

Políticas Públicas em Hospitais Filantrópicos: Um estudo sobre os hospitais localizados na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS

Aluno: Hermann Pujol Hanzen

Orientadora: Isabela Braga da Matta

RESUMO

Os hospitais filantrópicos são importantes prestadores de serviços ao SUS, disponibilizando mais de 74% de seus leitos aos usuários cobertos por esse sistema. Além disso, possuem cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresentam uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios. Devido sua importância a presente pesquisa busca descobrir que políticas estão sendo implementadas pelos hospitais filantrópicos, localizados na 10ª coordenadoria regional de saúde do RS, para uma melhor gestão hospitalar, orientada para adequação de contas e prestação de melhores serviços à população. Para esse fim, o referencial teórico está elaborado primeiramente com uma seção que explica o contexto da saúde brasileira, em que é realizado um panorama segundo o modelo de administração e explicada a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, em seguida é explanado o contexto dos hospitais filantrópicos e a prestação de serviços ao SUS, demonstrando a representação do setor e a legislação correspondente, também é abordada a questão políticas públicas com ênfase no ciclo de políticas públicas e por fim a gestão hospitalar. A pesquisa é um estudo de caso descritivo com análise qualitativa. Foram analisadas quatro entidades da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul pertencentes à região da Fronteira Oeste, onde mediante formulários eletrônicos enviados via email aos responsáveis pelas unidades e informações disponíveis no sistema DATASUS, para a análise dos dados, foi realizada a análise de conteúdo. Como principais resultados, percebe-se que todas as entidades apresentam alguma forma de gestão hospitalar, principalmente ligada a programas de gerenciamento hospitalar e também que a principal política adotada nos hospitais é a contratualização com o SUS. Por fim, notou-se que a gestão hospitalar está assentada principalmente no que o Estado propõe por meio das políticas nacionais e regionais. No entanto, com a situação de escassez de recursos, verificou-se que os hospitais estão progredindo, em passos lentos, para uma situação onde possam ao menos tentar ser autossustentáveis. Além de afirmar que os hospitais não estavam preparados para esse tipo de situação, vendo que em sua maioria encontram-se endividados.

Palavras-chave: saúde, hospitais filantrópicos, políticas públicas, gestão hospitalar, SUS.

RESUMEN

Los hospitales filantrópicos son importantes proveedores de servicios para el Sistema Único de Salud - SUS, suministrando más del 74 % de sus camas a los usuarios cubiertos por este sistema. Además, poseen aproximadamente un tercio de las camas de hospital en el país; presentan una red ramificada la cual cubre todo el territorio nacional, con gran número de pequeños hospitales de baja complejidad distribuidos en los municipios del interior del país, incluyendo algunos hospitales de alta complejidad, por lo general situadas en las zonas metropolitanas; y la mitad de su red constituye los únicos hospitales en sus municipios. Debido a su importancia en esta investigación se buscó descubrir cuales políticas están siendo aplicadas en estos hospitales para una mejor gestión hospitalaria, orientada a ajustar cuentas y ofrecer mejores servicios a la población. Para este fin, el marco teórico está elaborado primeramente con una sección que explica el contexto de la salud en Brasil, donde se expone un panorama según el modelo de administración y es explicada la creación del SUS, a continuación, es explayado el contexto de los hospitales de caridad y la prestación de servicios al SUS, lo que demuestra la representación del sector y de la legislación correspondiente, también es abordada la cuestión acerca de las políticas públicas con énfasis en el ciclo de las políticas públicas y, finalmente, la gestión hospitalaria. La investigación es un estudio de caso descriptivo, con análisis cualitativo. Fueron analizadas cuatro entidades del 10° Órgano de coordinación regional de salud de Rio Grande do Sul, perteneciente a la región de la frontera oeste, donde mediante formularios electrónicos enviados por correo electrónico a los responsables de las unidades y la información disponible en el sistema DATASUS para el análisis de los datos, se realizó el análisis de contenido. Como principales resultados, se evidencia que todas las entidades tienen alguna forma de gestión hospitalaria, principalmente vinculada a programas de dirección hospitalaria y también que la principal política adoptada en los hospitales es la contractualización con el SUS, por último, se observó que la gestión hospitalaria está asentada principalmente en lo que el estado propone por medio de las políticas nacionales y regionales. Sin embargo, con la escasez de recursos, se encontró que los hospitales están progresando a pasos cortos, para una situación en la que al menos puedan tratar de ser autosostenibles. Además de que afirmar que los hospitales no estaban preparados para este tipo de situación, al verse que la mayoría de ellos está endeudado.

Palabras clave: salud, hospitales de caridad, políticas públicas, gestión hospitalaria, SUS.

INTRODUÇÃO

A saúde pública é uma área que demanda grandes quantidades de recursos financeiros para sua manutenção e com o atual cenário econômico, marcado por escassez de recursos financeiros, isso tem se agravado. Conforme Costa e Salazar (2007, p.487) “após 15 anos de vigência do SUS, ainda são apontados como seus principais problemas a má qualidade da assistência, por incompetência administrativa, e a escassez de recursos financeiros para a gestão das organizações de saúde, especialmente em nível local”. Desse modo as entidades que prestam serviços na área da saúde como prontos-socorros, Unidades Básicas de Saúde (ESFs), postos de atendimentos médicos e hospitais vêm sofrendo o reflexo dessa redução de recursos e desse modo têm praticado políticas que possam atenuar esse problema.

Conforme a Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado. E por isso ele deve garantir esse direito mediante políticas de acesso à saúde para toda a população. As Santas Casas e hospitais sem fins lucrativos respondem por 59% das internações de alta complexidade, deixando ao setor com fins lucrativos os outros 41% restantes. Além disso, são responsáveis por mais de 50% de toda assistência prestada pelo SUS e parceiros preferenciais deste, tendo como principais fontes de receita o SUS (64%) e convênios com operadoras (16%) (DATASUS, 2014). Desse modo, tais hospitais tornam-se a principal via disponível para a população, principalmente em localidades onde são a única fonte que atende gratuitamente, tornando-se imprescindíveis.

A rede hospitalar de Santas Casas e hospitais filantrópicos brasileiros desempenham um papel estratégico para a saúde brasileira e possui aproximadamente 74% de seus leitos destinados ao SUS, segundo o Ministério da Saúde (DATASUS, 2014). Atualmente, do total de leitos hospitalares do Rio Grande do Sul, cerca de 68% correspondem a leitos do Sistema Único de Saúde – SUS (SEPLAG, 2015).

Demonstrada a importância desse setor, a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS contempla onze municípios e sete hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS, sendo que quatro desses hospitais estão localizados em municípios que representam juntos 62% do total da população da região de saúde da Fronteira Oeste. No entanto, eles vêm enfrentando problemas para manterem suas portas abertas e plenitude de atendimento. Assim, a presente pesquisa busca descobrir que políticas estão sendo implementadas pelos hospitais filantrópicos, localizados na 10ª coordenadoria regional de saúde do RS, para uma melhor gestão hospitalar, orientada para adequação de contas e prestação de melhores serviços à população.

Como objetivo geral a pesquisa busca entender como ocorre a gestão hospitalar dessas entidades tomando como base as políticas públicas locais e programas vigentes. Assim, têm-se como objetivos específicos caracterizar os hospitais em aspectos relativos a tipo de estabelecimento, tipo de gestão, nº de profissionais, nº de equipamentos por grupo e por categoria do equipamento, atendimentos prestados, leitos existentes X leitos SUS, serviços prestados e número de atendimentos por AIH (autorização de internação hospitalar); identificar, com base em informações dos gestores dos hospitais, se existem políticas públicas e programas regionais voltados a gestão hospitalar; analisar e comparar as políticas e programas de cada hospital de acordo com suas peculiaridades e semelhanças; e verificar a existência de políticas de incentivo econômico destinadas/adotadas nesses hospitais filantrópicos.

Esse estudo torna-se relevante, pois busca identificar as ações realizadas nessas entidades, bem como demonstrar se estão sendo executadas políticas públicas e programas para o seu desenvolvimento, além de verificar se há um modelo de gestão hospitalar homogêneo, de modo a entender a situação atual vivenciada pelos hospitais e auxiliar os futuros gestores na tomada de decisões.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saúde Brasileira

A saúde está disposta na Constituição Federal do art. 196 ao art. 200. Caracterizada como um direito de todos, garantido mediante políticas sociais e

econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Constituição de 1988 reconheceu o direito de acesso universal à saúde a toda a população e, a partir disso, estabeleceu o Sistema único de Saúde - SUS. O SUS - regulamentado pelas leis orgânicas da Saúde (Leis nº 8080/90 e nº 8.142/90) - é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão nas três esferas governamentais (SANTOS; FARIA; FARIA, 2010).

Antes da constituição de 1988 apenas tinha direito à assistência médica quem contribuísse para a previdência social, a população em geral era atendida por serviços filantrópicos e serviços médicos pagos, além de alguns institutos e órgãos do governo responsáveis por algumas áreas da saúde (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014).

Assim, “era preciso criar um sistema capaz de dar conta dos problemas da saúde dos brasileiros, de forma universal, integral, abrangendo promoção e reabilitação ao mesmo tempo (BORGES, 2009, p. 18)”. O modelo de sistema único de saúde partiu de profissionais da saúde que formavam o movimento sanitário¹ (SANTOS; FARIA; FARIA, 2010). Tais profissionais, vivendo o dia-a-dia de grandes entidades de saúde, discutindo com todo o país, por meio de seminários, encontros e cursos, a realidade excludente do Sistema de Saúde existente no Brasil concluíram não ser mais possível conviver com tal organização discriminatória e injusta de assistência (BORGES, 2009, p. 18). Desse modo:

Em 1987, foi criado, pelo governo federal, o Sistema Único Descentralizado de Saúde – SUDS, que implementou algumas propostas do movimento sanitário, buscando, principalmente, a descentralização do sistema. Logo depois, o Projeto de Reforma Sanitária foi levado à Assembléia Nacional Constituinte e aprovado quase em sua totalidade na Constituição Federal de 1988 – CF/88, que adotou a proposta do Sistema Único de Saúde – SUS (SANTOS; FARIA; FARIA, 2010, p. 2).

Para facilitar esse estudo foi realizado um panorama da saúde segundo os Modelos de Administração. Assim, o período de 1500 a 1930 Patrimonialismo é marcado pela inexistência de um órgão/entidade pública que se responsabilizasse pela saúde, ficando esta a cargo dos serviços filantrópicos, como os Hospitais Santa Casa de Misericórdia (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014). Percebe-se, nesse período, total desinteresse do Estado na oferta do serviço de saúde à população, ficando as entidades filantrópicas responsáveis por essa assistência.

O modelo Burocrático marca o período de 1930 até 1995. Nesse íterim é institucionalizada a saúde pública, através do Ministério da Educação e da Saúde Pública, que no ano de 1953 desdobra-se em Ministério da Saúde. Apesar de sua constituição em ministério, sua atuação se resumia em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças. A partir da Constituição de 1988, com a criação do

¹O movimento sanitário surgiu entre os profissionais de saúde, denunciando a irracionalidade do sistema de saúde implantado pela ditadura militar, e os interesses envolvidos. O movimento também apresentou propostas construtivas através de um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

SUS, as políticas de saúde no Brasil passaram a ter um caráter descentralizado (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014).

O modelo Gerencial a partir de 1995 segue a política de descentralização da saúde, nesse período é criado o Programa Saúde da Família (PSF), que tem foco na saúde de forma integrada com outros aspectos da qualidade de vida. Em 1999 é criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o que mostra a preocupação com ações preventivas de higiene, saneamento básico, epidemias regionais, etc.(MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014).

A partir de 2003 Societal, o foco é mudado para as políticas de cunho social. Período em que é criado o Sistema de emergência móvel (ambulâncias), o PSF ganha maior atenção e passa a se chamar Estratégia Saúde da Família (2012), e ganha importância a avaliação da atenção básica à saúde como forma de suporte aos processos decisórios dessas políticas (MATTA; FERREIRA; SILVA, 2014).

Nesse período, do patrimonialismo até o modelo societal, a saúde teve muitos avanços, se aproximando e, cada vez mais contando com a participação do cidadão para a elaboração de políticas voltadas para a prevenção e tratamento de doenças. O que se vê atualmente é uma saúde institucionalizada nos Municípios, Estados e União. A descentralização sugerida pelo SUS deu responsabilidades para todas as unidades da federação, tornando a saúde dever de todos e atribuindo ao cidadão o papel de agente na formulação de políticas nesse campo.

2.2 O contexto dos hospitais filantrópicos e prestação de serviços ao SUS

O setor hospitalar filantrópico presta serviços à população desde muito antes da criação do SUS. Antes da constituição de 1988, apenas quem contribuía para a previdência social obtinha o direito à saúde, dessa forma, a saúde se tornava privilégio apenas de quem contribuía e de quem possuía plano de saúde.

Esse setor, hoje, responde por mais de um terço dos leitos de internação em estabelecimentos de saúde (IBGE, 2009). Desde antes da criação do SUS já desenvolvia notável papel para a saúde, constituindo-se em importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor da saúde suplementar (PORTELA et al., 2004). No entanto, para ser considerada entidade filantrópica, o hospital deverá atender algumas exigências. Conforme a lei nº 12.101 de 2009 (BRASIL, 2009), em seu art. 4º, para uma entidade ser considerada beneficente e fazer jus à certificação de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS) ela deverá: I - celebrar contrato, convênio ou instrumento congêneros com o gestor do SUS; II - ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento); III - comprovar, anualmente, da forma regulamentada pelo Ministério da Saúde, a prestação dos serviços de que trata o inciso II, com base nas internações e nos atendimentos ambulatoriais realizados. Esses são os requisitos fundamentais para obter o certificado de entidade beneficente de assistência social (antes denominado certificado de filantropia).

Ao obter essa certificação a entidade passa a ter determinadas regalias como a isenção, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e à Secretaria da Receita Federal (SRF), de tributos federais e contribuições sociais, tais como: Cofins, contribuição social sobre o faturamento; CSLL, contribuição social sobre o lucro líquido; cota patronal; IRPJ, imposto de renda sobre a pessoa jurídica; PIS/Pasep, contribuição para os programas de integração social e de formação de patrimônio do servidor público (PORTELA et al., 2000). Dessa forma, o setor público ganha enquanto se utiliza das entidades filantrópicas para prestar atendimentos à

população e, em contrapartida o setor filantrópico recebe diversos tipos de benefícios fiscais.

Além das isenções contidas nos art. 22 e 23 da Lei nº 8.212/91, muitas entidades beneficentes realizam contratos e convênios com o poder público. Esses contratos e convênios, segundo o art. 24 da Lei nº 8.080/90, poderão ser realizados quando as disponibilidades do SUS forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área.

Assim, “o SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada (BRASIL, 1990)”. Ainda, em seu parágrafo único, desse mesmo artigo, definiu que “a participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convenio” e “as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990)”. Dessa forma, muitas instituições passaram a firmar convênios e contratos com o poder público, sendo remuneradas de acordo com a Tabela SUS².

Sendo assim, o setor filantrópico tornou-se o principal prestador de serviços ao SUS. Em cada procedimento realizado pela entidade filantrópica, essa recebe, além da contrapartida em isenções fiscais, um valor por cada procedimento que realiza com base em uma tabela denominada Tabela de Procedimentos SUS. Esses valores complementam sua renda para investimentos em equipamentos, recursos humanos, materiais e outros serviços.

No Brasil existem aproximadamente 1.393 estabelecimentos filantrópicos de saúde (com CEBAS), que foram responsáveis por 3,57 milhões de internações realizadas em 2015 (FONIF, 2015). Isso equivale a dizer que mais de 30% do total das internações foram realizadas em instituições filantrópicas. Além desses dados, no Brasil existem 968 municípios onde o único hospital é filantrópico (FONIF, 2015).

Desse modo, podem ser percebidas diversas políticas que vêm sendo implementadas na expectativa de atender o que diz a Constituição a respeito da saúde (art. 196 até 200). O estabelecimento do SUS, a descentralização dos serviços aos estados e municípios, o certificado de entidade beneficente de assistência social (CEBAS), a prioridade às entidades beneficentes na suplementação dos serviços, os contratos e convênios, a criação de programas de incentivos, todas estas diretrizes representam políticas que vêm buscando firmar o atendimento universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

2.4 Políticas Públicas

Política pública pode ser considerada uma diretriz para enfrentar um problema público. Segundo Secchi (2012), um problema público é a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública e, para um problema ser considerado público, este deve ter implicações para uma quantidade ou qualidade notável de pessoas. As políticas públicas estão presentes em todos os campos das ciências sociais, e podem surgir a partir de leis, programas, decisões judiciais, criação de impostos etc. Uma política pública é elaborada por meio de atores governamentais ou atores não governamentais. A vida de uma política pública é estudada e entendida por meio de seu processo de elaboração, mais conhecido como Ciclo de Políticas Públicas.

² Tabela padrão de referência para pagamento dos serviços prestados por estabelecimentos conveniados e filantrópicos que atendem a rede pública de saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015).

O ciclo de políticas públicas é um esquema de visualização e interpretação que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2012). Sua utilidade consiste em ajudar a organizar as ideias, fazer com que a complexidade de uma política pública seja simplificada e ajudar políticos, administradores e pesquisadores a criar um parâmetro para casos heterogêneos (SECCHI, 2012).

Divide-se em sete fases, sendo: identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção. Conforme Secchi (2012), o ciclo de políticas públicas raramente reflete a real dinâmica ou vida de uma política pública, as fases geralmente se apresentam misturadas e as sequências se alternam. No presente trabalho optou-se por trabalhar as políticas públicas numa abrangência mais simplificada, na tentativa de reconhecimento e não em um estudo aprofundado e detalhado do tema, conforme será visto na análise dos dados.

2.5 Gestão Hospitalar

O segmento hospitalar filantrópico é importante prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o setor de Saúde Suplementar. O papel desempenhado pelo setor é importante “ao se identificar estratégias que garantam sua manutenção, desenvolvimento e maior Integração ao sistema de saúde brasileiro (LIMA et al., 2007, p.117)”. Segundo o mesmo autor esse segmento:

(...) possui cerca de um terço dos leitos existentes no País; apresenta uma rede capilarizada por todo território nacional, com grande número de pequenos hospitais de baixa complexidade distribuídos em municípios do interior do País, incluindo alguns hospitais de elevada complexidade, geralmente localizados em regiões metropolitanas; e metade do seu parque constitui-se nos únicos hospitais dos seus municípios (LIMA et al., 2007, p.117).

Demonstrada a importância desse setor, surge a preocupação em saber se essas entidades têm capacidade gerencial para enfrentar outros problemas, que vão além de procedimentos médicos e hospitalares.

A gestão hospitalar pode ser considerada como a eficiência nos processos de gestão do hospital, trazendo como consequências a redução do número e maior rotatividade dos leitos hospitalares ofertados, redução do tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais e implantação de ações de prevenção, promoção e tratamentos ambulatoriais (FREIRE et al., 2012).

No setor hospitalar filantrópico “a condição incipiente em vigor repercute em riscos para a sua sobrevivência, demandando adequada incorporação e uso eficiente de instrumentos de gestão, bem como medidas de ajustes por parte de seus próprios dirigentes e agentes públicos (LIMA et al, 2007, p.117)”.

Desse modo, as organizações hospitalares filantrópicas devem buscar maneiras inovadoras de se sustentar. Conforme Daft (1999), citado por Couto e Pedrosa (2007) “o hospital contemporâneo comporta-se, cada vez mais, como uma organização prestadora de serviços, cuja oferta apresenta cinco atributos específicos: prestação e consumo simultâneos; personalização das ofertas; participação dos pacientes nos processos de produção; intangibilidade no valor; e ênfase nos procedimentos e atividades assistenciais prestados ao paciente.

De outro lado estão os programas, projetos e ações que devem ser desenvolvidos pelos hospitais para fazer jus ao recebimento de recursos provenientes dos entes da federação.

A Ação Governamental é o conjunto de operações cujos produtos contribuem para os objetivos do programa governamental (RIO GRANDE DO SUL, 2014). Programas de Governo são o principal instrumento que os governos utilizam para promover a integração entre os entes e os setores para otimizar seus recursos, sejam eles financeiros, humanos, logísticos ou materiais (RIO GRANDE DO SUL, 2014). A ação governamental pode ser um projeto, atividade ou operação especial.

Conforme o Guia do PMBOK (2008, p. 15) “um programa é definido como um grupo de projetos relacionados gerenciados de modo coordenado para obtenção de benefícios e controle que não estariam disponíveis se eles fossem gerenciados individualmente”.

Já um projeto é um esforço temporário empreendido para criar um produto, serviço ou resultado exclusivo, que tem fim quando alcançados seus objetivos ou quando se concluir que esses objetivos não serão ou não poderão ser atingidos (PMBOK, 2008).

Assim, além de o gestor ter uma visão ampliada de saúde com capacidade de priorização adequada dos problemas e necessidades da organização a utilização de políticas públicas e os conceitos que a envolvem tem se demonstrado como ferramenta essencial na resolução de diversos problemas (ANDRE; CIAMPONE, 2007). Sendo por meio de leis, portarias, planos de aplicação ou outros instrumentos, as próprias organizações estão executando uma série de projetos como parte desse esforço de mudança (COSTA; SALAZAR, 2007).

3. MÉTODO DE PESQUISA

Na proposta inicial desta pesquisa havia sido selecionada uma amostra integral dos hospitais filantrópicos da 10ª CRS do RS, porém devido à indisponibilidade de alguns hospitais, a pesquisa foi efetivamente realizada com quatro. No entanto, como é uma pesquisa qualitativa, e foram contatados todos os hospitais, considera-se essa amostra suficiente para o estudo. Além do que, as entidades que responderam a pesquisa forneceram informações suficientes para o alcance dos objetivos propostos no artigo, podendo uma futura pesquisa na área, utilizando outra metodologia, abranger integralmente os hospitais da 10ª CRS fornecendo informações complementares às encontradas no presente trabalho.

A pesquisa caracteriza-se como descritiva e qualitativa. É descritiva, pois buscou identificar as características dos hospitais filantrópicos abrangidos pela 10ª CRS do RS. Assim, conforme Gil (2008, p. 28) a pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Será qualitativa porque analisará as respostas dos formulários, distribuídos aos responsáveis pelos hospitais da amostra.

O método escolhido foi o estudo de caso que, a partir de dados qualitativos, analisou quatro instituições filantrópicas compreendidas na região da 10ª CRS do Rio Grande do Sul. Desse modo, Gil (2008, p.57) caracteriza um estudo de caso como um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado. Ainda, afirma Gil (2002, p.140), que os resultados obtidos no estudo de caso devem ser provenientes da convergência ou da divergência das observações obtidas de diferentes procedimentos.

A coleta de dados se deu de duas formas. Foram coletados dados secundários diretamente no sistema DATASUS – SIHSUS (sistema de informações hospitalares do SUS) e CNES (cadastro nacional de estabelecimentos de saúde) sobre indicadores de saúde dos municípios e dos hospitais objeto da análise, como tipo de estabelecimento, tipo de gestão, nº de equipamentos por grupo e por categoria do equipamento, atendimentos prestados, leitos existentes X leitos SUS, serviços prestados e número de atendimentos por AIH (autorização de internação hospitalar); e também foram enviados formulários, contendo 24 questões com perguntas abertas (Apêndice A) via e-mail aos responsáveis pelos quatro hospitais da amostra, de forma que ambos os dados obtidos pudessem ser analisados e realizadas conclusões.

Segundo Marconi e Lakatos (2003, p. 211), o formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado. Gil (2002, p.117), por sua vez, define formulário como a técnica em que o pesquisador formula questões previamente elaboradas e anota as respostas. Além disso, na apresentação do formulário deve ser levada em conta a estética e o espaçamento, cada item deve ter espaço suficiente para a redação das respostas, itens ou subitens devem ser indicados com letras ou números e as perguntas devem ter certa disposição, conservando certa distância entre si (MARCONI; LAKATOS, 2003, p.213). Previamente ao envio dos formulários foi efetuado contato via telefone, em que foi explicado sobre os formulários bem como esclarecidas possíveis dúvidas. O formulário ficou disponível durante vinte dias (01/10/2016 a 20/10/2016) aos responsáveis para preenchimento. A ferramenta utilizada na elaboração do formulário foi o Google Formulários.

A análise dos dados encontrados se deu por meio da análise de conteúdo. Segundo Bardin (2003, p.38), “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Assim, tais técnicas “visam obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis indeferidas) destas mensagens (BARDIN, 2003, p.38)”.

Ainda de acordo com Bardin (2003, p.95), “organiza-se em três fases: pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação”.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A fase de exploração do material consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica.

Desse modo, o processo de categorização foi definido a partir do referencial teórico. Foram elaboradas quatro categorias: Caracterização dos hospitais da amostra, Prestação de serviços ao SUS, Políticas Públicas e repasses e Gestão Hospitalar.

Com base nas categorias propostas foram analisadas as respostas dos formulários e também os dados constantes na base de dados do sistema DATASUS, de forma a interpretá-los de acordo com o referencial teórico.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Seguindo as fases da análise de conteúdo propostas por Bardin (2006) foi possível extrair informações sobre os objetos da análise e interpretá-las segundo as categorias propostas na metodologia.

A primeira categoria caracteriza a região da 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS e os Hospitais da região, com ênfase aos que responderam a pesquisa. Na segunda categoria é analisada a efetiva prestação de serviços ao SUS, a partir de dados encontrados na base de dados do CNES e SIH/SUS bem como são cruzadas informações obtidas pelos formulários. Na categoria Políticas Públicas e repasses passa-se a verificar planos, ações, projetos e programas adotados nos hospitais, além de discutir os repasses às entidades e as fontes de receita. Por fim a categoria Gestão Hospitalar procura encontrar elementos que demonstrem se tais entidades executam gestão hospitalar e a forma como isso ocorre.

Feitas essas observações e com base nas categorias propostas na metodologia passa-se a análise de cada uma delas.

4.1 Caracterização dos hospitais da amostra

A 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul está localizada na região da Fronteira Oeste e compreende um total de 11 municípios, com uma população de 465.038 pessoas (IBGE, 2010).

Alegrete, Barra do Quaraí, Itaqui, Maçambará, Manoel Viana, Quaraí, Rosário do Sul, Santa Margarida do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiiana são os municípios compreendidos. Desses, apenas Alegrete, Itaqui, Quaraí, Rosário do Sul, Santana do Livramento, São Gabriel e Uruguaiiana possuem hospitais à disposição da população, sendo que as demais cidades usufruem desses hospitais no atendimento à sua população.

Os hospitais analisados seriam: Santa Casa de Alegrete, Hospital São Patrício de Itaqui, Fundação Hospitalar de Caridade de Quaraí, Hospital Auxiliadora de Rosário do Sul, Santa Casa de Misericórdia de Santana do Livramento, Santa Casa de São Gabriel e Santa Casa de Caridade de Uruguaiiana. O Quadro 1 estabelece alguns dados comparativos entre os hospitais da amostra.

Quadro 1: Hospitais localizados na 10ª CRS do RS.

Município	Alegrete	Itaqui	Quaraí	Rosário do Sul	Sant'ana do Livramento	São Gabriel	Uruguaiiana
Nº hospitais (2014)	1	1	1	1	2	1	1
Nº de leitos (2016)	186	83	62	104	127	187	249
Nº de leitos disponíveis ao SUS (2016)	127	81	51	77	108	137	198
Nº de AIH (2015)	5.904	2.430	1.490	2.458	5.364	4.584	7.945

Elaborado pelo autor com base em dados do CNES e SIH/SUS.

Ressalte-se que esses dados foram obtidos pelo CNES. É possível notar apenas a cidade de Santana do Livramento com dois hospitais, sendo que um é filantrópico e o outro particular. Além disso, percebe-se que o SUS possui uma alta

disponibilidade de leitos hospitalares, sendo em todos os casos superior a 60% do total de leitos.

Todos os hospitais são considerados Hospital Geral. Conforme o Ministério da Saúde (2000), é considerado Hospital Geral o “estabelecimento destinado a internações de pacientes com atendimento nas especialidades básicas, diagnóstico e tratamento, com existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico 24h, dispendo de serviço de laboratório e radiologia, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos”.

No quesito tipo de Gestão, dos hospitais analisados apenas o Hospital A apresenta Gestão Estadual, os demais hospitais B, C e D apresentam gestão Dupla. Segundo a Secretaria de Saúde do RS (2013), “a gestão identifica a qual gestor (Estadual, Municipal ou Dupla) o estabelecimento tem contrato/convênio e que é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamento dos serviços prestados ao SUS”.

4.2 Prestação de serviços ao SUS

Os hospitais filantrópicos têm como principais fontes de receita o SUS (64%) e convênios com operadoras (16%) (PORTELA et al., 2007). Além disso, apresentam-se como grandes aliados daquele no acolhimento da demanda de serviços, pois tanto o SUS pode realizar convênios e contratos com entidades filantrópicas mediante contratos de gestão, como pagar por serviços quando estes excederem o valor do contrato (BRASIL, 1990). Conforme questionado nos formulários, foi possível observar que todos os hospitais prestam atendimento ao SUS. No entanto para poder receber os benefícios e isenções fiscais a entidade filantrópica deverá, entre outros fatores “ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento)” (BRASIL, 2009). Nesse quesito pode-se afirmar que todos os hospitais prestam serviço além desse percentual, sendo meio a exames, consultas e cirurgias. Observando-se a média percentual relativa aos últimos três meses anteriores à data de envio da pesquisa (junho, julho e agosto de 2016) obteve-se como respostas 68,76% do Hospital A, 86% do Hospital B, 85% do Hospital C e 90% do Hospital D.

Em relação à média de atendimentos geral (atendimentos públicos e privados) realizados nos meses de junho, julho e agosto/2016, verificou-se que o Hospital A realizou 13.341 atendimentos, o Hospital B 4.300, o Hospital C 12.259 e o Hospital D 12.000 atendimentos. Ressalta-se a informação do respondente do Hospital A que em agosto o hospital não realizou atendimentos ao SUS.

Todos os hospitais pesquisados possuem convênios com administradoras de planos privados, sendo que o Hospital A e B declararam ter planos próprios. Conforme Lima et. al (2007, p.117), “alguns hospitais filantrópicos diferenciam-se, portanto, mediante a operação de planos próprios de saúde, vista como estratégia de viabilização da sustentabilidade financeira dessas organizações”. Assim, pode-se afirmar que os hospitais A e B além da contratualização buscam recursos através da execução de planos próprios, “praticando preços menores do que aqueles das demais operadoras do mercado, constituindo-se em alternativa para os segmentos médios da população que não podem arcar com os preços médios observado (LIMA et. al, 2007, p.117)”.

Em relação aos equipamentos disponíveis aos usuários do SUS, a partir da análise dos dados constantes na base de dados do CNES (Cadastro Nacional dos

Estabelecimentos de Saúde) e conforme o Quadro 2 pode se perceber que todos os hospitais disponibilizam os equipamentos que possuem ao SUS.

Quadro 2: Equipamentos hospitalares para manutenção da vida disponíveis ao SUS.

Hospital	Mamógrafo		Raio x		Tomógrafo		Ressonância		Ultrassom		Equipo odontológico	
	N SUS	SUS	N SUS	SUS	N SUS	SUS	N SUS	SUS	N SUS	SUS	N SUS	SUS
A	3	1	8	8	2	1	2	1	15	7	55	39
B	1	1	4	4	0	0	0	0	2	1	21	9
C	1	1	9	5	1	1	0	0	4	4	25	15
D	4	2	9	8	3	3	0	0	11	9	13	8

Elaborado pelo autor com base em dados do CNES.

Percebe-se a ausência de equipamentos de tomografia no Hospital B e de ressonância magnética nos Hospitais B, C e D. A portaria número 1.101/GM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) estabelece em seu anexo os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. De acordo com o Ministério da Saúde “os referidos parâmetros representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas (BRASIL, 2002)”.

Quadro 3: Equipamentos recomendados por número de habitantes

População municipal (FEE, 2014)	Mamógrafo	Raio X	Tomógrafo	Ressonância	Ultrassom
	1/240 mil habitantes	1/25 mil habitantes	1/100 mil habitantes	1/500 mil habitantes	1/25 mil habitantes
77.157	3	8	2	2	15
38.836	1	4	0	0	2
61.656	1	9	1	0	4
40.759	4	9	3	0	11

Elaborado pelo autor com base em resultados da pesquisa.

Com base no quadro acima e na portaria 1.101 de 2002 do MS pode-se perceber que não se encontram nas recomendações técnicas apenas o Hospital B em relação ao equipamento Tomógrafo e os hospitais B, C e D em relação ao equipamento de Ressonância Magnética. No entanto, em sua maioria, os hospitais vão além das recomendações técnicas ideais, demonstrando estarem cumprindo pelo definido em Lei.

Com base nessas informações, nota-se que todos os hospitais da amostra estão prestando serviços acima do percentual definido em lei para ser considerado entidade filantrópica, mantêm equipamentos para realizar exames necessários para manutenção da vida dentro do que propõe a legislação vigente, possuem convênios com administradoras de planos privados e dois possuem planos próprios, reforçando que o setor procura prestar efetivamente serviços ao SUS, sem deixar de realizar atendimento a sua segunda maior fonte de renda – os convênios com operadoras.

4.3 Políticas Públicas e Repasses

Política pública pode ser considerada uma diretriz para enfrentar um problema público. Segundo Secchi (2012), um problema público é a diferença entre

o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública e, para um problema ser considerado público, este deve ter implicações para uma quantidade ou qualidade notável de pessoas. Sendo assim, este trabalho considerou políticas públicas as ações, programas e projetos desempenhados nos hospitais da análise para manterem suas portas abertas, com qualidade no atendimento e efetiva prestação de serviços.

Com as informações mencionadas na primeira categoria, além de reconhecer a efetiva prestação de serviços ao SUS, foi possível verificar o papel desempenhado na região pelos hospitais analisados. Além disso, o Quadro 4 dispõe de informações econômicas sobre os hospitais, as quais foram repassadas pelos gestores.

Quadro 4: Valor dos recursos financeiros segundo a fonte.

Fonte de Recurso	União	Estado	Município	Próprios	Total geral
Hospital A	N declarado	R\$ 730.000,00	R\$ 240.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 982.000,00
Hospital B	R\$ 136.000,00	R\$ 428.000,00	R\$ 195.000,00	R\$ 250.000,00	R\$ 1.009.000,00
Hospital C	R\$ 165.000,00	R\$ 519.000,00	R\$ 290.000,00	N declarado	R\$ 974.000,00
Hospital D	R\$ 142.000,00	R\$ 194.000,00	R\$ 162.000,00	R\$ 100.000,00	R\$ 598.000,00

Elaborado pelo autor com base em dados obtidos pelo formulário.

Conforme os valores do Quadro 4 é possível verificar que a maior fonte de receita pública dos hospitais provém do Estado, seguido pelos Municípios e União. Além disso, com base nessas informações percebem-se os hospitais B e D com uma fonte de renda própria significativa.

Vale lembrar que esses recursos são repassados mediante contratualização entre o ente público e a entidade assistencial, onde essa deve executar ações e alcance de metas para recebimento do recurso (recurso vinculado), sendo que o Estado controla a aplicação desses recursos por meio do controle por resultados, estabelecidos nos contratos de gestão (CONASS, 2011).

De acordo com o formulário todos os hospitais afirmaram se incluir em políticas nacionais de saúde, o Hospital A citou como política o Aleitamento Materno e Humanização, o Hospital B citou o benefício de isenção da cota patronal do INSS, os demais Hospitais não declararam nenhuma informação. A partir dessas respostas, pode-se perceber uma dificuldade em relação ao entendimento do que é uma política pública por parte dos respondentes, sendo que apenas o Hospital A descreveu uma política pública de fato, sendo que o Hospital B citou um benefício recebido através de execução de uma política (cota patronal INSS) e os demais hospitais não descreveram que políticas praticavam.

Também foi questionado aos hospitais se eram executadas ações sugeridas por políticas públicas, tais como a execução de planos de trabalho, aperfeiçoamento e treinamento profissional, alcance de metas, criação de indicadores. O Hospital A afirmou realizar ações, no entanto não as descreveu. O Hospital B, além de afirmar realizar ações descreveu que “em cada convênio há um plano de trabalho que deve ser cumprido, bem como metas a serem cumpridas” dentre essas metas citou redução da taxa de cesáreas, redução do índice de infecção hospitalar e aumento do volume de cirurgias eletivas. O Hospital C executa ações e citou a educação continuada e plano operativo. Por fim, o Hospital D alegou realizar através da contratualização sobre metas qualitativas, com prestação de contas trimestralmente a Coordenadoria Regional de Saúde.

Pode-se perceber que novamente há confusão em relação aos conceitos de ação, programa, projeto, meta. A redução da taxa de cesáreas, do índice de infecção hospitalar e aumento do volume de cirurgias eletivas são objetivos do programa governamental; a educação continuada e o plano operativo são programas em si, pois “envolvem um grupo de projetos relacionados gerenciados de modo coordenado para obtenção de benefícios e controle que não estariam disponíveis se eles fossem gerenciados individualmente (PMBOK, 2008, p.15)”. A contratualização sobre metas qualitativas é uma ação que faz parte de um programa, visto que contribui para os objetivos do programa governamental.

Assim, o Hospital A não descreveu ações, o Hospital B citou objetivos do programa de governo, o Hospital C citou programas do Hospital e o Hospital D uma ação referente a um programa de governo.

Tudo que foi citado pelos hospitais faz parte de um todo. Um programa é considerado um grupo de projetos, um projeto é um tipo de ação destinada a alcançar um objetivo de um programa (BRASIL, 2002). Todos têm em comum serem requisitos essenciais de um contrato - contrato de gestão - para o alcance dos objetivos da política pública a que se referem (CONASS, 2011). Isso acaba por fortalecer a organização, visto que os contratos se colocam como um instrumento de gestão estratégica, na medida em que direcionam a ação organizacional, assim como a melhoria da gestão, aos cidadãos/ clientes beneficiários de determinadas políticas públicas (CONASS, 2011).

Complementarmente à última questão, foi questionado se os Hospitais seguiam programas específicos, geradores de incentivos, aqui entendidos como programas nacionais ou estaduais que podem ser adotados por determinada entidade de acordo com a capacidade e perfil. Novamente todos os hospitais alegaram seguir os programas vigentes, porém apenas os Hospitais B e D demonstraram os programas que seguiam, sendo Casa da Gestante, Leitos de Saúde Mental, Porta de entrada SAMU comuns em ambos, ficando Serviço Integrado de Atenção Especializada Ambulatorial e complementação diária útil, respectivamente sendo o único diferente entre os hospitais. Percebe-se que o Estado utiliza esses programas de incentivos como mecanismo de controle do que a instituição executa, direcionando suas ações aos objetivos de cada programa. Assim, promove o fomento às atividades publicizadas e exerce sobre elas um controle estratégico: demandando resultados necessários ao atingimento dos objetivos das políticas públicas (CONASS, 2011).

Para finalizar essa categoria foi perguntado se os hospitais apresentavam suas contas em dia e obteve-se que o Hospital A com fornecedores e funcionários apresenta as contas em dia, no entanto deve FGTS, INSS e Receita Federal. O Hospital B disse não estar em dia, ressaltando que a redução dos repasses do Estado, levou o hospital para a inadimplência, complementa que o custo do hospital está em torno de R\$ 1.100.000,00 por mês, sendo a receita em torno de R\$ 1.000.000,00. Por fim, o Hospital C disse estar em dia e o Hospital D apenas alegou não estar em dia.

Com base nas informações pode-se afirmar que todos os hospitais estão incluídos nas políticas públicas atuais, principalmente aquelas vinculadas a repasses econômicos. Além disso, as ações, programas e projetos praticados fazem parte de contratos de gestão, onde a organização recebe o repasse se forem alcançadas determinadas metas e atingidos objetivos. Também se percebe que a partir dos resultados de cada programa o Estado realiza um controle estratégico que vai de encontro aos objetivos previamente definidos pelas políticas públicas a que se

referem. Além disso, em relação a políticas públicas, pôde-se notar nos parágrafos anteriores desse capítulo algumas etapas do ciclo de políticas públicas como a formulação de alternativas e a implementação, que são realizadas diretamente nos hospitais. Além disso, num contexto geral, os hospitais são grandes estimuladores para a criação de políticas públicas.

Por fim, os resultados obtidos pelo Estado através dos números de cada programa realizado pela entidade de acordo com sua capacidade e perfil podem ser percebidos como mecanismos de avaliação da política pública, pois com base nesses dados pode-se perceber o nível de redução do problema além do que verificar o estado em que tais políticas se encontram (SECCHI, 2012).

4.4 Gestão Hospitalar

Nesse último tópico foram analisados os hospitais em relação à gestão hospitalar. Conforme visto na seção anterior, podemos entender gestão hospitalar como “a eficiência nos processos de gestão do hospital, trazendo como consequências a redução do número e maior rotatividade dos leitos hospitalares ofertados, redução do tempo médio de permanência dos pacientes nos hospitais e implantação de ações de prevenção, promoção e tratamentos ambulatoriais (FREIRE et al., 2012, p. 32)”.

No entanto, não se pode falar de gestão hospitalar sem antes verificar os profissionais que se encontram a frente de cada organização, pois “a gestão do SUS requer gestores com experiência e competência para agir sobre determinadas situações e com habilidade para desenvolver ações (COSTA; SALAZAR, 2007, p. 492)”. A partir disso a pesquisa foi respondida por profissionais da alta administração, os quais possuem informações privilegiadas e capacidade de decisão. No Quadro 5 podemos observar as características de cada respondente.

Quadro 5: Perfil dos respondentes da pesquisa.

Hospital	Idade	Cargo	Tempo no cargo	Remuneração	Tempo no hospital	Grau de escolaridade
A	40	Diretora operacional/financeira	05 anos	Acima de R\$ 3.526,01	18 anos	Pós graduação
B	63	Administrador	20 anos	Acima de R\$ 3.526,01	20 anos	Ensino Superior
C	43	Coordenadora da Controladoria	10 anos	Acima de R\$ 3.526,01	26 anos	Pós graduação
D	53	Administrador	06 meses	Até R\$ 880,00/mês	06 meses	Pós graduação

Elaborado pelo autor com base em dados obtidos através do formulário.

Podemos destacar dentre essas informações que os gestores dos Hospitais A, B e C estão há bastante tempo na organização que gerem, além de que vemos dois com nível de pós-graduação e tempo superior a 18 anos na organização, demonstrando experiência expressiva na área da saúde (hospitalar).

Também chama atenção o gestor do Hospital D que está há apenas seis meses no cargo e pelo mesmo período no hospital, divergindo da lógica presente nos demais hospitais. Portanto, a atuação do gestor na saúde “tem uma relação direta com sua formação acadêmica, com o nível de conhecimento técnico-gerencial obtido em cursos na área de gestão em saúde e com a experiência adquirida em gerência de serviços (COSTA; SALAZAR, 2007, p. 492)”. Além do que numa

avaliação dessa natureza, a experiência constitui-se em elemento-chave para o gerenciamento de serviços na área de saúde (MINTZBERG, 2001).

Esses profissionais e suas equipes são os responsáveis pela gestão do hospital. Sendo assim, foram questionados se praticavam algum programa ou projeto específico destinado à gestão hospitalar. O hospital A citou participar do programa Saúde Brasil e que recebe consultoria externa por meio de uma empresa contratada para esse fim. Por sua vez, o hospital B disse possuir projetos próprios, como cartão desconto, programas de combate ao desperdício, projeto de saúde ocupacional e projeto Checkup. O hospital C disse não praticar, e o hospital D disse estar iniciando um projeto de planejamento estratégico para o hospital.

Para complementar foi perguntado se os hospitais possuem gestão hospitalar, na pergunta considerou-se gestão hospitalar como ações nas áreas de pessoal, financeira, contábil, de projetos, que contribuam para a melhoria contínua na prestação de serviços e na subsistência e manutenção do Hospital. O Hospital A afirmou praticar ações através da gestão de indicadores, conforme padrões definidos em cada área. Os Hospitais B e C atribuem sua gestão a partir de programas de gerenciamento hospitalar, sendo SALUx Gerenciamento Hospitalar e Programa de Simulador Orçamentário, respectivamente a cada Hospital. Por fim o Hospital D disse estar reorganizando o sistema contábil e financeiro para iniciar a implementação de software de gestão. Desse modo, verifica-se uma grande dependência de sistemas de informação, que conforme Ceriulli (2015), o gerenciamento de informações, com a utilização de sistemas de informações, como instrumentos de apoio à decisão em hospitais (...), quando bem gerenciados, podem transformar para melhor a gestão da unidade.

Também foram questionados sobre o desenvolvimento de seus profissionais onde todos os hospitais demonstraram ter programa de educação continuada. Além disso, o Hospital B afirmou participação de seus profissionais em cursos desenvolvidos pela Federação de Hospitais Filantrópicos e também citou que o hospital possui uma comissão Interna de Prevenção de acidentes (CIPA). Por fim, o Hospital D disse possuir programa de qualificação técnica, voltado para a área administrativa e de enfermagem. Isso confirma a ideia de Andre e Ciampone (2007) que afirmam que o gestor enquanto líder deve saber trabalhar com sua equipe de maneira a compor os conhecimentos e habilidades do grupo na busca de um ambiente onde ocorra a sinergia e o desenvolvimento contínuo das pessoas. Além disso, “a capacidade de resolução dos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência à saúde, requer a implantação das mudanças necessárias à assistência que o serviço se propõe a prestar, com recursos humanos suficientes e capacitados, e recursos financeiros, equipamentos, materiais e medicamentos (COSTA; SALAZAR, 2007, p. 489)”.

Finalizando, foi perguntado se existia alguma sugestão de programa ou projeto que facilitaria a gestão do hospital. O Hospital A sugeriu um programa que realizasse a integração de todos os sistemas do hospital. O Hospital B sugeriu um programa que realizasse maior captação de receita e também um projeto de interiorização de médicos, onde aqueles egressos de cursos públicos atendessem em cidades distantes dos grandes centros. O Hospital C mencionou estar iniciando um projeto junto ao Estado do Rio Grande do Sul e a Federação dos Hospitais. O Hospital D sugeriu uma maior integração com a Secretaria Estadual de Saúde e o estabelecimento de cursos de avaliação do cumprimento de metas. Pôde-se perceber como a falta de integração é citada e como os profissionais da alta administração atribuem a resolução de tais problemas a programas (softwares de

gestão). Isso vai ao encontro à ideia de que para manusear grande número de informação, as empresas precisam de uma estrutura integrada e de um sistema de informação que consiga disseminar as informações com rapidez aos gestores e profissionais de saúde (CHOO, 2006). Além disso, para Lemos (2009) citado por Freire et al. (2012), a organização hospitalar deve trabalhar de forma integrada na rede de serviços de saúde, estabelecendo fortes relações de interdependência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou entender como ocorre a gestão hospitalar das entidades localizadas na 10ª CRS do RS tomando como base as políticas públicas locais e programas vigentes. A partir do referencial teórico foi sendo delineado o curso que a pesquisa tomaria. Com base na análise dos resultados foi possível caracterizar as unidades e afirmar que todas as entidades investigadas prestam serviços ao SUS além dos limites definidos para a entidade ser considerada filantrópica e poder usufruir dos benefícios concedidos pelo CEBAS.

Também se constatou que existem políticas públicas sendo executadas por essas entidades bem como ações sugeridas por políticas públicas. Ressalta-se que, em relação ao primeiro questionamento, as respostas ao formulário foram delimitadas, mas no decorrer das perguntas foi possível verificar outras ações, projetos e programas que podem influenciar positivamente na gestão hospitalar. Pode ser citado como exemplo o alcance de metas para recebimento dos recursos, a política do aleitamento materno e humanização, os benefícios gerados por ser entidade filantrópica, os planos de trabalho, a gestão de indicadores e a utilização de programas de gerenciamento hospitalar. Além disso, destaca-se a grande preocupação dos hospitais com as políticas que retornam incentivos financeiros aos Hospitais.

Em relação às peculiaridades e semelhanças entre políticas e programas adotados pelos hospitais foi possível verificar mais semelhanças do que peculiaridades. Nos programas específicos nota-se o hospital B e D realizando as mesmas ações, também é possível verificar todos os hospitais praticando a educação continuada e a maioria com algum tipo de sistema de gerenciamento hospitalar. Entre peculiaridades percebem-se hospitais readequando seu sistema contábil, outro investindo em consultoria externa, alguns iniciando seu planejamento estratégico. Torna-se possível inferir que cada hospital, de acordo com sua capacidade e perfil, segue determinado tipo de política, além de que é notável as ações que estão sendo praticadas para dinamizar a subsistência individual de cada organização.

Por fim a maior política utilizada é sem dúvida a prestação de serviços ao SUS, mediante contratualização com os entes federados (União, Estado e Município). Conforme o Quadro 4 foi possível verificar a dimensão desse montante, sendo o Estado (RS) o maior repassador de recursos. Também se percebeu na resposta do Hospital B, quando perguntado se o hospital possuía suas contas em dia, “que a redução dos repasses do Estado (RS) levou o hospital para a inadimplência”. Com isso e com os dados do Quadro 4 confirma-se que a redução no repasse influencia negativamente na qualidade e capacidade do hospital. Além da contratualização, não foi obtida nenhuma outra política que se destinasse ao incentivo econômico e financeiro dos hospitais.

Para responder a pergunta principal desta pesquisa nota-se que a gestão hospitalar está assentada principalmente no que o Estado propõe por meio das

políticas nacionais e regionais. No entanto, com a situação de escassez de recursos percebe-se que os hospitais estão progredindo, em passos lentos, para uma situação onde possam ao menos tentar ser autossustentáveis. Foi possível verificar também que a gestão hospitalar é atribuída quase que integralmente a sistemas de gerenciamento hospitalar. Além de que afirmar que os hospitais não estavam preparados para esse tipo de situação, vendo que em sua maioria encontram-se endividados.

Ressalte-se que essa pesquisa buscou compreender a gestão hospitalar que está sendo aplicada nos hospitais da 10ª CRS do RS e, além disso, buscou contribuir para o entendimento do autor sobre o tema e de outras pessoas que venham a se interessar sobre os hospitais filantrópicos. Ficou demonstrada a importância desses hospitais e o que eles representam para a região.

Como limitações, descreve-se a dificuldade em obter o formulário respondido. Devido a distância entre o pesquisador e as unidades pesquisadas nem sempre o contato telefônico e via email é a melhor alternativa, no entanto nesse estudo foi a opção disponível. Das sete unidades que o estudo se propôs a estudar, conseguiu quatro. Nem por isso a pesquisa ficou inviabilizada.

Ressalte-se que outras pesquisas são importantes nessa área, demonstrada a importância do tema e a carência de pesquisas ligadas às políticas públicas em hospitais. Essa pesquisa abriu a discussão, no entanto são necessárias outras que venham a abordar mais detalhadamente as políticas utilizadas nesses hospitais e também as ações internas desempenhadas pelos mesmos na busca por melhores serviços. Espera-se pesquisas que possam abordar também a gestão hospitalar além dos SI's e planos de trabalho que envolvam hospitais da mesma região (CRS), bem como pesquisas que analisem a relação dos hospitais com as respectivas Coordenadorias Regionais de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRE, Adriana Maria; CIAMPONE Maria Helena Trench. **Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde**. Revista de Administração em Saúde, 2007, vol.9, no. 34, p.16-21.

ARAUJO, Catia Rosana L. de Araujo; Marques, Dilva Carvalho. **Manual para elaboração e normatização de trabalhos acadêmicos: conforme normas da ABNT**. 3ª ed. rev. e ampl. - Bagé: Universidade Federal do Pampa, 2013.

BARDIN, Laurence. (2006). **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

BORGES, José Maria. 20 Anos De Sus. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais /** Organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et al.].Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão Administrativa e Financeira no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília : CONASS, 2011. 20ª Ed.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2016.

BRASIL. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 25 de junho de 2016.

BRASIL. **DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado**. Disponível em: <<http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php>> Acesso em: 25 de junho de 2016.

BRASIL. **Lei Nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12101.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2016.

BRASIL. **Lei Nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm#art22>. Acesso em 23 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 511, De 29 De Dezembro De 2000**. Disponível em:<<http://snalegisusexterno.saude.gov.br/legisusexterno/visao/telainicial/telainiciallegisla caopesquisaavancadapage.html?1>>. Acesso em 04 de dezembro de 2016.

CERIOLLI, Diana et al. **Fluxo informacional e gestão hospitalar: um estudo de caso no hospital e maternidade municipal de Pimenta Bueno – RO**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, 2015, vol. 12, no. 4, p. 76-93.

CHOO, ChunWel. **A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões**. 2. ed. São Paulo: SENAC, 2006.

COSTA, Maria Bernadete de Souza; SALAZAR, Pedro Eugenio Lopes. **Gestão das mudanças no Sistema de Saúde Pública**. Revista de Enfermagem UERJ, 2007, vol. 15, no. 4, p. 487-494.

FORUM NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS – FONIF. **A contrapartida do Setor Filantrópico para o Brasil**. DOM Strategy Partners, 2015.

FREIRE, Renata Pascoal et al. **Gestão de equipamentos médicos: o papel das práticas de qualidade em um hospital de excelência brasileiro**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, 2012. P. 30-43.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. **Perfil Socioeconômico do RS – Municípios**. Disponível em: < <http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/municipios/>>. Acesso em 06 de dezembro de 2016.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 4ª Ed. 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 6ª Ed. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária [AMS], 2009**. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

LIMA, Sheyla Maria Lemos et al. **Hospitais Filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil**. Rev. Saúde Pública, 2007, vol.41, no.1, p.116-123.

MARKONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 5ª Ed. 2003.

MATTA, Isabela Braga da; FERREIRA, Marco Aurélio Matos; SILVA, Edson Arlindo. **Políticas Públicas no Setor de Saúde: Mudanças, Tendências e Desafios sob a Perspectiva da Administração Pública**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, v.11, n.1, p. 12-27, janeiro/março. 2014.

MINTZBERG, Henry. **O processo da estratégia**. Tradução de James Sunderland Cook. 3ª ed. Porto Alegre (RS):Bookman;2001.

PORTELA, Margareth C et al. **Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil**. Revista Saúde Pública, vol.38, no.6, p.811-818, Dez 2004.

PORTELA, Margareth Crisóstomo et al. **Estudo sobre os hospitais filantrópicos no Brasil**. Revista de Administração Pública, Abr 2000, vol.34, no.2.

RIO GRANDE DO SUL. **Portal da Transparência de Recursos Públicos: Glossário**. Disponível em: <<http://www.transparencia.rs.gov.br/webpart/system/Glossario.aspx>> Acesso em 06 de dezembro de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Secretaria do Planejamento, Mobilidade e Desenvolvimento Regional. Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul, 2015**. Disponível em: <http://www.atlassocioeconomico.rs.gov.br/conteudo.asp?cod_menu_filho=814&cod_menu=811&tipo_menu=INDICADORES&cod_conteudo=1438> Acesso em: 28 de agosto de 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Relatório Anual de Gestão do SUS/RS 2013**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1410980179_Anexo%20I_RAG%202013.pdf>. Acesso em 06 de dezembro de 2016.

SANTOS, Lucas Maia dos; FARIA, Adriana Moreira Bastos de. FARIA, Evandro Rodrigues de. **Análise da alocação de recursos em saúde na região sudeste do Brasil**. Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde, vol. 3, n.5, p. 11-25, jul./dez. 2010.

SANTOS, Neusa Maria. **A Organização da Saúde no Rio Grande do Sul**. Revista Gestão & Saúde, Curitiba, v. 1, n. 3, p1-10. 2010.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning. 2012, 1ª Ed.

UGA, Maria Alicia Dominguez, BARBOSA Pedro Ribeiro, LIMA Sheyla Maria Lemos, VASCONCELLOS Miguel Murat, GERSCHMAN Silvia, PORTELA Margareth Crisóstomo. **Dimensionamento dos planos de saúde comercializados por hospitais filantrópicos no Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2004.

APÊNDICE A – Formulário de Pesquisa

PESQUISA DE CAMPO – POLÍTICAS PÚBLICAS EM HOSPITAIS FILANTRÓPICOS

O Sr.(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Políticas Públicas em Hospitais Filantrópicos: Um estudo sobre os hospitais localizados na 10ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS” que tem como finalidade entender como ocorre a gestão dessas entidades com base na análise das políticas públicas locais e programas vigentes.

As instruções para preenchimento desse formulário encontram-se no email em que foi enviado o link de acesso a esse formulário, com o nome de “Carta de Apresentação”.

Qual a sua idade? _____

Qual o seu cargo atual? _____

Há quanto tempo está nesse cargo? _____

Qual a sua renda individual mensal?

() de R\$ 880,00 até R\$ 1.776,00

() de R\$ 1.776,01 até R\$ 2.656,00

() de R\$ 2656,01 até R\$ 3.536,00

() acima de R\$ 3.536,01

Há quanto tempo trabalha no hospital? _____

Qual o seu grau de escolaridade?

() Ensino Fundamental

() Ensino Médio

() Ensino Superior

() Pós-graduação

O hospital presta atendimento ao SUS? _____

Qual o número de atendimentos prestados no último mês ou o número médio (aproximado) de atendimentos dos últimos três meses? _____

Qual a porcentagem (aproximada) de serviços (exames, consultas, cirurgias) prestados ao SUS em relação ao total de serviços prestados (considerar o período dos últimos três meses)? _____

O hospital recebe repasses do governo federal? Qual valor aproximado mensal? _____

O hospital recebe repasses do governo estadual? Qual valor aproximado mensal? _____

O hospital recebe repasses do governo municipal? Qual valor aproximado mensal? _____

O hospital recebe receitas do setor privado? Por que meios (sócios, convênios, doações, campanhas internas)? Qual valor aproximado mensal? _____

O hospital se inclui em políticas nacionais da saúde (aqui entendidas todas as políticas que beneficiam os hospitais, sejam econômicas, fiscais, de planejamento, de prevenção, de higiene e outras)? _____

O hospital executa ações sugeridas por políticas públicas (tais como execução de planos de trabalho, aperfeiçoamento e treinamento profissional, alcance de metas e indicadores, além de outros)? Se sim, descreva-as. _____

O hospital segue programas específicos, que geram incentivos, de acordo com a capacidade e perfil das instituições? Exemplos desses programas são: serviços de gestante de alto risco, casa da gestante, mãe canguru, leitos de saúde mental, traumatologia-ortopedia, complementação de diárias de UTI, plantão presencial, serviços integrados de atenção especializada ambulatorial, porta de entrada para o Samu, saúde prisional e indígena, transplantes, egressos de UTI/UCI e neonatal, complementação da tabela SUS e cofinanciamento de hospitais próprios com administração terceirizada. _____

O hospital segue algum tipo de programa regional destinado a gestão econômico-financeira (o IHOSP é citado como exemplo)? Qual? _____

O hospital segue algum tipo de programa nacional destinado a gestão econômico-financeira? Qual? _____

O hospital pratica algum programa ou projeto específico destinado a gestão hospitalar? Qual? _____

O hospital possui gestão hospitalar (aqui entendida como ações nas áreas de pessoal, financeira, contábil, de projetos, que contribuam para a melhoria contínua na prestação de serviços e na subsistência e manutenção do Hospital)? de que tipo? _____

O hospital apresenta suas contas em dia? _____

O hospital mantém programas de desenvolvimento de seus profissionais?
Quais? _____

O hospital possui convenio com administradoras de planos privados? _____

Existe alguma sugestão de programa/projeto que na sua opinião facilitaria a gestão do hospital? _____