

MODELO GERENCIAL DE UM HOSPITAL: UMA NOVA PERCEPÇÃO DOS SERVIÇOS A PARTIR DE MUDANÇAS NA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL

LUIZ ROBERTO CALADO

*Post Doc, Law & Economics
University Of California, Berkeley
luiz.calado@alfa.br*

MARCUS VINICIUS RODRIGUES LIMA

*Mestre em Administração
Faculdade Alves Faria
marcus.lima@alfa.br*

RESUMO

Objetivo: O Sistema Único de Saúde é considerado uma das maiores organizações de Saúde Pública do mundo, no entanto, após vinte e cinco anos de existência ainda apresenta dificuldades. Assim, buscou-se analisar e descrever como os pacientes, médicos e gestores de um hospital notam a mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam a partir da mudança da arquitetura organizacional.

Design/Metodologia/Abordagem: Desde 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foi construído um modelo de administração por objetivos, com ênfase nos modelos de gestão burocrático weberiano, a partir da chamada “Nova Administração Pública”. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, que buscou compreender a percepção dos participantes acerca da mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam.

Resultados: Para os médicos, a percepção da mudança parte das condições que eles dispõem para realizar o atendimento e, para os gestores, o atendimento do hospital chegaria a excelência se os governos atuassem de forma eficiente na distribuição dos pacientes para que, cada unidade de saúde, possa, dentro de sua capacidade, prestar o atendimento devido.

Palavras-chave: Organizações sociais. Hospital. Arquitetura organizacional.

MANAGEMENT MODEL OF A HOSPITAL: A NEW PERCEPTION OF SERVICES TO CHANGE FROM THE ORGANIZATIONAL ARCHITECTURE

ABSTRACT

Purpose: Brazil's Unified Health System (SUS) is considered one of the world's largest Public Health organizations, however, after twenty-five years of existence it still presents difficulties. Thus, this paper sought to analyze and describe how patients, doctors and managers of a hospital notice the change on services' levels of effectiveness from the change in organizational architecture.

Methodology: Since 1995 with the Master Plan for the State Apparatus Reform a model of management by objectives was built with emphasis on Weberian models of bureaucratic management from the so-called "New Public Management". Therefore a qualitative research was conducted in order to understand the participants' perception about the change on the efficiency levels of the services used by them.

Results: For doctors, the perception of change starts from the conditions they have to perform the treatment and, for managers, hospital care would reach excellence if acted efficiently in the distribution of patients so that each health unit could, within its capacity, provide adequate care.

Keywords: Social organizations. Hospital. Organizational architecture.

I INTRODUÇÃO

Criado pela Constituição Federal brasileira de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado uma das maiores organizações de Saúde Pública do mundo. Seu objetivo principal é oferecer um serviço de saúde de qualidade a todo e qualquer cidadão, abrangendo desde o atendimento ambulatorial até os mais complexos procedimentos. No entanto, após vinte e cinco anos de existência, mesmo apresentando muitos avanços, o SUS ainda não conseguiu atingir a meta para o qual foi criado, ou seja, prestar serviços de saúde pública a toda população brasileira, com equidade, qualidade e universalidade, o que tem gerado grande insatisfação por parte da população.

No Brasil, a primeira referência em termos de reforma, se deu em 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, iniciado na primeira gestão do governo de Fernando Henrique Cardoso. Focado na descentralização para o fortalecimento das funções de regulação e coordenação do Estado, com separação das atividades de regulação das de execução, transferiu-as para o chamado “setor público não-estatal”, representado pelas organizações sociais, ficando a produção de bens e serviços para o mercado.

Nessa perspectiva, o Governo do Estado de Goiás, por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), na tentativa de minimizar os problemas e tornar mais ágeis todos os processos que envolvem os serviços de saúde, pautado na Lei Federal nº. 9637 de 15 de maio de 1998, que criou a figura das Organizações Sociais (OS), assumiu a proposta de descentralizar a gestão dos hospitais públicos de maior demanda sob sua responsabilidade, promovendo a sua reorganização administrativa, a partir do estabelecimento de metas, com foco em resultados, por meio de um contrato de gestão.

Assim, a partir de maio de 2012, o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), teve sua gestão repassada para uma Organização Social, o Instituto Gerir. O HUGO é uma Unidade pública de saúde vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de Goiás (SES/GO) – criado pelo Decreto 2.740, de 11 de junho de 1987 e estruturado pelo Decreto 3.522 de 19 de setembro de 1990. Seus serviços foram disponibilizados à sociedade em dezembro de 1991, possuindo uma área de 28.541,60 metros quadrados. Em 2012, contava com 235 leitos de internação (inclusive para observação), sendo 82% leitos clínicos e cirúrgicos e 18% Unidades de Tratamento Intensivo (UTI).

Assim, o problema central deste artigo propõe o seguinte questionamento: como os usuários do sistema de saúde percebem a eficácia dos serviços que utilizam após a mudança da arquitetura organizacional.

Isto posto, através da revisão teórica e da pesquisa qualitativa, buscou-se compreender a percepção dos participantes a partir da mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam em um hospital. Assim, o artigo apresenta a contextualização do tema; seguido de uma revisão da literatura sobre os modelos de gestão pública adotados no Brasil; apresentação da metodologia; discussão dos resultados e as conclusões.

Ao final, observa-se que, para os médicos, a percepção da mudança parte das condições que eles dispõem para realizar o atendimento e, para os gestores, o atendimento do hospital chegaria a excelência se os governos atuassem de forma eficiente na distribuição dos pacientes para que, cada unidade de saúde, possa, dentro de sua capacidade, prestar o atendimento devido.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Analisando as estruturas organizacionais das empresas, é comum defrontar-se com um dos três tipos de autoridades descritos por Weber (1979, apud MAXIMIANO, 2002) seja carismática, tradicional ou burocrática, cujas características transpassarão no momento em que formarem seus aparatos administrativos, cujo propósito será o de dar sustentação ao poder estabelecido na organização.

Ao invés da estrutura burocrática defendida por Weber (2008), as estruturas carismáticas e tradicionais, consideram a devoção e dedicação ao líder como sendo os dois maiores atributos que possam existir na relação empregado *versus* empregador, em detrimento da capacidade técnica e intelectual. Essas características da composição da estrutura organizacional fazem com que empresas de um mesmo seguimento, com mesmo processo produtivo tenham, segundo declarações de Caves e Barton (1990, p. 2), “diferenças substanciais nos resultados finais”.

Sem desmerecer os méritos dos estudos realizados quanto aos tipos de estruturas organizacionais, as discussões que mais caberiam neste momento seriam em primeiro lugar, saber qual a estrutura mais adequada para que a empresa atinja seus objetivos para, então, saber que tipo de indivíduos fariam parte da estrutura de modo a disseminar a informação no contexto da organização.

A ideia, defendida por Besanko (2006), de que uma estrutura organizacional ótima para uma empresa depende das circunstâncias que ela enfrenta, remete-nos à ideia de que as organizações ajustam-se permanentemente aos avanços tecnológicos, de recursos humanos, da concorrência, métodos e demais variáveis que afetam direta ou indiretamente o ambiente organizacional. Esta percepção abre-nos uma perspectiva, então, para avaliarmos a organização como um conjunto de sistemas como será abordado a seguir.

2.1 A DEPARTAMENTALIZAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

O método de departamentalização vem da divisão do trabalho. Para Bateman e Snell (1998) existem quatro formas básicas de departamentalização: funcional, por produtos, por cliente e a geográfica.

Na funcional, os cargos são agrupados e especializados de acordo com as habilidades que essa forma requer, sendo comum em pequenas organizações, tendo como vantagens economias de escala, monitoração do ambiente mais eficaz, melhores padrões de desempenho e maiores oportunidades de se especializar. Sua desvantagem está na importância dada à funcionalidade, fazendo com que as pessoas percam o foco na qualidade geral do produto e satisfação do cliente.

A departamentalização por produtos é utilizada para empresas maiores e com diversidade de produtos, tendo como vantagens a administração das necessidades de informação, responsabilidades por tarefas bem claras, treinamentos mais amplos, dentre outras; e, como desvantagem a difícil coordenação por meio das linhas de produtos.

Na departamentalização por cliente é levada em conta a necessidade dos clientes, e onde se tem a necessidade de conhecer o público-alvo, para saber o que fazer para atingi-lo. E a departamentalização geográfica traz como vantagem a habilidade de focalizar as necessidades dos consumidores, e, como desvantagem um maior custo, em relação às outras alternativas.

2.2 O MODELO BUROCRÁTICO WEBERIANO

O modelo burocrático proposto por Max Weber (1979) representa um tipo ideal de racionalidade, apresentando-se como uma estrutura formal complexa, com predominância da lógica e da razão no comportamento funcional e em impessoalidade ou neutralidade de atitudes, com as seguintes características: (a) hierarquia; (b) especialização; (c) definição de competência; (d) normas de conduta; e (e) documentação e arquivo (CURY, 2000). Em outras palavras, esse modelo destaca a formalidade, a impessoalidade e o profissionalismo, assim, a organização é caracterizada pela divisão do trabalho, presença de um ou mais centros de poder e pela substituição de pessoal.

Mas, para Osborne e Gaebler (1992), na busca de proteger o bem público, esse modelo focou tanto nos processos, ou seja, na forma como as coisas devem ser feitas que acabou inviabilizando a eficiente administração do dinheiro público. Assim, essas mudanças nos padrões de gestão das instituições públicas de diversos países foram notadas por estudiosos da área de organizações, dando origem a uma série de doutrinas administrativas, convencionalmente

chamadas de “Nova Administração Pública” e que vêm permeando, desde então, as discussões em torno das reformas no aparato do Estado (MEDEIROS, 2004).

2.3 EXPERIÊNCIAS DAS MUDANÇAS OCORRIDAS NA SÚDE PÚBLICA NO BRASIL

De Souza (2002) afirma, que a transferência do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde, a partir da publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, foi significativa por trazer cumprimento da determinação constitucional de construção do SUS, meses depois, sendo instituído pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, com comando único em cada esfera do governo, cada um com suas responsabilidades, pois estabeleceu, em seu art. 7º, entre outros princípios, o da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Assim, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal, visto por De Souza (2002) como um dos maiores sistemas de saúde do mundo, por ser o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população.

Desde a instituição da LOS em 1990, o SUS vem passando por importantes mudanças, principalmente com relação ao processo de descentralização de responsabilidades entre as esferas de Governo, com destaque para os seguintes documentos normativos: (a) Constituição Federal de 1988; (b) Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 08080/90; (c) Lei nº 8.142/90; (d) Normas Operacionais Básicas (NOB); (e) Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000; e também pelas (f) Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), publicada em 2001. Com a EC-29 de 2000, o financiamento do SUS passa a ser de responsabilidade comum dos três níveis de governo. Os recursos federais, que correspondem a mais de 70% do total, progressivamente vêm sendo repassados a estados e municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Com isso, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, fez nascer dentro da estrutura do SUS, um Departamento de Gestão e Regulamentação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) e um Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES). Ambos se completam na medida em que visam qualificar o profissional e oferecer a ele recursos estruturais adequados para realização de suas tarefas, incluindo a melhora no ambiente físico do local de trabalho, bem como a promoção do relacionamento interpessoal visando à formação de equipes capacitadas e conscientes da

importância de seu papel no alcance dos objetivos públicos pelo bem-estar da sociedade (BRASIL, 2003).

A prática do planejamento, com o envolvimento de representantes de todas as secretarias e entidades vinculadas ao MS, como estratégia de gestão do SUS, vem ganhando força nos últimos anos, resultando em avanços na superação dos desafios que tem se apresentado de forma significativa. Assim, deu-se início, em fevereiro de 2011, ao processo de Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde para o período de 2011 a 2015, em que foram definidos dezesseis objetivos estratégicos, configurando, assim, o quadro de diretrizes estratégicas do MS. A elaboração desse documento ocorreu simultaneamente à discussão do Plano Nacional de Saúde (PNS) e do Plano Plurianual (PPA) para o período 2012 – 2015 (BRASIL, 2013).

2.4 O CONTRATO DE GESTÃO COMO PRINCIPAL RECURSO DE MUDANÇA

Conforme exposto, o projeto de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, iniciado em 1995, decorrente de um amplo processo de reforma cujo eixo foi a descentralização, voltou-se para o fortalecimento das funções de regulação e coordenação do Estado, com separação das atividades de regulação das de execução, transferindo estas para o chamado “setor público não-estatal”, representado pelas organizações sociais, ficando a produção de bens e serviços para o mercado (IBAÑEZ, 2001).

A avaliação e o acompanhamento do desempenho da gestão pública, bem como de novos parceiros instituídos por meio da concessão dos serviços públicos e dos contratos de gestão, são vistos como importantes para subsidiar as correções necessárias na formulação das políticas governamentais e na sua implementação, bem como no aperfeiçoamento dos instrumentos jurídicos e administrativos que balizam as novas modalidades de gestão de serviços públicos previstos pela Reforma Administrativa do Estado Brasileiro (GUIMARÃES, 2004).

Baseia-se na Emenda Constitucional n°. 19, de 1998, no qual, o contrato de gestão passou para a alçada constitucional, com previsão no Art. 37, § 8º: que prevê autonomia gerencial, orçamentária e financeira da administração direta e indireta, mediante contrato a ser firmado entre seus administradores e o poder público, com o objeto de fixar metas de desempenho para o órgão ou entidade, para dar efetividade a planos, programas e Políticas Públicas, no alcance do princípio da eficiência na administração pública (BRASIL, 1998).

Desta forma, o contrato de gestão se apresenta como um instrumento necessário à gestão pública por resultados, que, de acordo com Gomes (2003, p. 156), “confere grande flexibilidade ou autonomia sobre os recursos e os processos aos agentes executores”. Assim, seus objetivos

são: (a) redefinir os modelos de assistência e gestão organizacional, visando a reconstruir o relacionamento entre as três esferas federadas (União, Estados, Municípios/Distrito Federal); (b) rever os mecanismos de financiamento; (c) propiciar maior transparência na relação com o gestor local do SUS; (d) obter melhor inserção do hospital na rede de serviços de saúde; (e) ampliar mecanismos de participação e controle social; e (f) obter maior comprometimento dos profissionais com a organização.

A Tabela 1, a seguir, mostra que, a partir da contratualização, apesar de mantido o número de leitos, aumentou-se o número de internações em 7,1% de 2005 para 2009; houve redução do tempo médio de permanência geral de 11,2 dias em 2005, para 10,6 dias em 2009, apresentando em 2006 o menor tempo de permanência (9,9 dias). Os pesquisadores observaram, ainda, o aumento da Taxa de Ocupação, de 73,6% em 2005, para 84,8% em 2009, e uma elevação de 172,4% no número de consultas ambulatoriais, quando comparadas as produções dos anos de 2005 e 2009. Para eles, a redução do Tempo Médio de Permanência, mantendo-se a qualidade da atenção, influencia no aumento do número de internações e, conseqüentemente, eleva a taxa de ocupação porque aumenta rotatividade do leito.

Tabela 1 – Indicadores de desempenho Hospital Universitário antes e depois da contratualização – 2010.

Ano/Indicador	2003	2004	2005*	2006	2007	2008	2009
Número de leitos	295	253	252	255	259	259	253
Número de internações	5039	5026	5689	6760	7554	6065	6094
Tempo médio de permanência (dias)	13,3	12,4	11,2	9,9	10,5	12,7	10,6
Tx de ocupação	77,0	68,5	73,6	65,6	79,6	81,2	84,8
Consultas	159.476	164.810	108.795	184.702	258.951	280.098	296.360

*Ano de início da contratualização.

Fonte: Hospital Prof. Edgar Santos (2003–2009)

No entanto, é importante considerar que não se pode fazer generalizações no estudo de caso. Os próprios pesquisadores alertam que o principal limite desta pesquisa, dentre outros, está na impossibilidade de fazer generalizações, pois seus resultados se referem a um estudo de caso único, revelando a necessidade de continuar as investigações sobre a temática.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tendo em vista que a pesquisa busca analisar e descrever a percepção dos pacientes, médicos e gestores de um hospital acerca da mudança da arquitetura organizacional, optou-se pela pesquisa qualitativa, por esta ter como finalidade explorar o espectro de opiniões, de sentido e as diferentes representações sobre o assunto em questão (DENZIN *et al.*, 2006).

A pesquisa também fez uso de relatórios de gestão e outros documentos para identificação dos participantes e também para planejamento da pesquisa de campo. Mesmo assim, tem caráter qualitativo, pois, “não há nada inerente às epistemologias da investigação qualitativa que proíba o uso de números como dados” (DENZIN *et al.*, 2006, p. 210). Planejamento e Operacionalização da Pesquisa. Em relação à pesquisa documental, os relatórios de gestão publicados pela Organização Social que assumiu a gestão do hospital analisado, entre maio de 2012 e fevereiro de 2014, documentos oficiais da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, dentre outros informativos internos do hospital, todos relacionadas ao tema, foram uma fonte rica de informações. Para os demais objetivos da pesquisa, o principal foi a pesquisa de campo, que envolveu a observação direta no ambiente natural do fenômeno, com realização de entrevistas com os participantes do hospital analisado. Em resumo, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Relatórios de Gestão Trimestral:** analisou-se os nove relatórios de gestão publicados pela Organização Social (OS) que assumiu a administração do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), de agosto/2012 a maio/2014. A publicação do relatório de gestão a cada trimestre é feita pela OS em cumprimento ao Contrato de gestão assinado com o Estado, devendo constar, entre várias outras informações, as seguintes: apresentação da destinação dos recursos financeiros; apresentação do cumprimento de metas estabelecidas com base em indicadores de qualidade, de desempenho, de produção e faturamento.
- **Roteiro de entrevista semiestruturada:** elaborado com base nas categorias da qualidade na prestação dos serviços de saúde levantadas por Vaitsman (2005), nas categorias que influenciam a satisfação do paciente descritas por Gakidou (2010), e também em pesquisas realizadas em dez hospitais do Estado de São Paulo e pelo próprio hospital analisado. O mesmo foi constituído em três dimensões: (a) qualidade percebida no atendimento, (b) estrutura de apoio e diagnóstico percebido, e (c) eficácia da prestação de serviços percebida pela mudança do modelo de gestão.

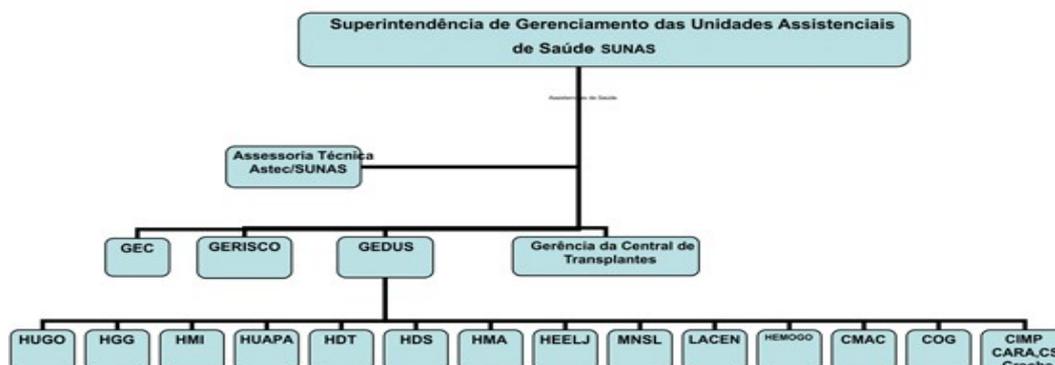
4 ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA

Antes da transferência da administração do hospital para uma Organização Social, sua estrutura administrativa, estava subordinada à Gerência de Desenvolvimento das Unidades de Saúde (GEDUS) da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde (SUNAS) da SES (Secretaria Estadual de Saúde).

4.1 O CONTRATO DE GESTÃO COMO PRINCIPAL RECURSO DE MUDANÇA

De acordo com a SES, no que tange à gestão dos Hospitais do Estado, em nível central, a Gerência de Desenvolvimento das Unidades de Saúde (GEDUS), era responsável pela elaboração e implantação da política de gestão nos estabelecimentos de saúde; pelo apoio técnico e/ou administrativo; por programar, acompanhar e estabelecer a padronização de serviços na assistência e sugerir modelos de gestão nas questões organizacionais relevantes, enfatizando a necessidade de melhorias, apresentando estratégias, critérios e indicadores que possam contribuir para que todas as unidades de saúde da SES apresentem um padrão ótimo de qualidade. A Figura 1 apresenta o organograma da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde (SUNAS).

Figura 1: Estrutura organizacional da SUNAS/SES-GO



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO)

Como pode ser observado na estrutura organizacional da SUNAS, as diversas Unidades de Saúde do Estado, tinham sua gestão diretamente subordinada à GEDUS/SUNAS. Além disso, para gerenciar as Unidades em todas as áreas, a SUNAS contava com outras gerências, com

especialidades em comum à maioria das Unidades, como a Gerência de Engenharia Clínica (GEC), responsável pela gestão dos equipamentos médico-hospitalares da SES.

Percebendo que a arquitetura organizacional adotada até então era um dos grandes fatores resultantes na morosidade dos processos administrativos deflagrados pela SES para atender a população através de suas Unidades, o Governo do Estado optou por um modelo que pudesse trazer maior agilidade nas compras de medicamentos, manutenção de equipamentos, investimentos em geral, para atender às expectativas da sociedade. É nesse cenário que se inicia o processo de transferência da gestão dos hospitais para as Organizações Sociais (OS).

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO NOVO MODELO DE GESTÃO

Algumas modificações importantes têm sido realizadas nos organogramas hospitalares em função da adoção de coordenação por linhas de cuidados. Uma delas é a criação de uma Diretoria Colegiada do Hospital composta pelos coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa. Com tal composição, a OS pretendeu criar um espaço matricial de direção superior do hospital centrado na lógica da produção do cuidado, mas contemplando sua necessária articulação com as lógicas de coordenação das profissões e de produção de insumos.

Assim, ao mesmo tempo, criam-se Colegiados Técnicos em cada linha de produção de cuidado, dos quais participam os coordenadores daquela linha, os coordenadores ou gerentes das unidades. Para isso, foram necessários processos de negociação com outros atores extra-hospitalares, neste caso, com a SES; com o Conselho que congrega os Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-GO); com as Coordenações de Regiões de Saúde e o Conselho Estadual de Saúde. A OS considerou importante também a negociação com outros atores das políticas públicas no desenvolvimento da intersetorialidade.

O primeiro Relatório de Gestão do “Instituto Gerir” refletiu o período de transição da gestão do HUGO. No caso do HUGO, a SES determinou a publicação trimestral deste relatório. Ele apontou as principais características do novo modelo de gestão implementadas no hospital, com destaque para a capacitação e aperfeiçoamento de pessoal, que passou a ser um processo contínuo e permanente nos postos de trabalho, em substituição ao treinamento dirigido tradicional. Os níveis hierárquicos e as chefias passaram a participar do cotidiano do trabalhador, discutindo e aperfeiçoando o processo de trabalho e o produto final, com observância ao controle da qualidade, que passou a ser feito em cada etapa do processo de trabalho, o que permitiu conhecer melhor as falhas e corrigi-las. Assim, a comunicação passa a ser essencial em todos os sentidos da hierarquia do hospital.

Esse novo modelo propõe que as estruturas administrativas sofram mudanças, tornando-se mais leves e dotadas de flexibilidade. Desta forma, a proposta organizacional se assenta em fronteiras menos nítidas da autoridade e da hierarquia, buscando-se a simplicidade através de maior descentralização e sistemas de informação mais diretos e acessíveis, para o aprimoramento das comunicações internas, resultando em equipes, com menos hierarquia, com responsabilidade compartilhada e um equilíbrio de poder dinâmico, construído no próprio processo de decisão.

4.3 COLETA DOS DADOS

A pesquisa foi autorizada pelo Secretário Estadual de Saúde de Goiás e pelos Diretores Técnico e Geral do Hospital analisado, por meio do despacho nº 2982/2014-GAB/SES, constante no processo nº 201400010012147 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Urgências de Goiânia (CEP/HUGO), tendo sido atendidas todas as exigências formais. Enfermagem do hospital. Por meio da lista de pacientes, vítimas de acidente com moto, fornecida pela Gerência de Enfermagem, internados nas enfermarias do 4ª e do 5º andar, foram identificados um total de 92 pacientes enquadrados neste perfil. A partir de então, a coleta de dados começou com abordagem a estes pacientes nas enfermarias em que se encontram em repouso. Todas as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador. participante). De todos os pacientes e médicos que foram abordados, apenas um paciente se recusou a participar da pesquisa.

As entrevistas com todos os participantes foram realizadas individualmente, gravadas em áudio, transcritas na íntegra e posteriormente submetidas a técnica de análise temática de seus conteúdos (BARDIN, 2008). Participaram da pesquisa 24 pacientes, 15 médicos e 3 gestores.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para discutir os resultados, retorna-se ao objetivo deste estudo: analisar e descrever como os usuários do sistema de saúde percebem os patamares de eficácia dos serviços que utilizam após a mudança da arquitetura organizacional. A análise das entrevistas permitiu capturar que, na visão dos pacientes, a qualidade no atendimento envolve vários aspectos, tendo sido frequentes os seguintes: (a) tempo de atendimento, (b) tratamento dentro do hospital (proximidade com as pessoas), (c) presença constante dos profissionais, (d) serviço de hotelaria e (e) serviço de alimentação. Os pacientes entrevistados foram identificados na pesquisa com letras de A à W, como mostra a distribuição de frequência, no Quadro 1.

Quadro 1: Distribuição de frequência de enunciados referente à categoria “qualidade de atendimento percebida” na percepção dos Pacientes.

1 - Como você avalia o seu atendimento?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	W	TOTAL
Fez referência ao tempo de atendimento			x		x	x	x	x	x	x			x			x		x	x		x		x		13
Fez referência ao serviço de hotelaria	x																	x							2
Fez referência a infraestrutura																									
Fez referência ao serviço de alimentação	x																								1
Fez referência a humanização (tratamento)		x	x	x	x		x				x		x		x					x		x			10
Fez referência ao serviço de medicação	x	x	x										x		x										5

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Essa frequência sugere a ocorrência da saturação constatada nas entrevistas quanto ao tempo de atendimento (observada saturação no paciente J) e ao tratamento dentro do hospital (observada saturação no paciente G), sendo esses, fatores relevantes na percepção dos pacientes sob a categoria “qualidade no atendimento”. A seguir, apresenta-se o Quadro 2 com a percepção capturada pelos médicos.

Quadro 2: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “qualidade de atendimento percebida” na percepção dos Médicos.

2 - Como Você acha que está o atendimento prestado aos pacientes?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	X	W	TOTAL
Fez referência ao tempo de atendimento	x	x		x		x								x											5
Fez referência ao serviço de hotelaria										x															1
Fez referência a infraestrutura	x				x		x	x	x	x	x			x											7
Fez referência a capacidade do hospital	x	x								x			x		x										5
Fez referência a humanização (tratamento)				x					x	x		x													4
Fez referência ao serviço de medicação							x	x	x	x	x	x													5

Fonte: Elaborado pelo Autor.

A visão dos médicos, capturada nas entrevistas, também reforçam o que é discutido na literatura, pois, segundo Mendes (2007, apud PASQUINI, 2013), a qualidade dos serviços de saúde é observada quando esses serviços utilizam tecnologias efetivas, apresentam segurança para profissionais e usuários, são ofertados a partir das necessidades efetivas e de forma eficiente, em busca da equidade, realizam-se de forma humanizada e satisfazem as expectativas dos usuários.

5 RESULTADOS

Os resultados desta investigação, apresentados e discutidos anteriormente, permitem apontar algumas conclusões gerais, que estão aqui elaboradas sob dois pontos de vista: o primeiro referente aos médicos e pacientes, e o segundo, referente a gestão do hospital. Esse recorte será feito porque, de um lado tem-se os médicos que prestam serviços no hospital, mas que dependem de condições de trabalho adequadas; de outro, tem-se pacientes que buscam os serviços no hospital, e que, para receberem um serviço de qualidade, verifica-se total dependência das condições de trabalho disponíveis aos médicos. Assim, configura-se um “lado da moeda”, totalmente dependente das ações do outro lado.

Do ponto de vista do gestor, por se tratar de um hospital público, há um fator de fundamental importância que, em nossa visão, não pode ser desconsiderado, o fator político. Se de um lado, tem-se como estratégia a garantia da eficácia na prestação dos serviços de saúde pública; de outro, o critério político também deve ser considerado. A partir disso, buscou-se investigar, por meio desta pesquisa, a percepção de médicos e pacientes acerca da eficácia na prestação dos serviços de saúde oferecidos pelo hospital analisado, após a mudança da arquitetura organizacional, ocorrida, em 2012.

Na análise dos resultados, foram apresentadas ações relacionadas a busca pela eficácia na prestação dos serviços de saúde pública, a partir da seleção de textos que comprovem a institucionalização dessas ações como provas de que o hospital analisado busca, dentro de suas limitações, oferecer um serviço de qualidade e de forma humanizada. A partir das entrevistas, foi possível configurar um perfil da atual gestão do hospital, no tocante ao enfoque dado a qualidade no atendimento, ao tempo de espera e a orientação dada aos pacientes. Analisando os relatórios de gestão, sob a ótica dos temas que podem ser introduzidos, da extensão e do modo de organização, observou-se, que, dentro de uma linha cronológica, os relatórios mantiveram sua forma, e mesmo com o desenvolvimento das ações, apresentaram mudanças estruturais pouco significativas. Sinteticamente, observou-se:

- I – Mudança nas atividades da comunicação com o meio externo, por meio da criação de uma assessoria própria de comunicação no Hospital de Urgência de Goiânia, para o estabelecimento de um relacionamento direto com a mídia local;
- II – Mudança nas atividades da comunicação com o meio interno, por meio da criação de informativo direcionado aos profissionais e pacientes;
- III – Monitoramento da produção do hospital;
- IV – Disseminação das condições gerais do sistema de saúde pública brasileira;
- V – Destaque para o impacto dos casos de acidentes e violência sobre o SUS;
- VI – Destaque para o direito a assistência humanizada;
- VII – Monitoramento constante das metas definidas pelo Estado;
- VIII – Implantação de pesquisas de satisfação dos usuários;
- IX – Reestruturação do organograma do hospital com criação de áreas voltadas para a medição e avaliação dos resultados;
- X – Mudança no sistema de remuneração dos profissionais; e
- XI – Intenso processo de reformas em todo o prédio, com ampliação de leitos de enfermaria e também de UTI.

De outro lado, observou-se que, a primeira ação desenvolvida pelo hospital foi direcionada para a imagem do hospital perante a sociedade. Essa ação aliada a outras como o desenvolvimento de um atendimento mais humanizado e também para conscientizar a sociedade de que o hospital enfrenta problemas que não estão sob seu controle, por exemplo com a disseminação do volume de acidentes e violência no Brasil, e, também, em Goiás, reforça a ideia de que o hospital tem buscado, desde 2012, mostrar que a atitude do governo em transferir a administração dos hospitais para organizações sociais, pode estar relacionada a aspectos políticos.

Assim, o “problema” da demanda revelado nas entrevistas pelos gestores, mas que não foram percebidos como relevantes na qualidade do atendimento na visão dos médicos e tão pouco na visão dos pacientes, reforça a ideia de que, sendo o Complexo Regulador (responsável pela regulação dos pacientes de Goiânia), de responsabilidade da Prefeitura (sob a gestão de um partido de oposição), haja interesses políticos por trás do discurso.

Na prática, verificou-se pela análise das entrevistas, que para os médicos e gestores, o hospital só não consegue chegar ao nível ótimo de satisfação por causa da alta demanda, que na visão dos gestores, é resultado da “ineficiente” gestão da Prefeitura de Goiânia. Assim, por meio do atendimento humanizado, visa, estrategicamente, destacar a imagem de excelência de um governo e de ineficiência de outro.

Também foi possível capturar nas entrevistas realizadas com os participantes que eles percebem que houve mudança positiva na prestação dos serviços do hospital. Por outro lado, alguns pacientes destacaram que ficaram surpresos com o atendimento do hospital, visto que, acreditavam que o atendimento seria ruim e demorado. Eles também acreditam que, quando não são atendidos de forma satisfatória, não é porque o hospital é ruim, mas sim, porque a capacidade de atendimento do hospital não consegue suprir a alta demanda da região, o que os leva a considerar o atendimento como bom ou ótimo, que de uma forma isolada, ou seja, sem considerar essas variáveis, pode não ser classificado dessa forma.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que, no caso dos pacientes, a percepção que eles têm da mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam a partir da mudança da arquitetura organizacional, está relacionada ao tempo de atendimento e também ao fator humanização. Para os médicos, a visão acaba sendo outra, eles percebem essa mudança a partir das condições que eles dispõem para realizar o atendimento, sendo consideradas como relevantes a estrutura de apoio e diagnóstico do hospital e também a disponibilidade de medicamentos e demais insumos necessários.

Por fim, capturou-se que, na visão dos gestores, o atendimento do hospital chegaria a excelência se os governos atuassem de forma eficiente na distribuição dos pacientes para que, cada unidade de saúde, possa, dentro de sua capacidade, prestar o atendimento devido. No entanto, observou-se que essa não foi a única limitação, pois, na fala dos médicos e também dos pacientes, o número de profissionais que não é o suficiente. Inclusive, um dos gestores até mencionou que, em 2012, haviam cerca de dois mil e quinhentos servidores no hospital e que, hoje, o quadro totaliza cerca de mil e quinhentos, ou seja, uma redução de 40%. Assim, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam servir não só para os gestores do hospital analisado, mas também para os gestores dos hospitais brasileiros, no sentido de direcioná-los ao desenvolvimento de ações mais assertivas na condução de um serviço que atenda os anseios dos usuários.

REFERÊNCIAS

- BATEMAN, Thomas S.; SNELL, Scott A. **Administração: Construindo Vantagem Competitiva**. 1ª Edição. São Paulo: Atlas, 1998, p.239-243.
- BESANKO, David; DRANOVE D.; SHANLEY M.; SCHAEFER S. **A Economia da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001. Acesso em: 12/05/2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>

BRASIL. Congresso Nacional. **Emenda Constitucional n. 19, de 4 junho de 1998**. Diário Oficial da União, 05 jun. 1998. Acesso em: 12/05/2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm

BRASIL. **Constituição**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Acesso em: 12/05/2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm

BRASIL. **Lei 9.637, de 15 de maio de 1998**. Diário Oficial da União, Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.082 de 1992**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Acesso em: 11/05/2014. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidaderecursos.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, 2003. Acesso em: 11/05/2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde: 2011 – 2015: resultados e perspectivas** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 26/05/2014. Disponível em:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf

BRASIL. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado**. Brasília: MARE, 1995. Acesso em: 13/04/2014. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>
<http://www.bresserpereira.org.br/Documents/MARE/PlanoDiretor/planodiretor.pdf>

CAVES, Richard E., and David R. Barton. 1990. **Efficiency in U. S. Manufacturing Industries**. Cambridge, Mass.: MIT Press.

CURY, Antônio. **Organização e métodos: uma visão holística**. 7. ed. Ver. E ampl. – São Paulo: Atlas, 2000.

DECRETO Nº 1.232, DE 30 DE AGOSTO DE 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm. Acesos em 7 de junho de 2016.

DECRETO Nº 2.740, DE 11 DE JUNHO DE 1987. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=9622. Acesso em 7 de junho de 2016.

DECRETO Nº 3.522, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Disponível em: http://www.gabinetecivil.go.gov.br/pagina_decretos.php?id=8791. Acesso em 7 de junho de 2016.

DECRETO Nº 99.060, DE 7 DE MARÇO DE 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99060.htm. Acesso em 7 de junho de 2016.

DE SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, 2002. Acesso em: 10/05/2014. Disponível em: https://www.cintegrado.com.br/curitiba/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf
https://www.cintegrado.com.br/curitiba/site/documentos/sistema_publico_brasileiro.pdf

DENZIN, Norman K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens** / Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; tradução Sandra Regina Netz. – Porto Alegre: Artmed, 2006.

GOMES, E.G.M. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. 2003, 187 p. Tese (Doutorado) – Curso de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, São Paulo, 2003. Acesso em: 11/03/2014. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4652/72050100745.pdf?sequence=1>
<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4652/72050100745.pdf?sequence=1>

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa et al. **Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais**: uma proposta metodológica em desenvolvimento. Cad. Saúde Pública, v. 20, n. 6, p. 1642-1650, 2004. Acesso em: 04/05/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf><http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/23.pdf>

IBAÑEZ, Nelson et al. **Organizações sociais de saúde**: o modelo do Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, p. 391-404, 2001. Acesso em: 16/04/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7010.pdf>

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Teoria Geral da Administração**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MEDEIROS, Paulo Henrique R. **Do Modelo Racional-Legal ao Paradigma Pós-Burocrático**: reflexões sobre a burocracia estatal. In: ENEO, 3., 2004, Atibaia. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: ANPAD, 2004. 1 CD-ROM.

OSBORNE, David; GAEBLER, Ted. **Reinventing government**: How the entrepreneurial spirit is transforming government. Reading Mass. Adison Wesley Public Comp, 1992.

PASQUINI, Nilton Cesar. **Implantação do 10S como ferramenta de gestão de qualidade em hospital**. Revista Qualidade Emergente, v. 4, n. 1, 2013. Acesso em: 12/03/2014. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/qualidade/article/view/31781/20301>

WEBER, Max. **Os Três Tipos Puros de Dominação Legítima**. Tradução de Gabriel Cohen. Rio de Janeiro: V.Guedes Multimídia, 2008.