvimento em níveis de rede, participação de pessoas pouco representativas.		
Eficiência na assistência e gestão	<u>Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP</u> O subfinanciamento do SUS em relação à tabela de procedimentos e ao teto financeiro; é fator limitante para a oferta de serviços; o custo é elevado e superior aos recursos que recebe para o custeio.	<i>Colecistectomia Laparoscópica</i> Valor-p = 0,031	Percebe-se concordância na variação sem significância de dois indicadores quantitativos e recursos insuficientes citados pelos entrevistados. Conclui-se que a limitação do financiamento percebida corroborou a falta de melhorias no desempenho dos números, uma vez que um depende quase que invariavelmente do outro. Entretanto, o melhor desempenho de um indicador com significância pode estar ligado à percepção de que para alguns, os gestores estão tendo bom desempenho, mesmo com restrições orçamentárias
	<u>Visão positiva e negativa da gestão financeira</u> Entrevistados ligados à gestão do HC, relataram bons resultados na gestão financeira (gestão de preços e insumos). Outros destacaram dificuldade em fazer a gestão financeira dos custos hospitalares, não acompanhando a inflação.	<i>Valor médio pago por internação hospitalar (SUS) de média complexidade</i> Valor-p = 0,231	
		<i>Tempo médio de permanência hospitalar</i> Valor-p = 0,236	

9- CONCLUSÃO

A abordagem de pesquisa utilizada por este trabalho permitiu observar vários aspectos do desempenho do hospital em estudo. Primeiro, utilizando dados quantitativos por um período longo, possibilitando análise abrangente, ao longo do tempo, de taxas consagradas como instrumento de avaliação. Segundo, esta análise frente aos dados qualitativos, ou seja, relatos dos integrantes da comissão de acompanhamento a respeito de suas percepções da qualidade da assistência e da gestão, enriqueceu a avaliação por trazer informações que não só confirmaram resultados encontrados nos dados quantitativos, mas também trouxeram novas informações complementares que contribuíram para a avaliação.

Na subdimensão acesso, os dados quantitativos e qualitativos foram concordantes em relação à dificuldade percebida e insignificância estatística quanto ao número de internações, além de maior dificuldade em inserção nas redes, inclusive dificuldade na contrarreferência do pós-alta. Isto foi relatado em estudos que avaliaram o acesso a internações e procedimentos de hospitais contratualizados (LOBO, 2019; ANDREAZZI, 2021). Quanto ao procedimento de angioplastia que apresentou aumento significativo, isto está em consonância com o que foi observado em outros estudos que mostraram maior acesso a procedimentos de Alta Complexidade após a contratualização, em alguns casos com diminuição das internações e procedimentos de Média Complexidade (BRIZOLA, 2010; NEVES, 2018; MARTINS, 2019).

A subdimensão efetividade da assistência mostrou que os indicadores de taxas de mortalidade não tiveram variações significativas, e não foram considerados relevantes para a avaliação pelos entrevistados, indicando concordância entre a percepção deste instrumento como incapaz de traduzir uma variação na qualidade da assistência e o comportamento das taxas destes indicadores. Em relação à taxa de partos naturais ter diminuído, não houve relato quanto a isto, mas trata-se de um indicador que necessita ser contextualizado ao perfil da oferta e demanda de um hospital de nível terciário, junto à rede de atenção à saúde. Entretanto, a percepção de que o hospital tem qualidade na assistência foi destacada pela maioria dos entrevistados, inclusive citando pesquisas de satisfação de usuários, mas não houve posicionamento específico e hegemônico quanto a uma melhoria no aspecto geral da assistência após a contratualização.

Quanto a efetividade da gestão, que foi avaliada com dados qualitativos, tem se uma visão positiva da contratualização, com destaque à utilização de indicadores como instrumento gerencial, das metas contratuais como objetivo de melhoria da qualidade administrativa e do planejamento, das reuniões da comissão enquanto importante espaço de discussão da gestão e pactuação e da manutenção da oferta de serviços constante pelo hospital. Entretanto, houveram

críticas quanto a dificuldade de consultas e internação, de gestores não qualificados, falta de processos de trabalho, da participação de pessoas pouco representativas na gestão. Apesar da ambiguidade, o que se observou foi que nesta subdimensão houve percepção de melhoria da gestão.

Na subdimensão eficiência, os dados de dois indicadores não apresentaram variação significativa e um teve melhoria da eficiência. Na comparação dos dados quantitativos e qualitativos, a variação sem significância destes indicadores está conforme a percepção de recursos insuficientes citados pelos entrevistados. Diante da limitação do financiamento percebida, não era esperado melhor desempenho dos indicadores. Entretanto, o melhor desempenho de um indicador com significância foi associado à percepção de que os gestores estão tendo desempenho satisfatório, apesar de restrições do financiamento.

A avaliação de uma visão geral dos dados indica não ter havido mudanças significativas, tanto para a qualidade da assistência em saúde quanto à qualidade da gestão hospitalar. A análise estatística mostra uma tendência de melhoria em sete dos nove indicadores, mas com nível de significância para apenas dois deles. Em contrapartida, dois indicadores mostraram tendência de piora no seu desempenho, sendo que em um deles esta piora foi estatisticamente significativa. Em relação aos dados qualitativos, podemos inferir que os entrevistados perceberam melhora na efetividade da gestão sem, entretanto, haver melhoria que pudesse claramente ser depreendida das falas quanto às demais subdimensões. Na análise fundida dos dados observou-se concordância para a maioria dos dados analisados, com os dados qualitativos corroborando o que os quantitativos mostraram: para a maioria dos dados não houve mudança significativa na comparação antes e depois da mudança de modelo.

Em que pese a limitação de uma avaliação como esta, considerando o número relativamente pequeno de indicadores utilizados, mas por um período longo de análise, e a limitação de uma entrevista semiestruturada que abordou temas específicos da assistência e gestão, muitas vezes sem a profundidade desejada e respostas conflitantes, o que ficou evidenciado é que a mudança no modelo de gestão do convênio não trouxe mudanças impactantes na qualidade da assistência e da gestão hospitalar. Outro aspecto a se considerar é que se tratando de hospital terciário e de grande porte, outros tipos de ferramentas devem ser utilizados para uma avaliação de resultados e conclusões mais abrangentes. Entretanto, este trabalho contribui para a construção de uma avaliação de desempenho de serviços de saúde, com foco hospitalar

10- SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTURO

Considerando que este tipo de abordagem em pesquisa contribui efetivamente em trabalhos de avaliação de serviços de saúde, recomendaria algumas estratégias:

- a) diversificação dos indicadores mesclando aqueles de caráter quantitativo que pudessem avaliar outros aspectos da assistência com indicadores de caráter qualitativos, com entrevistas estruturadas com usuários;
- b) indicadores quantitativos referentes especificamente à efetividade da gestão;
- c) avaliar outros serviços com perfil parecido como o do objeto deste estudo, o que permitiria comparações do desempenho.

BIBLIOGRAFIA

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. **Painel Geral/Ficha técnica dos Indicadores**. Versão IV/ de 03/2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/prestadores/qualiss-programa-de-qualificacao-d-os-prestadores-de-servicos-de-saude-1/consorcio-de-indicadores-de-qualidade-hospitalar>. Acesso em: 21 ago. 2022.
- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 118-137, mar. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S10.
- AKERMAN, M.; FURTADO, F. P. (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** - Série Atenção Básica e Educação na Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p.
- ANDREAZZI, M. F. S., GOMES, L. S., PÉREZ, M. A., AZEVEDO, N. R. P. & D'ALMEIDA, L. Um olhar exploratório sobre hospitais universitários federais selecionados segundo modelos de gestão de 2012 a 2017. **Rev. gest. sist. saúde**. São Paulo, 10(3), 238-252. Set./Dez. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.17204>>. Acesso em: 08. dez. 2022.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. **3º Caderno de Indicadores CQH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92p.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 20(6):1825-1834, 2015.
- AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A.; TEIXEIRA, R. A. G.; CHAVES, E. O. Aspectos identificados no processo de contratualização em um hospital público de ensino. vol. 2. **Atas CIAIQ2019**. Lisboa, 2019.
- BALDERRAMA, P.; GLERIANO, J. S.; HENRIQUES, S. H. et al. Health management: assessment of access to regional System. **J Nurs UFPE** [online]. Recife, 13(4):933-42, Apr., 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236966/31765%3B>>. Acesso em: 20 jun. 2023.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2015.
- BARROS, T. G.; LUPPI, C. G. Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro: uma análise de desempenho. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 52-62, Jan/Mar, 2018.
- BERNAL, J.L.; CUMMINS, S.; GASPARRINI, A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. **Int J Epidemiol.**, 46(1):348-355. 2017 doi:10.1093/ije/dyw098.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
- BRIZOLA, J. B. **Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências). Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Londrina, Londrina, 2010.
- BROUSSELLE, A. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução: Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 291 p.

CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. **Social Science & Medicine**; 51: 1611 - 1625, 2000.

CAMPOS, C. J. G. Métodos de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-4, Set/Out, 2004.

CHIORO, A. et al. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26(11):5691-5700, 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.

_____. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. - Tradução: Magda França Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2013.

DE NEGRI FILHO, A. A; CAMPELO, S. F. **Modelos de financiamento e remuneração da atenção à saúde pública no Brasil**. Unidades Didáticas de la Escuela Nacional de la Sanidad. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad, 2015.

DEZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens**. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432 p.

DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care - Methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. **Science**, v. 200: 856-864, 26 May, 1978. doi: 10.1126/science.417400.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol. Lab. Med.**, v. 114, 1990.

_____. La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? **Rev Calidad Asistencial**, Madrid; 16:580-587, 2001.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm.**, 8(2):213-9, 2005.

FELICIELLO, D (org.); OLIVEIRA, J. C. R; VILLALBA, J. P.; ARAÚJO, K. S.; PORTO, M. T. P. M. Contratualização de serviços de saúde. **Guia prático para gestores públicos e gerentes de serviços de saúde do SUS**. Projeto de Apoio a Organização de Ações de Regulação em Saúde da Região Metropolitana de Campinas. Campinas, 2016.

FERLIN, M. **Avaliação dos Hospitais Universitários Federais sob Gestão Compartilhada Com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Santa Maria, 2020.

FETTERS, M. D.; FRESHWATER, D. Publishing a Methodological Mixed Methods Research Article. **Journal of Mixed Methods Research**, vol. 9(3) 203–213, 2015.

FIOCRUZ. Programa de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde. **Matriz de indicadores**. Disponível em <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 12 jan. 2021.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 2021. *E-book*
- GARMATZ, A.; VIEIRA, G. B. B.; SIRENA, S. A. Avaliação da eficiência técnica dos hospitais de ensino do Brasil utilizando a análise envoltória de dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26 (Supl. 2):3447-3457, 2021.
- GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
- GIACOMINI, C. H (org.). **Gestão para Resultados em Curitiba: a experiência de Contratualização**. Curitiba: Instituto Municipal de Administração Pública - IMAP, 2009. 146p.
- GONZALEZ, J. La calidad de la atención médica. *Cristus de los metodos evaluativos. Acta Médica Colombiana*, vol. 9 nº. 2, Mar-Abr, 1984.
- GRUENING, G. Origin and theoretical basis of New Public Management. **International Public Management Journal**, Hamburg, vol. 4, 1–25, 2001.
- GUAL, C. G. **Tratados Hipocráticos tomo I**. Biblioteca Clásica Gredos. Madri,Espanha. Editora: Gredos, 1983. 422p.
- E. G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução: BethHonorato. Campinas, S.P. Editora: Unicamp, 2011.
- HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275 p.
- HOUAISS, A. **Dicionário Houaiss da Língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- LIBERATTI, VANESSA M. et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n.3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00274.
- LIMA, S. M. L; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(9):2507-2521,2012.
- LOBO, M. S. C.; SILVA, A. C. M.; LINS, M. P. E.; FISZMAN, R. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 43(3):437-45, 2009.
- MACHADO R. C., FORSTER A. C. Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP. **Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba; v. 18, n. 1, pag. 81-89, 2017.
- MACHADO, J. P. et al. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(6):1063-1082, jun, 2013.
- MARQUES, R. M; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, 2012
- MARTINS, M.; LIMA, S. M. L.; ANDRADE, C. L. T.; PORTELA, M. C. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**,

Rio de Janeiro, 24(12):4541-4554, 2019. DOI: 10.1590/1413 812320182412.25262019.

MENDES, L.H.S. Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa UNIPLUS. **União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS**, 5ª ed. São Paulo, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 13 mai. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização. **Série C: Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília:Ministério da Saúde, 2012. 90 p. : il. ISBN 978-85-334-1906-3.

NEVES, C.A.; FERREIRA, P. A.; TONELLI, T. F. Programa de reestruturação e contratualização dos hospitais filantrópicos no SUS: uma avaliação do eixo de financiamento. **Rev. Serv. Público**, Brasília, 69 (4) 849-874, Out/Dez, 2018.

NOGUEIRA, D. L.; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I. M. N; LINHARES, M. S. C. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (1):151-158, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00772014>.

NOGUEIRA, D. L.; MACHADO, M. M. T.; LIRA, G. V. Impacto do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS em um hospital do Ceará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31(4), e310407, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310407>

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **RevSaúde Pública**, São Paulo; 34(5):547-59, 2000.

NUTTON, V. **A medicina antiga**. Tradução: Marisa Motta; revisão técnica: ManoelBarros da Motta. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, 2008. 349 p.

PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S. (org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2000, p. 259-269. ISBN 978-85-7541-325-8. *E-book*.

R CORE TEAM (2021). **R: A language and environment for statistical computing**. **R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acessado em: 20 ago 2022.

RAMOS, M. C. A.; CRUZ, L. P; KISHIMA, V. C.; POLLARA, W. M.; LIRA, A. C. O; COUTTOLENC, B. F. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 49:43, 2015.

REIS, E. J. F. B et al. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 6(1): 50-61, jan - mar, 1990.

RODRIGUES, V. G. **Avaliação dos resultados do contrato de gestão em um complexo hospitalar universitário federal**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

ROSA, M. V. F. P. C.; ARNOLDI, M. A. G. C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para validação dos resultados.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

SAMICO, I. (coord.) et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.** Rio de Janeiro: Ed. Medbook, 2.010.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.** Disponível em: < <https://site.hcrp.usp.br/hcfmrp-em-numeros/>>. Acesso em: 30 mai. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **VI Seminário de Avaliação de Desempenho dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo – 2018.** Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/seminario-apresentacao.php>> Acesso em: 09 jun. 2023.

TOMASICH, F.; OLIVEIRA, A. V.; OLIVEIRA, A. J.; CORREIA, M. I. T. D. Evolução da história da qualidade e segurança do paciente cirúrgico: desde os padrões iniciais até aos dias de hoje. **Rev Col Bras Cir**, Rio de Janeiro, 2020. DOI: 10.1590/0100-6991e-20202650.

TRAVASSOS, C.; NORONHA, J. C.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar como indicador de qualidade: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 367-381, 1999.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. O homem, o cirurgião, o cientista. Ciclo de Exposições da Faculdade de Medicina – USP. Disponível em: < https://issuu.com/fundacaozerbini/docs/museu_zerbini_12-022_21_novo_1_2 > Acesso em: 23 set. 2023.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo ; v. 54 , n. 5 ; 496-509, Set-Out , 2014

APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES

Quadro 4. Indicadores de qualidade de gestão e assistência hospitalar

	APÊNDICE A – MATRIZ DE INDICADORES	Indicador	Definição	Fórmula decálculo	Protocolo de tabulação no TabWIN	Fonte	Referência bibliográfica
<p style="text-align: center;">Acesso</p>	<p style="text-align: center;">Acesso</p>	Internação hospitalar	Taxa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) padronizada por sexo e idade, por 1.000 habitantes, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.	<p>Numerador: número de internações hospitalares deresidentes pagas pelo SUS x 1.000. Denominador: população totalresidente, no período considerado.</p> <p>Para o número de casos foi utilizado apenas as informações donumerador.</p>	<p>Numerador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída);seleções disponíveis (município de residência; hospital SP CNPJ; leito/especialidade - todas); incremento (frequência); arquivo (jan a dez). Denominador: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popvs/cnv/popbr.def. ; linha (município); coluna (não ativa); períodos disponíveis (ano); seleções disponíveis (Ribeirão Preto).</p>	DataSUS - SIH; 2000 a 2021 – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGI AE	1;2

Dimensões	Acesso	Angioplastia	Número de angioplastias, por 100 mil habitantes de 20 anos ou mais de idade, em determinado espaço geográfico, no ano considerado	Numerador: número de procedimentos de angioplastia em residentes de 20 anos ou mais de idade x 100.000. Denominador: população total de 20 anos ou mais de idade residente. Procedimentos (SIH/2008-2010): 0406030014, 0406030022, 0406030030, 0406030049, 0406030065 e 0406030073 Para o número de casos foi utilizado apenas as informações do numerador.	Numerador: linha (Hospital CNPJ SP); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; procedimentos realizados: (SIH/1998-2007): 32023014, 32035012, 48030066, 48030074, 48030082, 48030090, 030104, 48030112; (SIH/2008-2010): 0406030014, 06030022, 0406030030, 0406030049, 0406030065 e 06030073.; faixa etária 18 > 20 anos); incremento (frequência); arquivo (jan a dez). Denominador: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def ; linha (município); coluna (não ativa); períodos disponíveis (ano); seleções disponíveis (Ribeirão Preto; faixa etária 1 > 20 anos).	Numerador: DataSUS - SIH; Denominador: DataSUS - 2000 a 2021 – estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGI AE

Dimensões	Efeti vi dade	Taxa de mortalidade institucional	Percentual de óbitos de pacientes internados	Total de óbitos de pacientes internados/ Total de saídas X 100 Para o número de casos foi utilizado apenas as informações do numerador.	Numerador: linha (Hospital SP CNPJ até 2007); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ até 2007; dias de permanência); seleções ativas (hospital SP CNPJ até 2007; > 1 dia); incremento (óbitos); arquivo (jan a dez). Denominador: linha (Hospital SP CNPJ até 2007); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ até 2007; cobrança detalhada até 2007 e motivo saída/permanência a partir 2008); seleções ativas (Hospital SP CN até 2007; alta curado até tratamento ambulatorial e óbito c/ e s/ necrópsia; alta da parturiente com permanência do RN até 2007; alta curado a paciente agudo de psiquiatria e óbito c/ DO e encerramento administrativo e alta da mãe e óbito da mãe e do RN); incremento (frequência); arquivo (jan a dez).	DataSUS - SIH	3;4
------------------	----------------------	-----------------------------------	--	--	--	---------------	-----

Dimensões	Efeti vidade	Mortalidade hospitalar porIAM	Percentual de óbitos hospitalares entre internações de pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias, por infarto do miocárdio, por 100 internações, por local de ocorrência, no ano considerado.	<p>Numerador: número de óbitos entre internações de pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias com diagnóstico principal CID-10 I21 ou I22.</p> <p>Denominador: número de internações de pacientes com 45 anos ou mais com tempo de permanência de até 30 dias por IAM</p> <p>Para o número de casos foi utilizado apenas as informações do numerador.</p>	<p>Numerador: linha (Hospital CNPJ SP); coluna (mês saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; diagnóstico CID10 cap. 9; faixa etária 18; dias de permanência); seleções ativas (hospital SP CNPJ; CID I21 e I22; faixa etária > 18 anos; até 28 dias); incremento (óbitos); arquivo (jan a dez).</p> <p>Denominador: linha (Hospital CNPJ SP); Coluna (mês saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; faixa etária 18; diagnóstico CID10 cap. 9); seleções ativas (Hospital SPCNPJ; faixa etária > 18 anos; CID I21 e I22); incremento (frequência); arquivo (jan a dez)</p>	Data SUS/SIH	1;3

Dimensões	Efeti vidade	Taxa de mortalidade em UTI pediátrica	$\frac{\sum \text{de óbitos em UTI da instituição de saúde no período}}{\sum \text{de pacientes internados em UTI da instituição de saúde no período}} \times 100 = \%$	<p>Numerador: Σ de óbitos em UTI Pediátrica da instituição de saúde no período / Σ de pacientes internados em UTI Pediátrica da instituição de saúde no período * 100</p> <p>Para o número de casos foi utilizado apenas as informações do numerador.</p>	<p>numerador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; tipos de UTI); seleções ativa (HCRP; UTI infantil I, II, III); incremento (óbitos); arq. (jan a dez). Denominador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; tipos de UTI); seleções ativa (HCRP; UTI infantil I, II, III); incremento (frequência); arq. (jan a dez).</p>	Data SUS/SIH	5
------------------	---------------------	---------------------------------------	---	--	--	--------------	---

Dimensões	Efeti vidade	Proporção de partos vaginais	Total de partos cesáreos/ total de partos X 100	<p>Numerador: Total de partos vaginais realizados na instituição em um determinado período de tempo.</p> <p>Denominador: Total de partos, vaginais e cesáreos, realizados na instituição em um determinado período de tempo</p> <p>Para o número de casos foi utilizado apenas as informações do numerador.</p>	numerador: linha (hospital SP CNES); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ até 2007; procedimentos obstétricos); seleções ativa (HCRP; parto normal até 2007; parto normal e parto normal de gestação de alto risco a partir de 2008); incremento (frequência); arquivos (jan a dez). Denominador: linha (hospital SP CNES); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNES; procedimentos obstétricos); seleções ativa (HCRP; parto normal e parto cesarea até 2007; parto normal de gestação de alto risco; parto cesarea em gestação de alto risco, parto cesarea, parto cesarea com laqueadura tubárea a partir de 2008); incremento (frequência); arquivos (jan a dez)	Data SUS/SIH	4
	Eficiência	Valor médiopago por internação hospitalar (SUS) de	Valor medio com internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), por especialidade	numerador: valor total das internações de média complexidade pagas pelo SUS, por	Numerador: linha (hospital SP CNPJ até 2007); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ até 2007; complexidade do procedimentos); seleções ativa (HCRP; demais procedimentos até 2007; média complexidade a partir de 2008); incremento (valor total); arquivos (jan a dez). Denominador: linha (hospital SP CNES); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNES);	Data SUS/SIH	2

Dimensões	Eficiência	média complexidade	(clínica, cirurgia, pediatria, ginecologia) de média complexidade, em determinado hospital, no ano considerado	especialidade (cirúrgica, clínica, pediátrica e ginecologia), no hospital e período considerado. Denominador: Numero total de internações de média complexidade, por especialidade (cirúrgica, clínica, pediátrica e ginecologia), pagas pelo SUS, em hospital e período específico.	complexidade do procedimento); seleções ativa (HCRP; demais procedimentos até 2007; média complexidade a partir de 2008); incremento (frequência); arquivos (jan a dez)		
		Taxa de ocupação institucional ^{1,4,5}	\sum de pacientes-dia geral da instituição de saúde no período/ \sum de leitos-dia operacionais geral da				

Dimensões	Eficiência		instituição de saúde no período X 100 = %				
		Tempo médio de permanência (internação) hospitalar	Total de pacientes-dia / Total de saídas em determinado período.	Numerador: Total de pacientes-dia. Denominador: Total de saídas em determinado período.	numerador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ); seleções ativa (HCRP); incremento (permanência); arquivos (jan a dez). Denominador: numerador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ); seleções ativa (HCRP); incremento (frequencia); arquivos (jan a dez)	Data SUS/SIH	3; 4; 5; 6

Dimensões	Eficiência	Taxa de Colecistectomia Laparoscópica	O número de colecistectomias laparoscópicas por 100 colecistectomias	Numerador: Número de colecistectomias laparoscópicas entre os casos que preenchem os critérios de inclusão e exclusão do denominador, com código de procedimento da tabela SIHSUS: 0407030034. Denominador: Saídas hospitalares, idade igual ou maior que 18 anos, com códigos de diagnóstico CID 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K81.0, K81.1, K81.8, K81.9 e com os seguintes códigos de procedimento	Numerador: linha (hospital SP CNPJ até 2007; CNES > 2007); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; procedimentos realizados); seleções ativa (HCRP; até dezembro/2007 - 33015082; a partir janeiro/2008 - 0407030034; CID: CID 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K81.0, K81.1, K81.8, K81.9; idade > 20); incremento (frequência); arquivos (jan a dez). Denominador: linha (hospital SP CNPJ); coluna (mês de saída); seleções disponíveis (hospital SP CNPJ; procedimentos realizados; Diagnóstico CID 10 Cap. 11; faixa etária 18); seleções ativa (HCRP; procedimentos: até dezembro/2007 - 33004080 e 33015082; a partir janeiro/2008 - 0407030026 e 0407030034); CID: CID 10: K80.0, K80.1, K80.2, K80.3, K80.4, K80.5, K80.8, K81.0, K81.1, K81.8, K81.9; idade > 20); incremento (frequência); arquivos (jan a dez)	Data SUS/SIH	3

				<p>da tabela SIHSUS: 0407030026 e 0407030034.</p> <p>Para o número de casos foi utilizado apenas as informações donumerador.</p>			
Fonte: PROADESS, 2021							
Ripsa							
CQH							
4- Consórcio de indicadores de qualidade hospitalar							
5- Mendes, Lucia Helena da Silva. – São Paulo, 2018. 235 f. Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa UNIPLUS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, 5ª ed. São Paulo, 2018.							

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Tópico 1 – Perfil do entrevistado:

NÚMERO DO ENTREVISTADO -

1.1- Dados pessoais (data de nascimento, sexo)

1.2- Profissão

1.3- Local de trabalho

1.4- Há quanto tempo participa da comissão? Conte-me um pouco como se deu a sua inserção na comissão.

1.5- Representa qual seguimento? Conte um pouco sobre isso.

Tópico 2 – Formação em gestão de serviços

2.1- Fez algum curso de formação na área de gestão em saúde? Fale sobre sua trajetória na sua formação.

2.2- Recebeu algum treinamento para operar a avaliação do contrato de metas? Se sim, onde foi o treinamento? Ele contribuiu ou não para a participação na comissão?

2.3- Como você percebe a sua preparação técnica para operar as avaliações do contrato de metas?

Tópico 3 – Percepção do desempenho da Comissão de Avaliação

3.1- Qual o período de avaliação do contrato de metas?

3.2- Você acha adequado este período?

3.3 - Em sua opinião, qual a importância das medidas de desempenho utilizando indicadores para a gestão hospitalar?

3.4 - Quais fatores você considera primordiais para avaliar o desempenho hospitalar?

3.5 Os indicadores utilizados para avaliação quantitativa estão adequados na sua opinião? Caso não estejam, você poderia identificar quais indicadores estão inadequados e por que não estariam?

3.6 Quais indicadores você considera para o melhor aproveitamento dos recursos e no setor?

3.7 E para avaliação qualitativa, os indicadores estão adequados? Poderia comentar essa percepção?

- 3.8 A maneira como são conduzidas as reuniões de avaliação pelos participantes estaria adequada para se aferir qualidade do contrato? Poderia comentar sobre aspectos positivos e negativos da dinâmica utilizada nas reuniões de avaliação?
- 3.9 Você se sente ou sentiu contrariado ou coagido em algum momento dessas reuniões de avaliação? Se sim, por que?
- 3.10 Na sua opinião, este tipo de avaliação de contratos reflete a qualidade da assistência hospitalar e da gestão? Poderia comentar esta opinião?
- 3.11 Na sua opinião, desde o início de sua participação na comissão de acompanhamento e baseado em informações que tenha, e ao longo do tempo, esta modalidade de contrato de metas trouxe melhorias a qualidade da assistência e da gestão, ou não teria agregado qualidade? Ou mais ainda, teria trazido perda da qualidade?

Tópico 4 – Consideração sobre sua experiência como participante da comissão

- 4.1 – Alguma que considere importante e não foi abordada na entrevista?

APÊNDICE C - Artigo resultado da tese a ser submetido a revista científica indexada.

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público estadual de ensino do estado de São Paulo

Autores: Machado, R. C.; Forster, A. C.

RESUMO

A modalidade para contratualização de serviços em saúde é baseada no planejamento, alocação de recursos, avaliação, controle e incentivos que condicionam os recursos ao alcance de metas. No SUS, esta modalidade teve início em 2004, com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Este estudo avaliou a qualidade da assistência e da gestão de um hospital de ensino do estado de São Paulo, que aderiu a modalidade do convênio de gestão, com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É um estudo de caso, com abordagem por método misto de pesquisa utilizando indicadores da qualidade da assistência e da gestão hospitalar e entrevistas semiestruturadas com os integrantes das comissões de avaliação do contrato de gestão. Os dados foram analisados na perspectiva da qualidade das subdimensões do acesso, da efetividade e da eficiência. Os dados quantitativos foram analisados por estatística inferencial com a técnica de Interrupted Time Series (ITS), comparando a evolução dos indicadores antes e depois da implantação do novo modelo de gestão. Para os dados qualitativos utilizou-se fundamentos da Análise de Conteúdo; na sequência foi feita análise com dados fundidos pela comparação. Os dados quantitativos mostraram que dos nove indicadores, sete apresentaram tendência de melhora, dois em nível de significância; dois tendência de piora, um em nível de significância. Os dados qualitativos mostraram melhora na efetividade da gestão, sem haver melhoria nas demais subdimensões. A fusão dos dados mostrou concordância e que não houve mudança significativa antes e depois da mudança de modelo, tanto para a qualidade da assistência em saúde quanto à qualidade da gestão hospitalar.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Efetividade. Eficiência organizacional

INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir de 1995 é instituído o Plano Diretor de Reforma do Estado, buscando a chamada “modernização da gestão” tentando superar a administração burocrática e o patrimonialismo existentes no setor público. É dessa época a introdução da chamada “administração gerencial”. A contratualização de serviços em saúde é resultado desta modalidade de gestão e sustenta-se em três premissas: no planejamento e recursos para a sua realização, nos mecanismos de avaliação e controle, e no sistema de incentivos que condiciona os recursos ao alcance de metas.^{1,2}

No SUS, esta modalidade de contratualização teve início em 2004, com o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação, dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, e posteriormente com o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos.³ Como modelo de alocação dos recursos, foi adotado sistemas mistos de orçamento global, combinado com o pagamento de procedimentos de média complexidade da tabela do SUS, condicionado a desempenho de metas quantitativas e qualitativas, definidas em contrato de gestão.²

Essa pesquisa busca conhecimentos que podem contribuir com melhorias na elaboração e revisão de programas e políticas de saúde, avaliando a qualidade da assistência e da gestão de um hospital de ensino do estado de São Paulo, que aderiu a modalidade de convênio de metas de desempenho, com a Secretaria de Estado da Saúde

MÉTODO

Estudo de caso com o pressuposto epistemológico baseado no Pragmatismo. É um estudo analítico e abordagem por meio do método misto de pesquisa, utilizando modelo de projeto paralelo convergente na coleta e análise dos dados quantitativos e qualitativos, com subsequente comparação e discussão dos resultados de forma narrativa.⁴

O Hospital das Clínicas FAEPA de Ribeirão Preto é um hospital público universitário de nível terciário, com gestão estadual. Desde 2005 firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde – SP na nova modalidade de gestão baseado no desempenho e metas, com validade quinquenal e reavaliação anual do Plano Operativo Anual.⁵

A população de estudo foi composta por representantes do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, da Diretoria Regional de Saúde XIII do estado de São Paulo e da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.

Foram utilizados dados secundários com indicadores da qualidade da assistência e da gestão hospitalar. Foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS, para o período de 2002 a 2019, tabulados no programa TabWin versão 4.15, em nível de

desagregação institucional (hospitalar).. Dados demográficos foram coletados da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados, dDATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.^{6, 7, 8, 9}

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, com os integrantes das comissões de avaliação do convênio, composta por representantes do hospital, da secretaria estadual de saúde e da secretaria municipal de saúde, que avalia o cumprimento das regras contratuais e das metas do plano operativo. O roteiro das entrevistas foi elaborado com o objetivo de verificar a percepção de mudanças na qualidade da assistência à saúde e da gestão, conforme os objetivos do estudo^{4, 10, 11, 12}. Na amostragem foram selecionados intencionalmente indivíduos que proporcionaram as informações necessárias e que experienciaram o fenômeno central ou o conceito-chave explorado no estudo.⁴

As entrevistas foram realizadas por meio digital remoto (online) por meio de videoconferência e gravadas. Foram realizadas sete entrevistas. Não foi realizada entrevista piloto. Os participantes foram codificados conforme a sequência das entrevistas e a profissão de cada um (E1 – ENF = entrevistada 1 e enfermeira; E2 – ECO = entrevistada 2 e economista; E3 – ADM = entrevistada 3 e administradora de empresas; E4 – ADM = entrevistada 4 e administradora de empresas; E5 – ADM = entrevistada 5 e administradora de empresas; E6 – MED – entrevistada 6 e médica; E7 – MED – entrevistada 6 e médico).

Os dados quantitativos foram analisados verificando o efeito da implementação do novo modelo de convênio, utilizando a abordagem de Interrupted Time Series (ITS). O número de casos mensais dos indicadores foi estimado pelo modelo linear generalizado de distribuição binomial-negativa com função de ligação logarítmica e um offset igual ao logaritmo do denominador, de acordo com o proposto para cada indicador, para compensar e transformar os indicadores em taxas novamente. Quando necessário, foram utilizadas variáveis de defasagem de grau 1, 2 e no máximo 3 para controlar a autocorrelação residual. Funções harmônicas (baseadas em seno e cosseno) foram utilizadas para melhorar a estimação de picos e vales da série. Segue o modelo linear genérico:

$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Tempo}_i + \beta_2 \text{Política}_i + \beta_3 \text{Tempo}_i \cdot \text{Política}_i + e_i$. Para os indicadores de tempo e valor, a análise se deu por meio de um modelo linear generalizado de distribuição Gamma com função de ligação logarítmica. As autocorrelações residuais foram avaliadas pelo gráfico ACF e pelo valor da estatística de Durbin-Watson. Todos os gráficos e análises foram feitos com o auxílio do software R, versão 4.1.0. O nível de significância (valor-p) adotado foi de 5% e o Intervalo de Confiança (IC) de 95%^{14, 15}.

Dados qualitativos foram analisados utilizando os fundamentos da Análise de Conteúdo, pelo pesquisador e por mais dois colaboradores, no sentido de realizar a triangulação da interpretação dos sentidos de fala e validar as interpretações. Foram identificados os indicadores

geradores de sentido e realizado o desmembramento de fragmentos do texto em Núcleos de Sentido e Grandes Temas, correspondendo respectivamente às unidades de análise e categorias temáticas.¹⁰

Foram definidas a priori três Grandes Temas que se relacionaram aos objetivos do estudo: acesso, efetividade e eficiência; subsequentemente fez-se a definição dos Núcleos de Sentido por freqüenciamento (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes) ou por relevância implícita (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo).^{10, 12, 16}

Na discussão fez-se a fusão dos dados quantitativos e qualitativos comparando-os de forma narrativa, sob a perspectiva da avaliação do desempenho de cada subdimensão, observando o comportamento dos indicadores quantitativos comparado ao conteúdo dos trechos de discursos dos entrevistados, buscando convergências, divergências ou falta de correlação entre o que os números mostraram e a percepção dos integrantes da comissão.^{4, 13}

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, atendendo à Resolução CNS 466/12, pelo parecer número 5.384.544

RESULTADOS

Os resultados quantitativos estão dispostos em gráficos das ocorrências do número de casos, de 2002 a 2019. Estes gráficos apresentam 3 linhas coloridas sendo que a linha preta corresponde ao número de casos efetivamente levantados, a linha verde à tendência esperada pela inferência estatística com a mudança do modelo de gestão contratual, e a linha laranja à tendência esperada pela inferência estatística, caso não houvesse a mudança do modelo de gestão contratual.

Para a subdimensão acesso (Apêndice 1), a figura 1 mostra a evolução do número de casos mensais de internação durante o período de estudo. Observa-se um distanciamento entre as tendências preditas antes e após o início do convênio, além de concordância entre o número de casos e a tendência antes da política. Entretanto, a análise inferencial mostra que apesar de uma variação de 16,2% para um efeito imediato antes-depois da intervenção, não apresentou significância para este efeito ($p < 0,223$) nem para a comparação entre as tendências antes-depois.

A figura 2 mostra a variação positiva do efeito imediato de antes e depois da intervenção. Houve aumento de 170% no número de casos. A tendência era de queda de número de angioplastias 11,5% ao ano antes da intervenção, sendo que no período após a política, a tendência é de aumento no número de angioplastias, em média, 1,2% ao ano. Existe evidência de diferença entre as tendências antes e após a política, com p-valor de 0,013 na comparação entre as tendências.

Para a subdimensão efetividade (Apêndice 2), a figura 3 mostra que os óbitos institucionais têm uma variação imediata negativa após o novo modelo em 18,4% do número de casos, mas com p -valor $< 0,207$ para esta variação. Além disso, mostra p -valor $< 0,374$ na comparação entre as tendências antes e depois. A figura 4 mostra uma variação com aumento de 81,1% no número de casos de mortalidade por IAM. Entretanto, em função do pequeno número de casos levantados a análise inferencial não mostra significância estatística tanto para um efeito imediato ($p < 0,663$), quanto para as tendências antes e depois da mudança ($p < 0,605$). A figura 5 mostra que este indicador teve diminuição de 38,4% no número de casos. Entretanto, também em função do pequeno número de casos encontrados, a análise inferencial não mostra significância estatística tanto para um efeito imediato antes e depois ($p < 0,424$), quanto para as tendências antes e depois da mudança ($p < 0,768$). A figura 6 mostra uma variação negativa no número de partos vaginais, ou seja, uma diminuição de 27,2% e ($p < 0,071$), além de uma diferença significativa entre as tendências antes e depois da mudança do modelo ($p < 0,015$).

Para a subdimensão eficiência (Apêndice 3), a figura 7 mostra uma variação negativa de 0,9% no valor médio pago por internação hospitalar de média complexidade, porém sem significância estatística para um efeito imediato desta variação ($p < 0,926$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da mudança ($p < 0,231$). A figura 8 mostra uma variação negativa de 0,46% no tempo médio de permanência, porém sem significância estatística para um efeito imediato desta variação ($p < 0,473$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da intervenção. A figura 9 mostra variação positiva do efeito imediato de antes e depois do novo modelo de convênio, com aumento, em média, de 121,4% no número de casos de colecistectomia por videolaparoscopia ($p < 0,031$). A tendência era de queda de número deste procedimento, em média, 10,5% ao ano antes da intervenção, sendo que no período após a política, a tendência é de aumento, em média, 0,7% ao ano. Existe evidência de diferença entre as tendências antes e após a política ($p < 0,031$).

Os resultados qualitativos foram organizados em Grandes Temas relacionados aos objetivos da pesquisa, retiradas de recortes de fala dos entrevistados.

Grande tema: acesso aos serviços hospitalares

Limitação do acesso

Ficou evidente a dificuldade do acesso a vagas no hospital, principalmente para casos novos de primeira consulta, com repercussão na fila de espera dos pacientes. Também fica implícito que a gestão da agenda não é feita de forma equânime e desinteressada.

E1 – ENF: ...então em Ribeirão Preto está sendo muito difícil colocar paciente dentro do HC ... então esses desenhos das redes não estão muito bem-feito na DRS 13, eu acho que tem muito que melhorar.

E2 – ECO: ...o hospital acha que a rede deveria estar mais bem organizada com a porta de entrada ao sistema. Dificulta a meta de primeiras consultas. De casos novos, por exemplo, poderia ser maior, poderia ter um encaminhamento mais adequado do sistema

E3 – ADM: ... a gente não consegue dar alta, a gente tem alguns indicadores que a gente não consegue trabalhar porque a gente depende muito dos outros níveis... mas a gente fica muito amarrado na alta, a gente não consegue abrir, então assim muitas filas acabam aumentando ...

...porque você tem uma fila gigante você não consegue atender, o paciente fica anos e anos esperando no hospital e você não consegue rodar isso, o SUS não tem melhorado...

Ineficiência da contrarreferência

Nos relatos surge a dificuldade em se obter a contrarreferência vinda do hospital, assim como obter informações clínicas necessárias quando o paciente retorna para a rede primária de atenção, o que onera e dificulta o seguimento nestes serviços; outro ponto relatado foi a dificuldade em inserir o hospital num sistema (digital) de contrarreferência.

E1 – ENF: Nós fizemos contrarreferências de nível primário, secundário e terciário porque você tem que devolver para ter outros casos novos. O HC que não dá conta.

E4 – ADM: ...o hospital se preocupa muito que o paciente chega aqui dentro e não sai, né? Porque é difícil a contrarreferência, então eu acho que medir esse indicador é importante e é interessante.

E6 – MED: ...para você colocar um paciente do hospital das Clínicas de Ribeirão Preto você tem que seguir um protocolo e escrever até a cor da alma do paciente ... só que a contrarreferência dele não é igual, ele manda porcamente para o município

... Não escrevem os resultados de exames, o que onera muito mais o SUS porque ele fez exame no HC e vai me fazer repetir tudo de novo

Grande tema: efetividade gestão da contratualização

Efetividade da oferta de serviços

Na visão de um entrevistado, o hospital consegue manter oferta de serviços constante o que confere qualidade aos serviços prestados pelo hospital. Entretanto, outro entrevistado relata a dificuldade em fazer a gestão da oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais e estruturais do hospital

E7 – MED: ...você consegue manter uma produção quantitativa contínua, isso diz a qualidade do serviço. Para quem precisa de um ambulatório, de uma consulta ambulatorial, você ter um ambulatório que é perene e que funciona, a coisa roda de maneira constante, isso dá qualidade para a pessoa, você não tem interrupção de serviço, de cirurgias, enfim.

E5 – ADM: ...você precisa de tanto de consulta, quero tantas primeiras consultas, não conseguimos tudo que a gente pede, tá? Nós ainda não chegamos nesse nível, mas pelo menos

ã para discutir, né?

Importância das metas e uso de indicadores

A importância das metas contratuais foi destacada por dois entrevistados devido sua função norteadora e balizadora como instrumento de gestão. Entretanto, falhas na pontuação em ocasião do não alcance de uma meta foi apontada por um entrevistado. A importância dos indicadores é ferida quanto ao direcionamento da atenção em saúde prestada pelo hospital, ao controle, a qualidade, prestação de contas e ao planejamento. Entretanto, críticas foram feitas em relação indicadores de primeira consulta, “produtivistas”, financeiros como o de custo médio, de quantidade de atendimento.

E1 – ENF: ...depois que mudou o tipo de contratualização, melhorou bastante porque você em que ter os indicadores quantitativos, mas qualitativos também, tem que ter o indicador de produção [metas]

E1 – ENF: ...deixa a desejar é que as vezes a gente fala alguma coisa do ponto de vista de que não atingiu a meta, essas coisas eles sempre arrumam uma desculpa [para atingir a pontuação]

E2 – ECO: ...a partir dos indicadores de qualidade você tem tantas respostas para suas ações internas, seu direcionamento na gestão e respostas também aos usuários, pacientes, seus familiares e aos nossos órgãos financiadores...

E5 – ADM: Tem indicador que eu mudaria, de quantidade eu mudaria. O indicador de primeira consulta. Eu com certeza faria de outra forma, né?

E7 – MED: Indicadores muito produtivistas, por exemplo quantidade de consultas por sala, quantidade de internação por leito, esse tipo de coisa assim, acrescenta pouco na minha visão, agrega pouco...

Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação

As reuniões da comissão de acompanhamento do contrato foram vistas pela maioria dos entrevistados como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio. Entretanto, momentos de tensão, de constrangimento e falta de resolução frente aos problemas apontados em reunião, também foram destacados por dois participantes.

E2 – ECO: ...o que eu percebo que todos os atores ficam muito à vontade no sentido de fazer suas críticas, de cobrar a sua instituição... Se você falar que o acompanhamento direto [pela comissão de acompanhamento do convênio] está aumentando a qualidade, eu acredito que sim porque se você está sendo cobrado periodicamente, você tem esforço extra para buscar essa coisa que você ainda não alcançou

E3 – ADM: ...acabava sendo útil para discutir alguns pontos de necessidade, né? Assim, o município traz necessidades, o HC traz necessidade em cima do indicador. Não só isso, mas era um momento de encontro para discutir necessidade

E6 – MED: ...o prestador vai falando todas as metas e obviamente quando o estado questiona alguma coisa, eles tentam responder com argumentações, algumas vezes eu vejo que não tem tantas argumentações pertinentes, mas eu não vejo atitudes. Em uma das reuniões que eu tive esse problema lá, um participante foi extremamente grosseiro e não aceitaram críticas...

Efetividade e desafios da gestão na contratualização

A maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias para a gestão do hospital e da qualidade da assistência, observado nas falas que destacam maior direcionamento das ações, regulamentação, pactuação, organização e ações baseadas em evidências. Foi destacado a ineficiência do modelo tradicional de gestão. Por outro lado, falas críticas apontaram que o hospital está sendo administrado por interesses diversos, gestores não qualificados, falta de processos de trabalho, falta de envolvimento em níveis de rede, participação de pessoas pouco representativas.

E2 – ECO: Mas provocou a cada um saber o que não está dando certo e qual a sua responsabilidade no que não está dando certo. Então a gente vê que o hospital sempre teve essa questão e sempre quis participar do direcionamento de ações e melhorias no sistema.

E4 – ADM: ... no hospital muitas mudanças foram acontecendo, ajudou muito, o plano de metas, tudo foi sendo regulamentado e vai melhorando, vai melhorando o trabalho, atendimento para o paciente, melhorando a qualidade.

E7 – MED: ...a modalidade tradicional de gestão, que era bater ou não bater o teto, era uma tragédia porque na verdade você não estava gerindo nada, não tinha definido nenhuma prioridade, não tinha um mecanismo de diálogo com o gestor do que estava ou não acontecendo, de como fazer ou não...

E1 – ENF: ...gestor da época, ele queria mudar os convênios do jeito que a gente levava para eles na gestão da DRS, mas ele não tem força para mudar algumas coisas dentro do HC porque a secretaria do estado tem que fazer a gestão do HC ...

E6 – MED: O HC mostra mais uma vez para mim desorganização porque não tem os processos, se preocupam com tantas outras coisas.

Grande tema: efetividade da assistência em saúde

A qualidade da assistência

A qualidade técnica da assistência em saúde é reconhecida em vários pontos do corpus de entrevistas, porém é ressaltado falha na questão da espera para atendimento ambulatorial e hospitalar, o que se reflete em um atendimento pouco humanizado.

E6 – MED: ...vamos falar uma coisa, você vai ao ambulatório do HC numa da tarde e vai embora as sete da noite, isso é qualidade? Se eu for ver o plano de humanização talvez não

...talvez falhe um pouco na questão de humanização, que também é uma questão de qualidade

E6 – MED: ...em contrapartida o atendimento dele é bom. As pessoas são preocupadas, elas cuidam do paciente, da parte de internação, da parte cirúrgica, eu não acredito que tenha uma falha de qualidade de uma assistência direta...

Contribuição de indicadores de satisfação do usuário

A importância de outros indicadores como instrumento de avaliação da qualidade da assistência também foi destacada. O mais percebido como relevante foi o de satisfação do usuário.

E1 – ENF: ...o HC sempre teve avaliações do usuário muito boa, a taxa dele sempre teve alta. Reclamação também [esteve boa], tanto na parte ambulatorial quanto de internação. Outra avaliação que a gente faz é da ouvidoria. A ouvidoria eles também têm assim uma alta resolução, a gente não tem problema nessa parte

E2 – ECO: ...acredito que ele esteja adequado, porque ele tem tanta avaliação do paciente como também a questão do clima organizacional da empresa, absenteísmo...

E5 – ADM: ...indicadores de qualidade das comissões que se reúnem, de ouvidoria, são vários indicadores, até de resíduos, o que faz com os resíduos. Então é importante, eu acho que não reflete 100% a instituição, o que é a instituição, mas eu acho necessário

Grande tema: eficiência da qualidade da assistência e da gestão

Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP

O subfinanciamento do SUS, que impacta a eficiência da gestão e da assistência, foi destacado pelos entrevistados, tanto se referindo ao subfinanciamento da tabela de procedimentos do SUS quanto ao teto financeiro a que o hospital está limitado. Destacaram que é fator limitante e decisivo para a oferta de serviços e da qualidade da assistência. Na percepção de um entrevistado o custo do Hospital das Clínicas é elevado e superior aos recursos que recebe

para o custeio.

E1 – ENF: ... desse jeito que está ela [tabela SUS] continua tendo um valor irrisório, então a gente tem que rever as metas e não está sendo bem utilizado

E1 – ENF: ... o custo do HC é bem alto, porque ele é mais terciário, né? O custo desse paciente é realmente mais alto, na urgência esse paciente também tem um custo maior, mas o recurso que a gente recebe é inferior

E3 – ADM: ...o SUS a gente vê que é meio subfinanciado e não supre nossa necessidade...
... esse teto já é ruim porque você acaba ultrapassando o teto, quanto mais você faz, parece que você está perdendo o teto

Visão positiva da gestão financeira

Na percepção de dois entrevistados, ligados à gestão do HC, o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, principalmente pela gestão de preços e insumos, com diminuição dos preços pelo acompanhamento de pregão.

E2 – ECO: O hospital tem, na medida do possível, um acompanhamento dos custos hospitalares e às vezes a gente faz muito, muito na medida do possível da comparação de preços que outras instituições pagam por aqui, na medida que a gente é obrigada a participar de licitação...

E7 – MED: ...o que eu tenho visto atualmente é que a gente tem tentado se mexer para um momento mais criativo da gestão financeira, por exemplo o quanto você conseguiu baixar do preço programado no momento da contratação do pregão...

Visão negativa da gestão financeira

Dificuldade em fazer a gestão financeira e interferência nos custos hospitalares, não conseguindo acompanhar a evolução da inflação ao longo do período do convênio, impactando no teto financeiro.

E7 – MED: ...é importante acompanhar custo, por exemplo o custo do paciente leito dia, são indicadores que te diz mais ou menos se você não está tendo coisas estranhas, né? ... De uma maneira em geral, vai aumentando paulatinamente porque tem inflação e os insumos seguem os preços ... então de novo ele diz pouco sobre a qualidade e gestão financeira geral, uma vez que você estabelece uma série histórica você não conseguir falar assim: nós vamos diminuir 10% o custo de leito dia, isso não é viável. O hospital não tem meios de fazer sua função, seu custo é um custo fixo...

DISCUSSÃO

No que se refere ao acesso medido por meio de internações hospitalares, não se verificou diferença significativa antes e depois da mudança do convênio, apesar de ligeira melhora. Isso poderia ser explicado pelo limitado investimento em saúde que o governo fez durante o período, sem expansão significativa do número de leitos e profissionais, nem mesmo com a mudança da modalidade de gestão. Para a angioplastia verificou-se uma mudança significativa nas tendências, com melhora na oferta do procedimento. Isso vai ao encontro do que se observa com novas tecnologias médicas que oferecem resultados de eficácia tão bons ou melhores que as antigas, mas sendo menos é o custo menor destes procedimentos em relação a procedimentos cirúrgicos abertos.

Os dados qualitativos apontam para uma dificuldade do acesso aos serviços hospitalares, notadamente internação, com dificuldade para casos novos, repercutindo na fila de espera. Outra crítica é sobre a gestão da agenda que não é feita de forma equânime. Em relação à contrarreferência vinda do hospital, foi relatado dificuldade em recebê-las, assim como obter informações clínicas necessárias quando o paciente retorna para Atenção Primária, além da dificuldade do hospital em participar de um sistema eletrônico de contrarreferência, o que facilitaria a troca de informações e agilidade no atendimento. Os dados comparados convergem e mostram que existe uma deficiência em oferecer vagas hospitalares de internação.

Para a avaliação da efetividade da assistência os indicadores de mortalidade não mostraram mudança significativa após a intervenção, em que pese os indicadores de mortalidade institucional e UTI pediátrica indicarem tendência de queda, apesar do número de casos deste último indicador ser de pequena monta. Isto pode dificultar a interpretação em seu nível de significância estatística. A mortalidade por IAM teve aumento na tendência do número de casos, mas sem significância, também sofrendo interferência de reduzido número de casos. Uma outra interpretação para a indiferença destes indicadores é que em hospitais terciários, com práticas e modelos de atenção consolidados, não se espera grandes variações no número de óbitos, pois já existe um padrão de assistência desenvolvido ao longo do tempo, baseado em boas práticas. Entretanto, também reflete uma limitação em se conseguir alguma melhoria na assistência com a mudança na modalidade de gestão do convênio. Quanto ao indicador de partos vaginais, observa-se uma redução significativa do número de casos, o que é indesejável, considerando que o parto natural oferece melhores resultados à parturiente e ao nascituro, evidenciando que a mudança contratual não trouxe benefício neste aspecto da atenção.

Os dados qualitativos mostram que a qualidade técnica da assistência em saúde é reconhecida por vários entrevistados. Foi destacado que a ausência de indicadores de mortalidade não é relevante, uma vez que o hospital possui taxas estáveis destes indicadores e que sua interpretação é difícil, em função da complexidade da assistência do hospital que atende a

pacientes com maior gravidade e complexidade de doença; indicadores de satisfação do usuário são mais úteis como instrumento de avaliação da qualidade da assistência, que mostraram a espera para atendimento ambulatorial e hospitalar, percebida como inadequada em função do elevado tempo de espera para o atendimento.

A comparação dos dados mostra concordância entre percepção da limitação de indicadores de mortalidade enquanto elemento capaz de traduzir variação na qualidade da assistência e o comportamento destes indicadores ao longo da pesquisa. Em relação à partos naturais ter diminuído, não houve um posicionamento por parte dos entrevistados, mostrando desatenção a um indicador que teve comportamento inadequado, em um hospital de ensino.

Para a avaliação da efetividade da gestão, não foi utilizado dado quantitativo. Apesar de não ser possível a avaliação comparada, é possível trazer à discussão importantes aspectos percebidos pelos entrevistados. Segundo eles, o hospital consegue manter oferta de serviços constante, demonstrando efetividade dos serviços. Entretanto, também foi relatada a dificuldade em fazer a gestão da oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais e estruturais do hospital.

Em relação ao uso de indicadores e metas contratuais como instrumento gerencial foi destacada a importância para o direcionamento da atenção em saúde, controle, prestação de contas e planejamento. Entretanto, críticas foram feitas a indicadores de primeira consulta, “produtivistas” e financeiros, como o de custo médio e de quantidade de atendimento. É compreensível tal crítica uma vez que a falta de revisão deste quantitativo ao longo do acompanhamento anual, e em função da dinâmica da demanda, tornaria a análise meramente cartorial e de caráter anuente, não se prestando a finalidade de ponderar a oferta e a demanda, com adequação no Plano Operativo Anual.

Falhas na pontuação do alcance da meta foram apontadas. Isto é um viés recorrente que pode ser observado na atuação das comissões de acompanhamento. Algumas vezes o erro de confundir um provável potencial da instituição de atingir a meta analisada, em função de uma qualidade gerencial positiva percebida pelos integrantes da comissão, ou por um bom desempenho histórico até aquele momento da avaliação, endossaria tal comportamento inadequado.

Outro aspecto foi a importância das reuniões da comissão de acompanhamento, que foram percebidas como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio, apesar de momentos de tensão e falta de resolução frente aos problemas apontados em reunião. As reuniões de acompanhamento são fundamentais e decisivas para a qualidade da gestão do convênio. É o momento de colocar na mesa o que está sendo percebido como desenvolvimento do POA e dos imperativos contratuais, e portanto do cumprimento das metas.

Também é o espaço de compartilhar experiências e percepções do desempenho global da assistência e da gestão. É o momento de se redefinir rumos e estratégias.

Quanto à visão geral da efetividade da gestão, a maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias para a gestão do hospital e da qualidade da assistência. Entretanto, críticas apontaram que o hospital está sendo administrado por interesses diversos e gestores não qualificados, além de falta de processos de trabalho, de envolvimento em níveis de rede, da participação de pessoas pouco representativas na gestão. Esta percepção ambígua da mudança de gestão contratual é observada em outros trabalhos que também utilizaram dados qualitativos.^{17, 18} Pode ser parcialmente explicado pelas diversas faces que compõe o termo gestão contratual, que engloba o planejamento das ações, a viabilização dos objetivos, elaboração das metas, alocação de recursos, execução do valor empenhado, monitoramento e avaliação do desempenho. Portanto, podemos inferir que não terão um desempenho uniforme, em qualquer instituição hospitalar.

Para a avaliação da eficiência foram definidos o valor médio pago por internação de média complexidade e o tempo médio de permanência, que apresentaram tendência de queda, porém sem variação significativa. No caso do primeiro, é necessário considerar a defasagem dos valores repassados aos hospitais, causa de parte do subfinanciamento da saúde, pois a correção da tabela de referência de pagamentos não é feita com a necessidade econômica que a realidade dos custos hospitalares impõe. Isto pode trazer viés de interpretação do indicador, uma vez que poderia estar sendo prestado um mesmo nível de assistência com menos recursos, que foram defasados por processo inflacionário e de majoração de custos. Para o indicador de colecistectomia videolaparoscópica houve aumento significativo na realização deste procedimento, o que é desejável, uma vez que se trata de intervenção menos cruenta e com resultados equivalentes ao procedimento convencional, mostrando uma possível melhoria na gestão da oferta deste tipo de procedimento. Entretanto, poderia estar acompanhando uma tendência universal de se utilizar este tipo de procedimento menos invasivo e de maior facilidade técnica, sendo uma opção do médico assistente e não uma determinação da gestão.

Os dados qualitativos trouxeram informações a respeito do subfinanciamento do SUS e foi apontado que o subfinanciamento da tabela de procedimentos do SUS é um dos problemas principais. Esta crítica é muito recorrente entre gestores do SUS e é pertinente. Quando se compara outros sistemas de saúde no modelo beveridgiano, como o canadense, o inglês, espanhol, e que possuem uma lógica de financiamento parecida com a brasileira, percebe-se que os recursos do SUS são muito inferiores, na comparação per capita e corrigidos pela paridade do dólar, além de que os investimentos públicos em saúde estão aquém do necessário¹⁹

Quanto ao teto financeiro, destacaram que é fator limitante para a oferta de serviços e da

qualidade da assistência. Desafios em fazer a gestão financeira devido a custos hospitalares crescente faz com que tenham dificuldade em acompanhar a evolução da inflação, impactando na eficiência. Foi relatado que o custo do hospital é elevado e superior aos recursos que o convênio recebe para o custeio. É uma percepção compartilhada por parte significativa dos gestores de hospitais públicos. A limitação contratual de alocação de recursos, aliado a limitação em acompanhar a dinâmica dos custos hospitalares, em um país em que a instabilidade econômica é a regra, traz dificuldades de se fazer a gestão financeira. As revisões contratuais e dos recursos geralmente são feitas a cada cinco anos, e via de regra não acompanham as necessidades de custos que o hospital tem.

Por outro lado, alguns entrevistados tiveram a percepção de que o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, principalmente pela gestão de preços e insumos pela atuação em pregões de compra. Fazer mais com menos é uma citação recorrente por gestores que tem demanda crescente. E as estratégias de mercado baseadas na concorrência lícita de fornecedores muitas vezes é saída encontrada.

Na comparação dos dados percebe-se associação entre variação sem significância de indicadores quantitativos e recursos insuficientes citados. Pode-se dizer que em função da limitação do financiamento percebida, não seria esperado melhorias no desempenho dos números, uma vez que um depende quase que invariavelmente do outro. Entretanto, e aparentemente de forma paradoxal, o melhor desempenho de um indicador com significância poderia estar associado ao bom desempenho dos gestores, mesmo com restrições orçamentárias.

A literatura tem mostrado que o novo modelo de gestão baseado em desempenho tem trazido mudanças para os hospitais públicos de ensino, como alocação de recursos atreladas a metas, permitido transparência na prestação de contas, melhoria da assistência impulsionada pela pesquisa de satisfação dos usuários e atuação das comissões intra hospitalares, integração e conhecimento maior com o SUS, parceria com gestor municipal, melhoria na qualidade da assistência.

Entretanto, resultados desfavoráveis têm sido preponderantes observados na avaliação e mostram aspectos negativos, como o que a política não conseguiu produzir uma nova lógica de gestão e complacência em relação a postura dos gestores no acompanhamento das metas, com precário funcionamento das comissões de avaliação; não foram incorporados novos recursos para ampliação de serviços ao SUS ²⁰, frágil associação entre contratualização e mecanismos de inserção na rede ²¹; desconhecimento da contratualização; que recursos físicos, humanos e a taxa de ocupação hospitalar entre os hospitais contratualizados e não contratualizados não apresentaram diferenças significativas ²²; não houve melhora dos indicadores de desempenho e que a

implantação desta política não foi capaz de produzir os resultados esperados por esta nova modalidade de gestão ²³.

O que chama a atenção é a contradição e a ambiguidade das conclusões. Isto pode ser explicado, ao menos em parte, pelas visões diferentes que os responsáveis pelo acompanhamento do convênio têm desta nova modalidade, uma vez que este tipo de abordagem permite estas visões diferentes. ¹⁷

CONCLUSÃO

A avaliação geral dos dados indica não ter havido mudanças significativas, tanto para a qualidade da assistência médica quanto à qualidade da gestão hospitalar. A análise estatística mostra uma tendência de melhoria em sete dos nove indicadores, mas com nível de significância para apenas dois deles. Em contrapartida, dois indicadores mostraram tendência de piora no seu desempenho, sendo que em um deles esta piora foi estatisticamente significativa. Em relação aos dados qualitativos, podemos inferir que os entrevistados perceberam melhora na efetividade da gestão, sem entretanto haver melhoria que pudesse claramente ser depreendida das falas quanto às demais subdimensões. Na análise fundida dos dados observou-se concórdância para a maioria dos dados analisados, com os dados qualitativos corroborando o que os quantitativos mostraram: para a maior parte dos dados não houve mudança significativa na comparação antes e depois da mudança de modelo.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 118-137, mar. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S10.
- 2- MACHADO R. C., FORSTER A. C. Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP. **Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná**, Curitiba; v. 18, n. 1, pag. 81-89, 2017.
- 3- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização. **Série C: Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília:Ministério da Saúde, 2012. 90 p. : il. ISBN 978-85-334-1906-3.
- 4- CRESWELL, J. W. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. - Tradução: Magda França Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2013.
- 5- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP**. Disponível em: < <https://site.hcrp.usp.br/hcfmrp-em-numeros/>>. Acesso em: 30 mai. 2023.

- 6- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, 2008. 349 p.
- 7- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. Compromisso com a Qualidade Hospitalar. **3º Caderno de Indicadores CQH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2009. 92 p.
- 8- FIOCRUZ. Programa de Avaliação do Desempenho de Sistemas de Saúde. **Matriz de indicadores**. Disponível em <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=princ>>. Acesso em: 12 jan. 2021.
- 9- MENDES, L.H.S. Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa UNIPLUS. **União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS**, 5ª ed. São Paulo, 2018.
- 10- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Lisboa: Edições 70, 2015.
- 11- FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.
- 12- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de conteúdo**. 1. ed. Campinas, SP: Editora Autores Associados, 2021. *E-book*
- 13- FETTERS, M. D.; FRESHWATER, D. Publishing a Methodological Mixed Methods Research Article. **Journal of Mixed Methods Research**, vol. 9(3) 203–213, 2015.
- 14- BERNAL, J.L.; CUMMINS, S.; GASPARRINI, A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. **Int J Epidemiol.** , 46(1):348-355. 2017.
- 15- R CORE TEAM (2021). **R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing**, Vienna, Austria. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>. Acessado em: 20 ago 2022.
- 16- CAMPOS, C. J. G. Métodos de Análise de Conteúdo: ferramenta para análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-4, Set/Out, 2004.
- 17- AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A.; TEIXEIRA, R. A. G.; CHAVES, E. O. Aspectos identificados no processo de contratualização em um hospital público de ensino. vol. 2. **Atas CIAIQ2019**. Lisboa, 2019.
- 18- NOGUEIRA, D. L.; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I. M. N; LINHARES, M. S. C. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 39 (1):151-158, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e00772014>.
- 19- MARQUES, R. M; MENDES, A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 21, n. 2 (45), p. 345-362, 2012

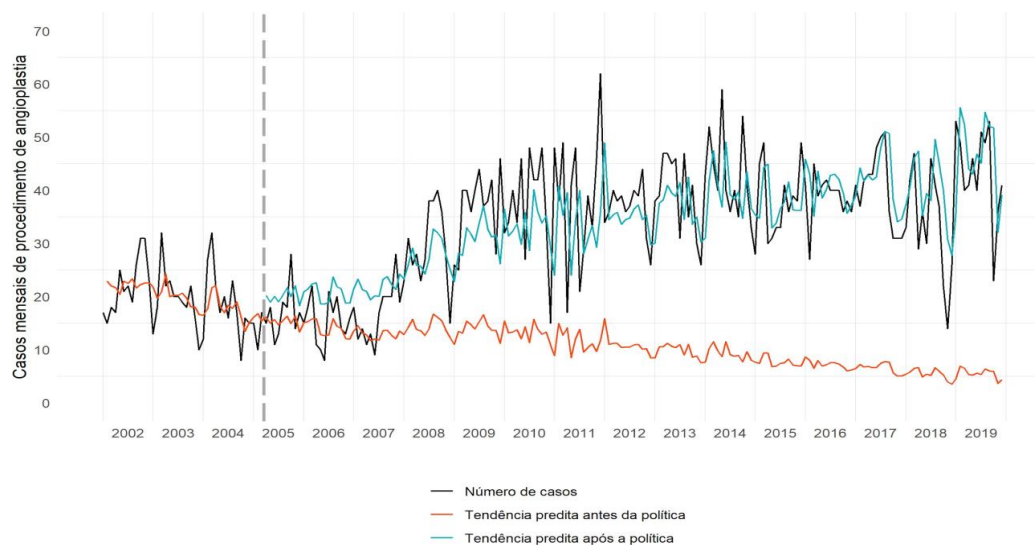
- 20- CHIORO, A. et al. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 26(11):5691-5700, 2021.
- 21- LIMA, S. M. L; RIVERA, F. J. U. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(9):2507-2521,2012.
- 22- ANDREAZZI, M. F. S., GOMES, L. S., PÉREZ, M. A., AZEVEDO, N. R. P. & D'ALMEIDA, L. Um olhar exploratório sobre hospitais universitários federais selecionados segundo modelos de gestão de 2012 a 2017. **Rev. gest. sist. saúde**. São Paulo, 10(3), 238-252. Set./Dez. 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i3.17204>>. Acesso em: 08. dez. 2022.
- 23- FERLIN, M. **Avaliação dos Hospitais Universitários Federais sob Gestão Compartilhada Com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Santa Maria, RS, 2020.

Apêndice 1. Acesso

Figura 1. Número de casos e tendências de internação hospitalar antes e após a intervenção



Figura 2. Número de casos e tendências de angioplastias antes e após a intervenção.



Apêndice 2. Efetividade. Figura 3. Número de casos e tendências de óbito institucional antes e após a intervenção

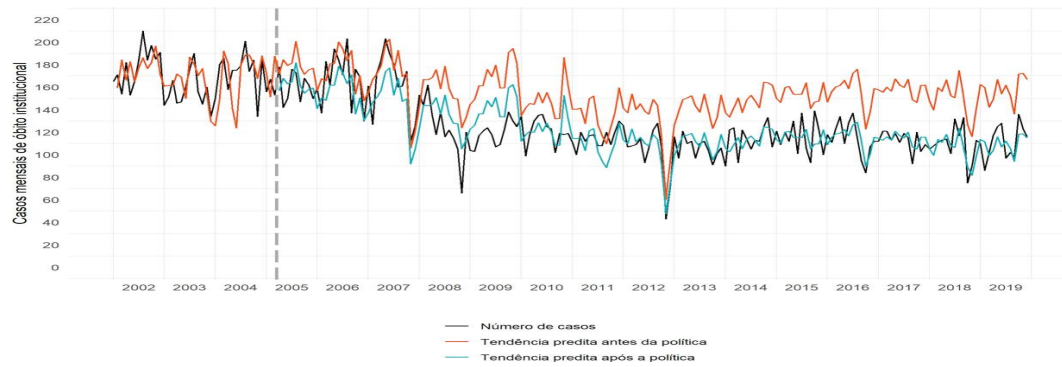


Figura 4. Número de casos e tendências de óbitos por IAM antes e após a intervenção

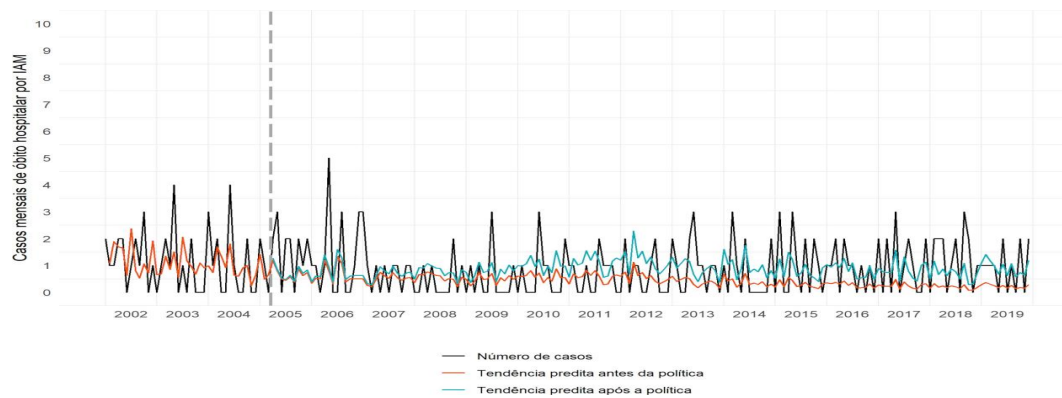


Figura 5. Número de casos e tendências de óbitos em UTI pediátrica antes e após a intervenção

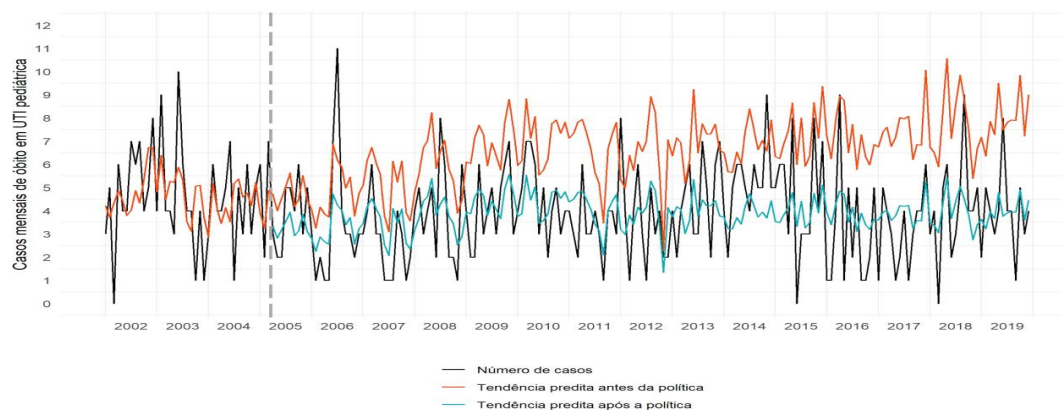
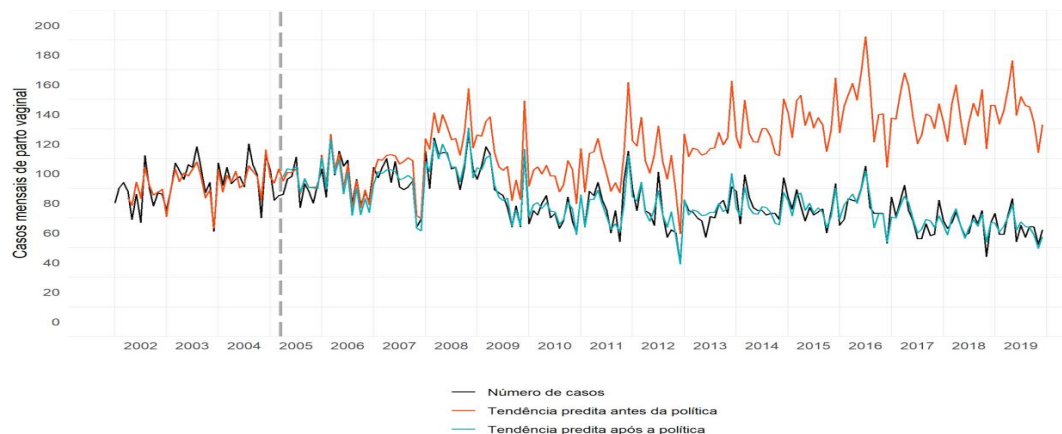


Figura 6. Número de casos e tendências de partos vaginais antes e após a intervenção



Apêndice 3. Eficiência

Figura 7. Valor médio pago por internação de média complexidade antes e após a intervenção

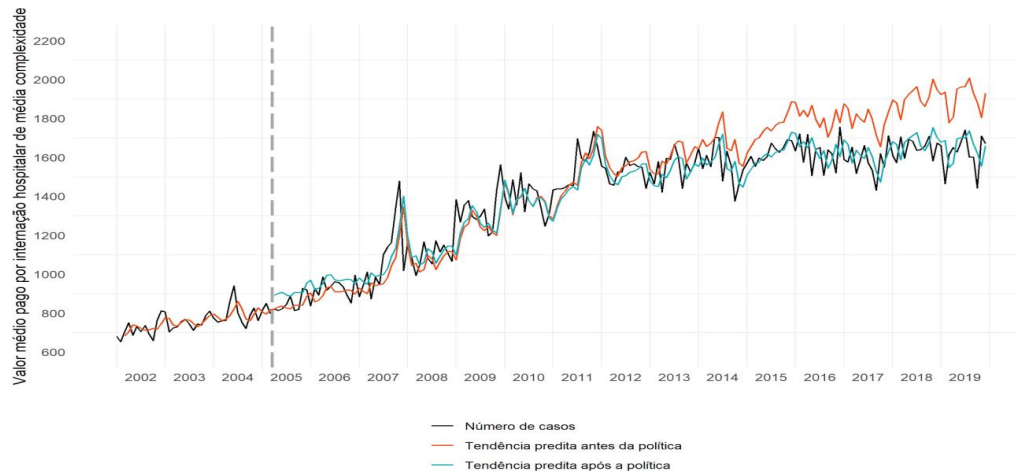


Figura 8. Tempo médio de permanência hospitalar, 2002 a 2019

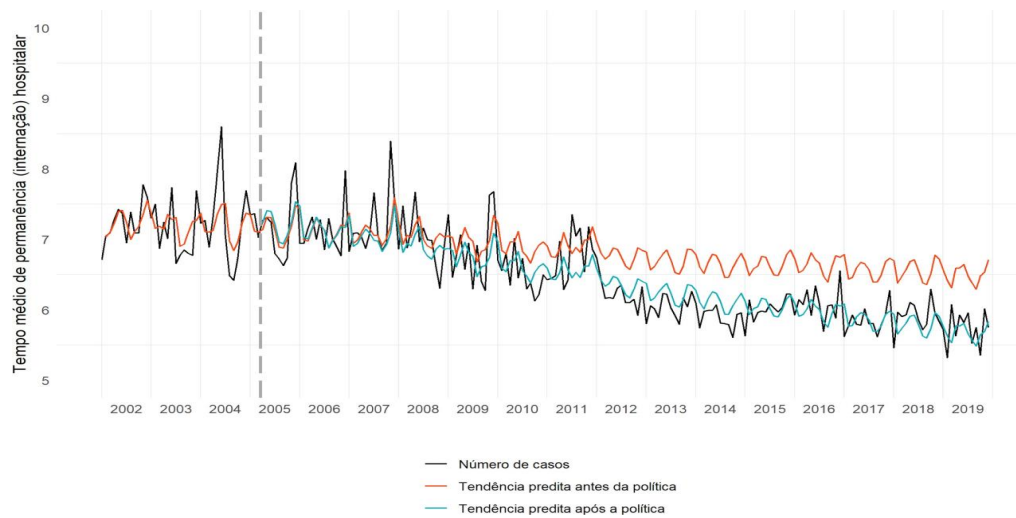
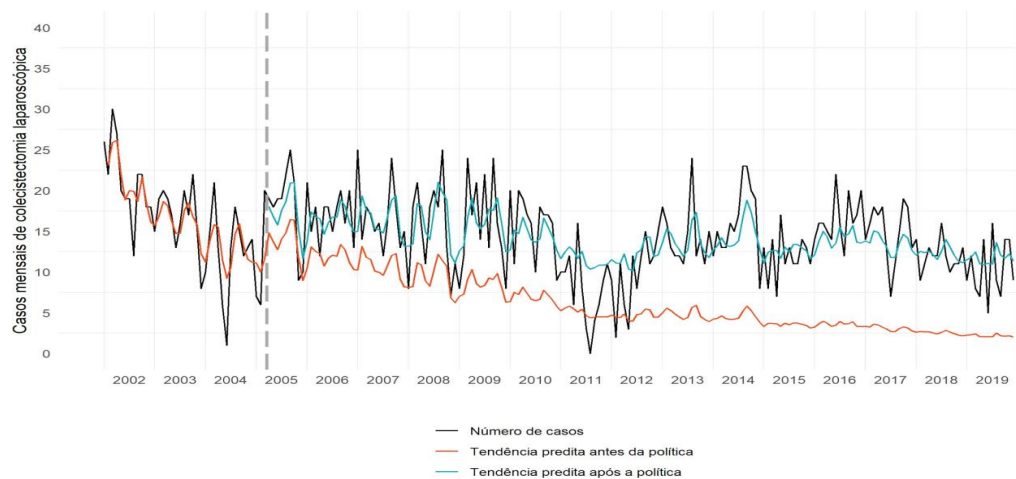


Figura 9. Número de casos e tendências de colecistectomia videolaparoscópica antes e após a intervenção



ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO –USP PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.

Ilmo. Prof^ª Dr^ª.: Maria Eulália Lessa do Valle Dallora

Dirigente da Assessoria Técnica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – FMRP-USP.

Solicitamos autorização desta instituição para realização da pesquisa intitulada “Avaliação da qualidade da assistência e gestão hospitalar em hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo, sob contrato de gestão estadual” a ser realizada junto ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP, pelo aluno do doutorado Renato Carlos Machado, sob a orientação da Profa. Aldaísa Cassanho Forster, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FMRP - USP. A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência e da gestão de dois hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo (Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – FMRP-USP e o Hospital das Clínicas de Botucatu - Unesp) que aderiram ao Contrato de Gestão dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, junto a Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. **Para tanto, gostaríamos de autorização para realizar entrevistas dos funcionários vinculados ao hospital, que participaram ou ainda participam, da comissão de acompanhamento do contrato de metas.**

Aproveitamos a oportunidade para solicitar, também, **autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final deste trabalho, bem como em futuras publicações científicas.** Os dados coletados serão mantidos em sigilo conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

Sem mais para o momento, agradecemos e ficamos à disposição para esclarecimentos.

Ribeirão Preto, 03 de dezembro de 2021.



Aldaísa Cassanho Forster

Docente responsável pela orientação do projeto.

Dr. Renato Carlos Machado

Pesquisador responsável pelo projeto

() Concordamos com a solicitação

Prof (a). Dr (a): _____

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PAULOPROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**(Resolução CNS 466/2012)**

Eu, Renato Carlos Machado, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, sob a orientação da Profa. Aldaísa Cassanho Forster, o (a) convido a participar da pesquisa “Avaliação da qualidade da assistência e gestão hospitalar do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, em hospitais do interior do estado de São Paulo”. A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência e da gestão de dois hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo, que aderiram ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS, do governo federal.

É reconhecida a questão da dificuldade de disponibilização e alocação de recursos financeiros para o custeio da assistência em saúde hospitalar, em nosso país. Outra questão é a qualidade da assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar. Considerando os métodos modernos e eficientes que a administração pública pode dispor para melhorar a avaliação da qualidade da gestão e assistência hospitalar, essa pesquisa busca por conhecimentos que podem contribuir com essas melhorias na elaboração e revisão de programas e políticas de saúde, integrando um corpo de resultados cientificamente produzidos.

Você foi selecionado (a) por ser ou ter sido participante da comissão de acompanhamento de convênios ou contratos vinculados ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no seu caso vinculado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Você será convidado a responder uma entrevista semiestruturada, com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho de acompanhamento dos contratos de metas. A entrevista será individual e realizada por meio digital via internet, utilizando uma plataforma de vídeo conferência, de forma síncrona, ou no próprio local de trabalho ou em outro local, se assim o preferir, com duração estimada de uma hora.

As perguntas não serão invasivas à intimidade dos participantes, entretanto esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações, e também constrangimento e intimidação, pelo fato do entrevistado ainda trabalhar na mesma instituição que está sendo pesquisada. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Nessa situação, serão retomados os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer motivo, o pesquisador irá orientá-lo e encaminhá-lo para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Pública e para a construção de novos conhecimentos.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. Caso haja algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a indenização legalmente determinada. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador ou à instituição em que trabalha. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídos letras, símbolos ou qualquer outra forma anônima de registro, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em vídeo das entrevistas, como preferir. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pelo pesquisador, pela orientadora do projeto e por mais um profissional membro da equipe de pesquisa e experiente nessa ação, garantindo que se mantenha o mais fidedigno possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes que terão livre acesso aos dados colhidos para validação das informações. A transcrição das gravações feitas nos encontros será realizada na íntegra pelo pesquisador e por mais um colaborador, membro da equipe de pesquisa. Essas transcrições serão comparadas para verificar a concordância entre elas, garantindo a fidelidade à gravação.

Você receberá uma via deste termo, assinada e rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá

tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)**.

Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que são realizadas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é localizado no subsolo do hospital e funciona de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00hs, telefone de contato (016)3602-2228.

Pesquisador Responsável:

Endereço: Rua Alberto José Ismael, 217 Bairro Quinta das Paineiras CEP:

15080-410 São José do Rio Preto – SP.

Contato telefônico: (17) 997747134

E-mail: rcmachado-66@usp.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Local e data:

Local e data:

Nome e assinatura do Pesquisador

Nome e assinatura do Participante

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HCRP – USP.**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade da assistência e gestão hospitalar em hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo, sob contrato de gestão estadual.

Pesquisador: RENATO CARLOS MACHADO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 56597822.6.0000.5440

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.384.544

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa “Avaliação da qualidade da assistência e gestão hospitalar em hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo, sob contrato de gestão estadual”, é apresentado por Renato Carlos Machado, juntamente com Prof.a Dra. Aldaisa Cassanho Forster, docente da FMRP-USP, tendo como colaborador Fabiana Costa Machado Zacharias. Os proponentes justificam o presente estudo com a argumentação que “E reconhecida a dificuldade de disponibilização e alocação de recursos financeiros para o custeio da assistência em saúde hospitalar, em nosso país. Esta é uma questão cara aos gestores da saúde que frequentemente os coloca em situação de dúvidas quanto ao melhor caminho a seguir, considerando os limitados recursos. Outra questão é a qualidade da assistência em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar. Considerando os métodos modernos e eficientes que a administração pública pode dispor para melhorar a avaliação da qualidade da gestão e assistência hospitalar, essa pesquisa busca conhecimentos que podem contribuir com melhorias na elaboração e revisão de programas e políticas de saúde, integrando um corpo de resultados cientificamente produzidos, pesquisando os resultados da assistência e gestão frente a nova modalidade de financiamento e alocação de recursos que estes dois hospitais de ensino adotaram, por meio de contrato ou convenio de gestão.” Para seu desenvolvimento é proposto como cenário “Hospitais de ensino de nível terciário do interior do estado de São Paulo que tem contrato ou

convenio com o SUS, na modalidade de contrato de metas para a gestão, e aceitem participar do estudo. A seleção dos hospitais será feita por amostragem de conveniência.” Os dados quantitativos serão obtidos de fonte secundárias, eles são “...indicadores relacionados a qualidade da assistência e da gestão hospitalar. Serão coletados nos Sistema de Informação Hospitalar do Data SUS e tabulados pelo TabWin, versão 4.15, para o período de estudo”. Os indicadores apresentados para os dados quantitativos versam três domínios, acesso, efetividade e eficácia, são apresentados os itens que compõe cada um deles.” Eles serão obtidos por meio de “... entrevistas semi estruturadas, com os integrantes das comissões de avaliação do contrato de gestão, por meio digital remoto (online) e gravadas.” As questões que irão compor a entrevista estão agrupadas em três tópicos, Perfil do entrevistado, Formação em gestão de serviços e Percepção do Desempenho da Comissão de Avaliação, ao todos são 15 questionamentos.

Objetivo da Pesquisa:

Os pesquisadores apresentam como objetivo geral “avaliar a qualidade da assistência e da gestão de dois hospitais de ensino do interior do estado de São Paulo, que aderiram a modalidade de contrato ou convênio de gestão, com a Secretaria Estadual da Saúde do estado de São Paulo, utilizando plano de metas de qualidade.” São três os objetivos específicos: a) “avaliar a qualidade da assistência em saúde dos hospitais contratualizados quanto às dimensões do acesso, efetividade e adequação”; b) “avaliar a gestão dos hospitais contratualizados quanto à dimensão da eficiência”; c) “analisar qualidade da gestão na percepção dos envolvidos com a avaliação dos contratos de metas firmados pelos hospitais.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios envolvidos no desenvolvimento do projeto, os autores pontuam “Riscos: quebra de sigilo das informações prestadas durante a entrevista, porem os pesquisadores se comprometem em não divulgar os dados; cansaço e estresse dos entrevistados. Benefícios: novas informações a respeito do desempenho dos contratos de gestão em estudo pode trazer benefício coletivo, com possibilidade de melhorias no planejamento e gestão em saúde, além de estimular novas pesquisas.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

No projeto, item metodologia, os autores descrevem que farão parte da pesquisa dois hospitais “Hospitais de ensino de nível terciário do interior do estado de São Paulo que tem contrato ou convenio com o SUS, na modalidade de contrato de metas para a gestão”, ainda, que eles serão escolhidos por amostra de conveniência, e são devidamente identificados. Em relação aos

participantes para da entrevista é apresentada a casuística de 18, todos integrantes “ ... das comissões de avaliação do contrato de gestão..”.

Quanto a entrevista, elas serão transcritas pelo pesquisador principal, pelo orientador e por mais um profissional colaborador, com experiência em pesquisa qualitativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta é acompanhada: Folha de Rosto da Plataforma Brasil; Projeto com Informações Básicas: orçamento; cronograma; projeto na íntegra; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e Termo de Anuência dos hospitais.

O projeto atende os requisitos da Resolução CNS 466/2012, e está aprovado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa -Versão corrigida 2 22/04/2022, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Versão corrigida.2 22/04/2022, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1884297.pdf	26/04/2022 22:57:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEV2.docx	26/04/2022 22:56:44	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOR2.docx	26/04/2022 22:56:02	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Cronograma	CronogramaV2.docx	26/04/2022 22:55:36	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito

Página 03 de

Recurso Anexado pelo Pesquisador	Carta_respostaVR2.doc	26/04/2022 22:54:45	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	12/04/2022 19:07:25	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Cronograma	CronogramaR1.docx	12/04/2022 19:05:40	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado /	PROJETOR1.docx	12/04/2022	RENATO CARLOS	Aceito

Brochura		19:02:14	MACHADO	
Investigador				

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEV1.docx	12/04/2022 19:01:27	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Ausência				
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO.pdf	09/03/2022 20:10:24	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Investigador				
Cronograma	Cronograma.docx	09/03/2022 20:09:38	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	08/03/2022 18:21:42	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Ausência				
Orçamento	OrcamentoUPC.pdf	08/03/2022 18:18:33	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Outros	BotucatuHC.pdf	08/03/2022 18:16:08	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Declaração de concordância	HCRPA.pdf	08/03/2022 18:14:49	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	28/01/2022 12:55:57	RENATO CARLOS MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 03 de Maio de 2022

**Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador(a))**

Figur Projeto convergente para coleta e análise de dados.