

Faculdades Alves Faria
Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Administração

Análise do modelo gerencial de um Hospital: a percepção dos usuários a partir da mudança da arquitetura organizacional

Marcus Vinícius Rodrigues Lima

GOIÂNIA
2014

Faculdades Alves Faria
Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Administração

Análise do modelo gerencial de um Hospital: a percepção dos usuários a partir da mudança da arquitetura organizacional

MARCUS VINÍCIUS RODRIGUES LIMA

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ FELIPE SERPA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Administração, das Faculdades Alves Faria – ALFA, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Administração.

GOIÂNIA
2014

Catálogo na fonte: Biblioteca Faculdades ALFA
Bibliotecária: Ana Cristina Alves da Silva – CRB-1/1809

L732a Lima, Marcus Vinicius Rodrigues.

Análise do modelo gerencial de um Hospital: a percepção dos usuários a partir da mudança da arquitetura organizacional / Marcus Vinicius Rodrigues Lima. – 2015
200 f. ; 31 cm.

Dissertação (Mestrado em Administração) — Faculdades ALFA, 2015.

“Orientador: Prof. Dr. Luis Felipe Serpa”.
Bibliografia: 121-128.

1. Organizações sociais. 2. Arquitetura organizacional. 3. Hospital. I. Marcus Vinicius Rodrigues Lima. II. Faculdades ALFA - Mestrado em Administração. III. Título.

CDU: 658.012.2:614.2

Faculdades Alves Faria
Programa de Pós – Graduação Stricto Sensu
Mestrado Profissional em Administração

Análise do modelo gerencial de um Hospital: a percepção dos usuários a partir da mudança da arquitetura organizacional

AVALIADORES:

Prof^o. Dr. Luiz Felipe Serpa (Orientador)
Faculdades Alves Faria

Prof^o. Dr. Luiz Roberto Calado (Membro Interno)
Faculdades Alves Faria

Prof^a. Dr^a. Kátia Silene de Oliveira Maia (Membro Externo)
Faculdade Projeção de Brasília

GOIÂNIA
2014

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por sempre ter me levado para o caminho certo e no momento certo.

Ao Prof. Luiz Felipe Serpa, pela disponibilidade, paciência e persistência na minha orientação, fatores indispensáveis para a qualidade desta pesquisa.

Aos demais membros da banca, Luiz Roberto Calado e Kátia Silene de Oliveira Maia, que, desde a qualificação, passaram a contribuir muito para os resultados alcançados. Estendo ainda esse agradecimento a minha amiga Hérica Landi de Brito, pelas observações e recomendações que enriqueceram este trabalho ao longo de sua construção e também a Professora Ecléa Campos, que, contribuiu significativamente com este trabalho, a partir da revisão da linguagem.

À minha família e amigos, pela tolerância ao meu temperamento durante a execução desta dissertação, pela ausência ocasionada pela dedicação nesta pesquisa e pelo estímulo para a sua conclusão.

À Diretoria do Grupo Real, representada pelos Senhores Ernesto, Frederico e Bruno, pela compreensão de minha ausência durante a etapa final da pesquisa.

Aos amigos da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, Ana Maria de Castro Fonseca e Karla Azeredo de Castro Ramos, que passaram por minha vida e que sempre me incentivaram na busca do meu crescimento profissional.

A Diretoria das Faculdades Alves Faria que sempre me apoiou na busca deste título: Fabine Évellyn Romão Pimentel, Nelson de Carvalho Filho e Ricardo Daher Oliveira (hoje em outra IES).

Aos amigos que já fizeram ou fazem parte de minha história e nos momentos difíceis sempre souberam me confortar e incentivar a superar todos os obstáculos: Sandra Paola, Carlos Eduardo, Fernanda Moreira, Anna Flávia Félix, Sônia Storch, Nívia Pacheco e Wederson Viana.

Sua vida pode ser uma comédia, uma aventura ou uma história de superação, sucesso e amor. Mas pode ser também um drama, uma tragédia ou a monotonia da não-mudança.

Porque todos nós temos tudo isso em nossas vidas. O que muda é como editamos, em quais experiências mantemos o foco e sobre o que falamos.

Fale do drama, e sua vida será um drama. Fale da aventura e a mesma vida será deliciosa.

Aldo Novak

LIMA, Marcus Vinícius Rodrigues. **Análise do Modelo Gerencial de um Hospital**: A percepção dos Usuários a partir da mudança da arquitetura organizacional. 2014. 95 fls. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdades Alves Faria - ALFA, Goiânia.

RESUMO

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 apresenta dificuldades. Algumas experiências têm mostrado que essas dificuldades podem estar relacionadas ao modelo de gestão pública adotado em nosso país. Assim, buscou-se analisar e descrever como os pacientes, médicos e gestores de um hospital percebem a mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam a partir da mudança da arquitetura organizacional, através de um estudo de caso realizado em um hospital que teve sua administração repassada para uma Organização Social. Para compreender as transformações ocorridas na gestão pública brasileira, a partir de 1995 com Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, foi construída uma revisão teórica sobre os estudos que tratam das Organizações hospitalares com ênfase nos modelos gestão burocrático weberiano e sua evolução para um modelo de administração por objetivos, a partir da chamada “Nova Administração Pública”. Trata-se, portanto, de uma pesquisa qualitativa, em que, elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturada para compreender a percepção dos participantes acerca da mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam a partir da mudança da arquitetura organizacional. Concluímos que, no caso dos pacientes, a percepção que eles têm 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, capturamos 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.

Palavras-Chave: Organizações sociais, Hospital, burocracia, eficácia dos serviços, arquitetura organizacional.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is considered one of the largest public health organizations in the world. Its goal is to provide a quality health service to any citizen, going from ambulatory to any other complex procedure. However, after twenty five years of existence, in despite of its advances, SUS still has its difficulties. Some experiences have shown that such difficulties could be related to the public management system adopted in our country. Then, we sought the analyses and description of how the patients, doctors and managers of a hospital perceive the changes of the different levels of efficiency in services which use the organizational architecture change, through the study of a specific hospital whose administration has been given to a social organization. In order to understand the transformations occurred in the Brazilian public management from the year of 1995 with the Master Plan of Reformation from the State Apparatus, it has been done a theoretical review about the studies related to hospital organizations with emphasis in the Weberian bureaucratic model of management and its evolution towards a model of administration by targets, the so called 'New Public Management'. Therefore, this work is about a qualitative research, in which, we prepared a series of semi structured interviews to comprehend the perception from the partakers and their opinions about the different levels of efficiency in services which use the organizational architecture change. We concluded that, when it comes to patients, their perceptions have to do with how long the attendance took and also how humanized they were treated. To doctors, the point of view is generally different. They perceive the change from the conditions they dispose to perform the medical care, and they consider relevant the hospital diagnose and support as well as the availability of medicine and other necessary instruments. Finally, we get that, from the managers' view, the hospital care would achieve the level of excellence if the government distributed the patients in a more efficient form, so that each health unit could provide their due service under their capability.

Key words: Social organizations, hospital, bureaucracy, service efficiency, organizational architecture.

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	17
1.1.	Definição do Problema.....	20
1.2.	Objetivos	20
1.3.	Objetivo Geral.....	20
1.4.	Objetivos Específicos	21
1.5.	Estrutura do Trabalho	21
2.	A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL	23
2.1	A Organização Social – Origens e Conceitos	23
2.2	A Organização Formal – Origens e Conceitos.....	25
2.3	A Consolidação da Estrutura Organizacional.....	26
2.4	A Empresa Como Um Conjunto de Sistemas	27
2.5	A Estrutura nas Organizações	29
2.5.1	A Departamentalização nas Organizações	31
3.	A MUDANÇA DA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL E SUA RELAÇÃO COM OS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA.....	34
3.1	O modelo burocrático weberiano.....	34
3.2	O processo de mudança da Administração pública	36
3.2.1	Aspectos gerais do Gerencialismo Puro.....	37
3.2.2	Aspectos gerais do <i>Consumerism</i>	41
3.2.3	Aspectos gerais do Public Service Orientation (PSO)	42
3.3	Experiências das mudanças ocorridas na saúde pública no Brasil.....	46
3.3.1	O contrato de gestão como principal recurso de mudança	50
4.	A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SUAS ESPECIFICIDADES	57
4.1	Análise dos processos nas organizações hospitalares	61
4.2	A questão da qualidade na prestação dos serviços de saúde	63

4.3	Cuidados na análise da percepção dos pacientes	69
5.	A EVOLUÇÃO DO MODELO DE SAÚDE PÚBLICA ADOTADO EM GOIÁS.....	76
5.1	A Estrutura Organizacional do HUGO antes da Mudança do Modelo de Gestão	78
5.2	O processo de mudança do Modelo de Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO)	79
5.3	Características Gerais do Novo Modelo de Gestão.....	82
5.4	Destinação dos Recursos Financeiros.....	83
6.	METODOLOGIA DE PESQUISA APLICADA NO TRABALHO	84
6.1	Amostra	89
6.2	Participantes	91
6.3	Planejamento e Operacionalização da Pesquisa.....	93
6.4	Coleta e Análise dos Dados	95
6.4.1	O Questionário e a Entrevista	96
7.	ANÁLISE DOS RESULTADOS	98
7.1	Categoria 1: Qualidade no atendimento percebida	99
7.1.1	Análise da qualidade no atendimento percebida nos relatórios de gestão.....	103
7.2	Categoria 2: Tempo de Atendimento	105
7.2.1	Análise do tempo de atendimento percebido nos relatórios de gestão.....	108
7.3	Categoria 3: Orientação ao Paciente	111
7.3.1	Análise da orientação ao paciente percebida nos relatórios de gestão.....	113
7.4	Categoria 4: Fator Humanização.....	114
7.4.1	Análise do fator humanização percebido nos relatórios de gestão.....	116
8.	Conclusões	118

Bibliografia Referenciada	122
APÊNDICE A - Entrevista para pacientes	
APÊNDICE B - Entrevista para os médicos	
APÊNDICE C - Entrevista para os gestores	
APÊNDICE D – Categorização – Matriz das Entrevistas	
APÊNDICE E – Transcrição Literal das Entrevistas	

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIH – Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APO – Administração por Objetivos
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CF – Constituição Federal
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COSEMS-GO – Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado de Goiás
DEGERTS – Departamento de Gestão e Regulamentação do Trabalho em Saúde
DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DEMAS – Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
FIPE/USP – Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FSP/USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
GEC – Gerência de Engenharia Clínica
GEDUS – Gerência de Desenvolvimento das Unidades de Saúde
HU – Hospital Universitário
HUGO – Hospital de Urgências de Goiânia
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONA – Organização Nacional de Acreditação
OS – Organizações Sociais
OSS – Organizações Sociais de saúde
PNS – Plano Nacional de Saúde

PPA – Plano Plurianual

PROHOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais

PSO – Public Service Orientation

REFORSUS – Reforço à Reorganização do SUS

SES/GO – Secretaria da Saúde do Estado de Goiás

SES/SP – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

SGTES – Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUNAS – Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

Lista de Ilustrações

Figura 1: Alinhamento Estratégico do Ministério da Saúde	49
Figura 2: Processo de Entrada e Saída do Paciente	59
Figura 3: Modelo de Fleming	61
Figura 4: Modelo de qualidade de serviços de Parasuraman, Zeithaml e Barry	70
Figura 5: Estrutura Organizacional da SUNAS/SES-GO	78
Figura 6: Descrição da destinação de Recursos Financeiros do HUGO	83
Quadro 1: Divisão dos Modelos Organizacionais na perspectiva dos sistemas.....	24
Quadro 2: Duas Estratégias-tipo	86
Quadro 3: Passos procedimentais para constatação da saturação teórica	95
Quadro 4: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “qualidade de atendimento percebida” na percepção dos Pacientes.....	98
Quadro 5: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “qualidade de atendimento percebida” na percepção dos Médicos.....	101
Quadro 6: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “tempo de atendimento” na percepção dos Médicos.....	105
Quadro 7: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “orientação aos pacientes” na percepção dos Médicos.....	111

Lista de Tabelas

Tabela 1: Indicadores de Desempenho do HU antes e depois da Contratualização – 2010	53
--	----

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Percentual dos principais tipos de acidentes de trabalho graves notificados pelo NHVE/HUGO, em 2012 e no primeiro semestre de 2013..... 91

Gráfico 2: Avaliação do atendimento constatada nas entrevistas..... 100

Gráfico 3: Avaliação do atendimento recebido no hospital constatado nos relatórios de gestão 103

Gráfico 4: Avaliação do tempo de atendimento constatada nas entrevistas 104

Gráfico 5: Avaliação do tempo de espera para atendimento inicial constatado nos relatórios de gestão 108

Gráfico 6: Avaliação da Orientação recebida quanto aos exames, diagnóstico e tratamento constatada nas entrevistas..... 110

Gráfico 7: Avaliação da Orientação recebida quanto aos exames, diagnóstico e tratamento constatado nos relatórios de gestão..... 112

Gráfico 8: Avaliação da qualidade do serviço geral do hospital constatada nas entrevistas..... 114

1. Introdução

É normal que a população conheça um hospital considerando apenas aquilo que ela pode ver ou lhe é apresentado. Para a maioria, a sua composição é formada apenas por pessoas representadas por médicos e enfermeiros, sendo, no entanto, difícil imaginar que nos bastidores estão centenas de profissionais das mais diversas áreas que são o suporte para toda e qualquer atividade que o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza quando necessita dos serviços de saúde pública.

Criado pela Constituição Federal brasileira de 1988, o 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 a população brasileira, com equidade, qualidade e universalidade, o que tem gerado grande insatisfação por parte da população.

Algumas experiências de hospitais públicos no Brasil, como a dificuldade na aquisição de medicamentos, na manutenção contínua de máquinas e equipamentos e também na contratação de pessoal, têm mostrado que a dificuldade que o SUS enfrenta para assegurar a efetiva prestação de serviços de saúde a todos os brasileiros pode estar relacionada ao modelo de gestão pública adotado em nosso país.

O modelo burocrático, proposto por Max Weber, predominou durante a maior parte do século XX na administração pública, tendo sido adotado em muitos países visando substituir o patrimonialismo, no qual os patrimônios público e privado eram confundidos, criando um ambiente com oportunidade para o aparecimento do clientelismo, nepotismo, empreguismo e, até mesmo, da corrupção (MEDEIROS, 2004). Ele 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).

Mas, na análise de 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, a forma de organização proposta pelo modelo burocrático estava se tornando cada vez mais ineficiente, por não conseguir atender as demandas complexas num mundo globalizado, estando, portanto, despreparada para enfrentar as exigências do início do século XXI (CURY, 2000). Suas limitações puderam ser previstas já na década de 1960, por estudiosos, como Michel Crozier (1981), sendo confirmadas em meados da década 1970, sobretudo a partir da crise do petróleo, em 1973, com uma grande crise econômica mundial que pôs fim à era de prosperidade, iniciada após a Segunda Guerra Mundial.

Passou-se, então, a se questionar o modelo burocrático como não sendo o mais apropriado mecanismo institucional de governança para gerir as estruturas do Estado (LANE, 2000). Estudos mostram que algumas características da composição da estrutura organizacional fazem com que empresas de um mesmo segmento, com mesmo processo produtivo, tenham, segundo declarações de Caves e Barton (1990, p.2), “diferenças substanciais nos resultados finais”.

Assim, a partir da década de 1980, foram implementadas reformas em muitos países, como: Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, e, mais tarde, na Europa continental e Canadá, resultando em mudanças nos padrões de gestão das instituições públicas, dando origem a uma série de doutrinas administrativas que se convencionou chamar de “Nova Administração Pública” e que vêm permeando, desde então, as discussões em torno das reformas no aparato do Estado (MEDEIROS, 2004).

A reforma nos países europeus tiveram início na década de 1980, com o *managerialism* com foco na eficiência, sendo caracterizada pelo controle dos custos, em práticas orçamentárias mais detalhadas e no fortalecimento do

controle gerencial. Depois, o *consumerism* que teve foco na qualidade, nos indivíduos, por meio da intensificação da descentralização, na privatização e em parcerias entre o setor público e privado; e, por fim, o *Public Service Orientation (PSO)*, já no final dos anos 1990, marcado pelo foco nas decisões estratégicas, com envolvimento da população na gestão, uso de técnicas de marketing nas organizações e na prestação de contas para a comunidade, mais do que para a organização (CLARKE; NEWMAN, 1997).

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.

A partir de então, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública, cujas características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBAÑEZ, 2001).

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), além de um centro cirúrgico com dez salas, para realização de procedimentos nas seguintes especialidades: Traumatologia / Ortopedia, Bucomaxilo, Neurologia / Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Cardiologia, Geriatria e Medicina Intensiva e Hemodiálise.

Passados dois anos, o hospital apresenta grandes mudanças não só em termos de estrutura (pois ainda passa por um profundo processo de reforma), mas também em sua forma de prestar os serviços de saúde pública, de atender seus pacientes, de lidar com o desenvolvimento de pessoas e também na aquisição de medicamentos, consequência do novo modelo de gestão.

1.1. Definição do Problema

O problema central desta dissertação propõe o seguinte questionamento: como os usuários do sistema de saúde percebem a eficácia dos serviços que utilizam após a mudança da arquitetura organizacional?

1.2. Objetivos

Para responder à questão formulada no problema, o presente estudo apresenta objetivo geral e alguns objetivos específicos:

1.3. Objetivo Geral

O objetivo geral deste estudo é analisar e descrever como os usuários do sistema de saúde percebem a mudança dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam a partir da mudança da arquitetura organizacional.

1.4. Objetivos Específicos

- Contextualizar as variáveis que resultaram na mudança do Modelo Institucional da Saúde Pública adotado pelo Estado de Goiás e a sua relação com o Modelo de Gestão Pública;
- Comparar os modelos de gestão burocrática com o de administração por objetivos, destacando os aspectos principais relacionados à eficácia dos serviços prestados;
- Analisar a percepção dos usuários (gestores, médicos e pacientes) acerca da eficácia dos serviços prestados pelo Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO).
- Analisar os elementos de interseção entre as percepções dos gestores, médicos e pacientes e compará-los com os relatórios de gestão publicados pelo hospital.

Para que os objetivos traçados sejam cumpridos, detalha-se, a seguir, a estrutura lógica adotada por este trabalho para o alcance de seus propósitos:

1.5. Estrutura do Trabalho

O presente estudo está organizado em 6 (seis) capítulos. O **capítulo 1** é introdutório. O **Capítulo 2** inicia a parte de fundamentação teórica. Neste capítulo, faz-se uma abordagem dos conceitos de organização, a organização como um sistema e a arquitetura organizacional, de forma a verificar a existência de contribuição do desenho organizacional no que se refere à percepção dos usuários.

O **Capítulo 3** propõe uma revisão teórica sobre a mudança da arquitetura organizacional e sua relação com os modelos de gestão burocrático weberiano e administração por objetivos, para que seja possível compreender o que pode ter levado o Estado de Goiás a mudar o modelo de gestão dos hospitais públicos.

O **Capítulo 4** apresenta uma revisão teórica sobre as organizações hospitalares e suas especificidades, de forma a identificar as variáveis mais

relevantes relacionadas a eficácia na prestação dos serviços de saúde e como os usuários percebem isso.

O **Capítulo 5** apresenta uma explanação do quadro institucional do Modelo de saúde pública do Estado de Goiás, com ênfase na exposição do histórico e evolução do sistema de saúde pública, abordando também, com detalhes, a situação do Hospital de Urgências (antes de ter sua administração transferida para uma Organização Social).

O **Capítulo 6** apresenta a metodologia de trabalho utilizada, contendo a justificativa da escolha da pesquisa qualitativa e a descrição detalhada do planejamento e operacionalização da pesquisa.

O **Capítulo 7** apresenta as contribuições evidenciadas na pesquisa e as considerações finais acerca do modelo proposto com conclusões a respeito dos resultados encontrados, bem como sugestões para trabalhos futuros. Ao final deste capítulo, encontram-se as referências bibliográficas, apêndices e anexos utilizados neste trabalho.

2. A ARQUITETURA ORGANIZACIONAL

O presente capítulo fará uma revisão teórica sobre o conceito de organização, a organização como um sistema e a arquitetura organizacional, de forma a verificar a existência de contribuição do desenho organizacional no que se refere à percepção dos usuários.

2.1 A Organização Social – Origens e Conceitos

A história das organizações remete-nos aos primórdios da civilização humana e ao desenvolvimento da soberania das civilizações. Através da organização política, as famílias, bandos, tribos, aldeias, chefaturas, estados e nações desenvolvem suas atividades de produção e econômicas, cujas particularidades trazem à tona os temas relacionados com a divisão do trabalho, especialização, controle da riqueza e capital, recompensas e motivações. (MARCONI e PRESOTTO, 1985)

As discussões acerca de critérios específicos e diferenciadores da distinção entre as organizações e outras espécies de organizações fazem com que Blau e Scott (1970) sistematizem as diferenças básicas entre a organização social e a organização formal. Para os autores, a organização social refere-se às maneiras nas quais a conduta humana contribui para o desenvolvimento social. Sob essa ótica, as muitas condições sociais capazes de influenciar a conduta humana podem, segundo os autores, apresentar dois aspectos básicos, que seriam: (1) a estrutura das relações sociais em um grupo ou coletividade maior de pessoas e, (2) as crenças e orientações compartilhadas que unem os membros da coletividade e os guiarão em suas condutas.

Para Blau e Scott (1970), as relações sociais envolvem, primeiramente, padrões de interação social definidos por frequência e duração dos contatos, direção da influência no grupo e nível de cooperação entre os indivíduos para, em segundo momento, transmitir os sentimentos das pessoas com relação às outras; ou seja, a posição de cada membro, dentro do grupo, depende de suas

relações com os outros e dos sentimentos destes para com o indivíduo e a interação entre os mesmos.

Assim, as redes de relações sociais entre indivíduos, grupos e a estrutura de posição definidas por eles constituem o centro da organização social de uma coletividade, mas não o seu todo. A outra principal dimensão da organização social é um sistema de crenças e orientações compartilhadas, que servem como *standards* para a conduta humana. É no curso da interação social que aparecem as noções de como as pessoas deveriam agir e interagir, e quais os objetivos dignos de serem alcançados.

Considerando-se que as redes de relações sociais e as orientações compartilhadas sejam as duas principais dimensões da organização social, que, segundo abordagem de Kroeber e Parsons (1958), muitas vezes são reconhecidas como estrutura social e cultural, é importante ressaltar que toda a sociedade tem sua estrutura social e uma cultura complexa, pois os *standards* sociais que prevalecem e a estrutura das relações sociais serão os responsáveis por organizar a conduta humana dentro da coletividade.

Contrastando com a organização social que aparece sempre que seres humanos vivem juntos, existem organizações estabelecidas de forma deliberada para cumprirem determinados fins, cujas discussões enveredam-se para as abordagens feitas acerca da organização formal. Esta similaridade entre os conceitos de organização social e organização formal leva Etzioni (1972, p.10) a defender o uso do termo 'estrutura social' para referir-se à organização social e do termo 'organização' para as unidades sociais conscientemente planejadas, intencionalmente estruturadas e passíveis de reestruturações.

Assim sendo, esta pesquisa utilizará o termo organização formal para se referir às estruturas sociais planejadas e estruturadas de maneira intencional e consciente, seguindo os pressupostos defendidos por Barnard (1971, p.10), segundo o qual, o reconhecimento de organização formal se dá a partir da identificação de "um sistema de atividades ou de forças, de duas ou mais pessoas, conscientemente coordenadas". Desta forma, uma organização passa a existir quando pessoas aptas a se comunicarem optam pela realização de um

propósito comum. Com isso, a definição dada por Barnard (1971) conduz os estudos organizacionais a uma percepção da organização como um sistema cooperativo sem, contudo, abandonar a ideia de organização formal do contexto clássico.

2.2 A Organização Formal – Origens e Conceitos

Ao longo dos estudos organizacionais, várias tentativas de se estabelecer um conjunto de parâmetros capazes de definir os limites da organização foram realizadas. Cury (2000) explica que, dentro destes esforços, Stogdill (1971) apresentou um conjunto de premissas básicas e orientações acerca das teorias das organizações com o propósito de ilustrar os mais diversos tipos de sistemas organizacionais. Dentre as premissas e orientações sugeridas pelo autor, a organização pode ser percebida de várias formas: (a) como fruto de um produto cultural em constante relação de trocas com o ambiente; (b) como agência independente; (c) como um sistema de estrutura de grupos e subgrupos em interação com a organização ou mesmo em auto interação, com funções dinâmicas, com entradas/saídas; (d) como entidades biossociais; e (e) como fruto do somatório das características dos membros participantes da organização.

Embora os estudiosos das organizações buscassem as mais diversas abordagens para definir a organização, ao final, a ideia sistêmica era a que sempre prevalecia. A partir da concepção de sistemas, Champion (1985) faz uma classificação experimental considerando os Modelos Organizacionais existentes. Segundo o autor, os modelos que consideram as organizações como um sistema poderiam ser agrupados sob três títulos conforme demonstrados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Divisão dos Modelos Organizacionais na perspectiva dos sistemas

Sistemas Fechados		Sistemas Abertos
Racionais	Não – Racionais	
1 – Modelos de Máquina 1.1 – Administração Científica 1.2 – Burocracia	1 - Relações Humanas 2 – Modelo Profissional	1- Modelo de Sistemas Naturais
2 – Modelo de Metas	3 – Modelo de Equilíbrio	

Fonte: Adaptado de Champion (1985, p.28)

Esses três tipos de modelos de organizações intencionalmente planejadas e estruturadas, cujas diferenciações estavam nos métodos, propósitos e dinâmicas de questões relacionadas com a divisão do trabalho, poder, controle, a hierarquia, a relação com o cargo e as relações sociais, nortearam a construção dos conceitos de organização enquanto uma estrutura social coordenada e planejada.

2.3 A Consolidação da Estrutura Organizacional

A formação da estrutura organizacional, sob a ótica da organização social, independe de intenção formal, e sustenta-se na ideia do poder, seja físico ou mental. No caso dos processos produtivos, a formação da estrutura há de se realizar em torno da habilidade, destreza e competência individual dos envolvidos com as atividades.

Segundo Besanko *et al.* (2006), a estrutura organizacional descreve como uma empresa usa uma divisão do trabalho para organizar tarefas, especifica como a sua equipe desempenha tarefas e facilita os fluxos de informações internas e externas. Os autores descrevem ainda que é a partir da estrutura que será definida a natureza dos problemas de agência. Tal constatação leva os autores a afirmarem que, se uma estrutura apropriada deve prover os trabalhadores com as informações, a coordenação e os incentivos necessários para implementar a estratégia apropriada, então a definição da estrutura organizacional é uma competência crítica da empresa.

Analisando as estruturas organizacionais das empresas, é comum defrontar-se com um dos três tipos de autoridades descritos por Weber (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, p.534), 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.

2.4 A Empresa Como Um Conjunto de Sistemas

Segundo Lacombe e Heilborn (2003), o sistema organizacional corresponde a um sistema que engloba elementos humanos e materiais empenhados, coordenados com o objetivo de se alcançar uma atividade fim, ou seja, toda a organização, incluindo pessoas e materiais, tem a obrigação de estar voltadas a um mesmo objetivo, que, na maioria das vezes, é a atividade fim da empresa. Para os autores, toda organização é um sistema organizacional, pois entendem que nenhuma organização está isolada, mas, sim, inserida num ambiente externo que atua sobre ela.

Assim, toda a organização tem que estar voltada a um mesmo propósito, para, juntos, formarem um sistema, como afirma Catelli (2009), citando a

existência de um objetivo comum às suas partes que as integra de forma a constituir o todo, como uma característica fundamental de um sistema. Em consequência, a missão do sistema ou mesmo da empresa vem das crenças de cada sistema individual que juntos formam o sistema como um todo. Essa missão pode estar clara ou não, mas passa a ser um objetivo somente quando está explícita, visto que são as definições dos objetivos que traçam o roteiro do sistema e direcionam todas as partes para seguirem rumo a um mesmo objetivo.

Desta forma, o sistema, subsistema e o supersistema serão determinados de acordo com o enfoque pelo qual o observador tem interesse. Segundo Bernades e Marcondes (2006), a importância e grau hierárquico dos subsistemas, ou divisões de etapas de processos, serão avaliados e definidos pelo gestor de acordo com as necessidades do sistema de toda a organização, visto que, como há uma diversidade de empresas desenvolvendo inúmeras atividades diferentes, essa hierarquia vai se tornar variável, passando a depender da definição de atividade e objetivo fim da empresa. Portanto, são o produto final, suas etapas, necessidades e prioridades que determinam a ordem dos subsistemas.

Segundo Padoveze (2005), o sistema empresa é um dos mais complexos e a sua divisão em subsistemas pode ser enfocada de inúmeras maneiras. Para o autor, existem seis subsistemas: (1) o institucional, que compreende a definição da missão da empresa; (2) o de gestão, em que é realizada a tomada de decisão; (3) o formal, que divide e agrupa as tarefas dentro da organização; (4) o social, que engloba todos os indivíduos e suas características; (5) de informação, que abrange as necessidades informacionais, para a gestão empresarial; e o (6) físico-operacional, que consiste nas instalações e equipamentos do sistema empresa.

Além de seus subsistemas, existem os microambientes, que, segundo Lacombe e Heilborn (2003), são sistemas bem próximos das empresas que estão a todo tempo interagindo forte e permanentemente, como os fornecedores, consumidores, concorrentes, regulamentadores, e todos os parceiros que, de alguma maneira, auxiliam ou participam de seus processos e

criam elos entre si. Assim, segundo os autores, uma empresa que não consegue essa interação com o ambiente jamais será considerada um sistema. Já os macroambientes, ainda conforme Lacombe e Heilborn (2003), são os sistemas que abrangem os aspectos demográficos, científicos, tecnológicos, físicos, ecológicos, econômicos, políticos, sociais e culturais.

2.5 A Estrutura nas Organizações

Na busca ambiciosa pelo sucesso, algumas organizações buscavam, e ainda buscam, imitar estruturas de grandes empresas de sucesso, só que esquecem de que as estruturas são montadas de acordo com a atividade e necessidade de cada empresa. De acordo com Robbins (2000), uma estrutura organizacional define como são formalmente divididas, agrupadas e coordenadas as tarefas e os cargos dentro da empresa. Essa função é vital para que uma organização alcance seus objetivos, visto que, para o autor, o planejamento é o caminho mais curto para se levar uma empresa ao sucesso. Nesse sentido, para desenvolver essa estrutura, é necessário que se conheçam minuciosamente todas as etapas de produção ou qualquer que seja a atividade desempenhada por ela.

Desta forma, a estrutura tem que ter uma definição funcional, onde os deveres, a autoridade e a responsabilidade de cada posição estejam bem definidos, ou seja, é preciso deixar bem claras a responsabilidade e especialidade de cada um. Assim, a divisão deve começar pela hierarquia existente dentro da empresa, e, em seguida, partir para a departamentalização do seu processo produtivo.

Para Lacombe e Heilborn (2003), antes de se iniciar a montagem de uma estrutura organizacional, é preciso que se identifiquem quais serão os seus objetivos, e que a primeira atitude a se tomar seja: determinar o critério de departamentalização, que é extremamente importante para o bom funcionamento da estrutura, e que será utilizado por ela em seus processos. Escolha esta, por sinal, muito delicada, que resultará na conquista dos objetivos iniciais, ou mesmo no total fracasso. Por isso, a importância de se ter um bom planejamento.

Seguindo esse pensamento, uma estrutura organizacional pode ser dividida em quatro conjuntos de partes, como abordam Bernardes e Marcondes (2006): (1) o Núcleo Operacional, que é composto por todos os envolvidos na transformação do bem ou serviço, como vendedores, compradores, dentre outros; (2) a Cúpula Estratégica, que, nas grandes e médias organizações, é composta pelos diretores ou responsáveis por mantê-la a todo vapor; (3) a Linha Intermediária, que é representada pelos analistas com a função de planejar a produção, já que os executores não têm essa capacidade; e, por fim, (4) a Unidade de Apoio, que auxilia com prestações de serviços, como transporte, vigilância, entre outros.

Por outro lado, segundo Lacombe e Heilborn (2003), as estruturas podem ser classificadas em dois tipos: (1) a linha simples, que, na maioria das vezes, é seguida em empresas familiares, ou é administrada pelo próprio dono; e (2) a linha com assessorias e autoridade funcional, que é seguida pelas grandes e médias empresas. As empresas geridas pela linha simples são caracterizadas pela falta de autoridades funcionais, de fiscalização e normas provenientes de um único executivo. Ou seja, muito utilizada para a gestão de empresas de pequeno porte. “... nelas, suas vantagens são importantes e suas desvantagens, pequenas...” (LACOMBE e HEILBORN, 2003, p.126)

Já na estrutura com assessorias e autoridade funcional, têm-se vantagens como ter funcionário disponível e qualificado para resolver questões importantes para a empresa mesmo que não sejam urgentes, porém, não menos importantes que as emergências, visto que, quem não tem tempo para pensar não tem tempo para crescer. Sem contar com as especializações de cargos que fazem toda diferença dentro de uma empresa de médio e grande porte, que normalmente contam com um número muito grande de colaboradores e não podem se relacionar como geralmente acontece nas estruturas informais, nas quais “[...] as pessoas trabalham e interagem com quem elas gostam e não com quem a hierarquia manda” (LACOMBE e HEILBORN, 2003, p.131).

Dentre as várias funções da estrutura organizacional, Fayol (1994) enumerou quatro como grandes funções exercidas nas empresas, como segue:

(1) a produção, que é a atividade na qual se produzem ou mesmo se transformam os insumos; (2) a comercialização, que faz os produtos girarem; (3) as finanças, que respondem pelo planejamento e controle de valores monetários; e (4) a administração, que engloba, de uma forma geral, as atividades de recursos humanos, sistemas, serviços jurídicos e serviços de apoio. Após distribuir essas funções dentro da organização, é preciso saber tudo o que é feito e como é feito dentro da empresa, pois há uma variação na subordinação dessas funções de acordo com a rotina da empresa, sendo necessária uma constante avaliação de sua funcionalidade. “Quando é necessário reforçar uma função, devemos aumentar o número de seus executivos de alto nível” (LACOMBE e HEILBORN, 2003, p.123).

Assim, de acordo com Bernardes e Marcondes (2006), as muitas formas de estruturar foram criadas a partir das tentativas e erros. A flexibilidade e facilidade de adaptações das organizações são o que as mantém de pé nesse mercado de altos e baixos. Como a demanda vive em constante variação de quantidades e mesmo diversidade de produtos, é necessário mudar a todo tempo. Nessa tentativa de acompanhar as mudanças, a estrutura sofre modificações constantes e é a primeira a sofrer alterações dentro de uma empresa, e somente depois de reestruturá-la é que a mudança realmente chega ao produto, porque é a estrutura da empresa que dá suporte a todas as atividades nelas realizadas, independente do seu departamento.

2.5.1 A Departamentalização nas Organizações

O método de departamentalização vem da divisão do trabalho, como era chamado o método mais antigo de dividir as tarefas e setores, que, segundo Maximiano (2007), foi inserido por Henry Fayol, pioneiro na definição da administração como processo de planejar, organizar, dirigir e controlar. Para o autor, as decisões de dividir as tarefas e suas responsabilidades para as pessoas e estabelecer comunicação são decisões de organização, tendo etapas como análise dos objetos, divisão do trabalho, definição de responsabilidades, definição de autoridade e desenho da estrutura

organizacional, podendo ou não obedecer a essa ordem, dependendo do critério que será utilizado.

Maximiano (2007) menciona ainda que em todas as organizações existe divisão do trabalho, e essa divisão não está somente dentro das empresas onde há separação de setores e graus hierárquicos, mas em tudo que se faz dentro da sociedade. Ele explica que, até mesmo em casa, o ser humano tem suas tarefas, responsabilidades e obrigações a cumprir, que já foram pré-divididas e estabelecidas. Complementando essa ideia, Bernardes e Marcondes (2006) citam que a divisão do trabalho tem o poder de transformar tarefas complexas em atividades mais simples, as quais são direcionadas às pessoas, respectivamente, qualificadas.

Assim, essa divisão trouxe consequências como o aumento da eficiência proporcionada pelas especializações, dando origem à criação de profissões e divisão da população em classes sociais, em que a posição social está diretamente ligada à sua posição profissional.

Ainda conforme Bernardes e Marcondes (2006), o aparecimento da departamentalização pode ser entendido como uma microempresa que amplia suas unidades administrativas de acordo com seu crescimento. Iniciam-se suas atividades com os sócios (eles administram a empresa e dividem todas as outras tarefas), mas, de acordo com o crescimento, vem a necessidade de se fazer a divisão do trabalho e aplicar o método da departamentalização, passando a ser indispensável contratar pessoal com especializações específicas para os cargos que irão ocupar, já que passa a ser difícil para os empresários comandarem todos os setores, do alto escalão ao nível operacional.

Desta forma, para organizar uma empresa, é preciso que se faça uma análise geral dos processos, ou seja, de seu funcionamento. Após essa análise, é possível detectar suas necessidades; corrigir seus problemas; conhecer o processo ao qual seus produtos e serviços são submetidos e também suas rotinas. Segundo Lacombe e Heilborn (2003), depois de identificar as atividades da empresa, os dados agrupam-se logicamente em órgãos. Após coletar todos esses dados e agrupá-los, parte-se para a escolha

do melhor método de departamentalização a ser utilizado, ou seja, a verificação de qual deles se encaixa melhor ao perfil e à necessidade da empresa, ou mesmo quais, visto que é muito comum as empresas implantarem mais de um método dentro da organização.

Quando se usa a departamentalização, conforme afirmado por Bateman e Snell (1998), não se delegam apenas setores, são delegadas juntamente as responsabilidades e autoridades para as tomadas de decisões, nas partes respectivamente divididas. Descentraliza-se uma organização, pelo menos nas decisões menos importantes, já que, normalmente, quem toma as mais sérias é a alta direção. Isso faz com que a produção não fique travada por pequenos problemas à espera de um grande executivo para resolvê-lo, já que há pessoas especializadas capazes de resolver com muito mais agilidade devido ao tempo disponível e conhecimento específico para isso.

Bateman e Snell (1998) mostram 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.

Ainda conforme Bateman e Snell (1998), várias formas de departamentalização existem simultaneamente dentro de muitas organizações. Assim, cabe aos seus gestores avaliar as necessidades que a empresa tem e, em cima dessas necessidades, aplicar os métodos para departamentalizar e melhorar tanto os processos produtivos quanto a estrutura da organização. Em diversas vezes, é preciso que se implante mais de um método, visto que as necessidades podem ser bem diferentes umas das outras. Assim sendo, não há nenhum problema em se inserirem vários métodos dentro de uma mesma organização, pelo contrário, torna-se mais fácil o controle.

3. A MUDANÇA DA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL E SUA RELAÇÃO COM OS MODELOS DE GESTÃO PÚBLICA

O presente capítulo fará uma revisão teórica sobre a mudança da arquitetura organizacional e sua relação com os modelos de gestão burocrático weberiano e da Nova Administração Pública, com destaque para a administração por objetivos, para que seja possível compreender o que pode ter levado o Estado de Goiás a mudar o modelo de gestão dos hospitais públicos.

Conforme discutido no capítulo anterior, um dos modelos que considera as organizações como um sistema é o racional, sendo desdobrado em métodos e propostas diferenciados, como o modelo burocrático proposto por Max Weber.

3.1 O modelo burocrático weberiano

O modelo burocrático proposto por Max Weber 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.

Segundo Medeiros (2004), esse modelo predominou durante a maior parte do século XX na administração pública, tendo sido adotado em muitos países visando substituir o patrimonialismo, no qual os patrimônios público e privado eram confundidos, criando um ambiente com oportunidade para o aparecimento do clientelismo, nepotismo, empreguismo e, até mesmo, da corrupção.

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. Borsato, Aguiar e Moura (2011) explicam que “a nossa preocupação com relação à falta de honestidade dos gestores públicos é tão grande que acaba por gerar um arsenal burocrático que penaliza todos os demais”, e Osborne e Gaebler (1992, p.119) complementam essa visão, chegando a afirmar que: “[...] para vigiar os 5% desonestos, criaram a burocracia, que frustra tão profundamente os 95% restantes”.

Assim, Cury (2000) faz referência à obra de Bennis (1976) intitulada *As organizações em mudança*, da qual concluiu que a forma de organização proposta pelo modelo burocrático estava se tornando cada vez mais ineficiente, por não conseguir acompanhar as realidades contemporâneas, estando, portanto, despreparada para enfrentar as exigências do início do século XXI. Para Medeiros (2004), esses problemas já eram previstos desde a década de 1960, por estudiosos como Michel Crozier (1981), sendo confirmada em meados da década de 1970, sobretudo a partir da crise do petróleo em 1973, com uma grande crise econômica mundial que pôs fim à era de prosperidade que teve início após a Segunda Guerra Mundial. Na busca do bem-estar social e da prosperidade econômica, passou-se, então, a repensar o verdadeiro papel do Estado, tendo sido definido em três dimensões (econômica, social e administrativa), todas interligadas (ABRUCIO, 1997).

Além de estar limitado por suas próprias deficiências, “o modelo burocrático teria sofrido o ataque natural do tempo; ou seja, a mudança ao longo do Século XX quanto ao papel do Estado, de executor a regulador” (PEREIRA, 1998), cada vez mais exigido por demandas complexas num mundo globalizado, revelou a necessidade de se repensar sobre a eficácia desse modelo. Passou-se, então, a se questionar o modelo burocrático como não sendo o mais apropriado mecanismo institucional de governança para gerir as estruturas do Estado (MEDEIROS, 2004).

Mais tarde, na década de 1980, segundo Tsukumo, Pimenta e Teracine (2011), diante das limitações que o modelo burocrático impunha à Administração Pública, foram implementadas reformas em muitos países como: Grã-Bretanha, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, e mais tarde, na Europa continental e Canadá. Nesse processo de mudança, observa-se a substituição de um modelo preocupado com a legislação, com aplicação de normas formais e com a rotina administrativa por uma gestão preocupada com a busca de resultados, legitimado pela avaliação de uma sociedade que exige, continuamente, a transparência, a eficiência e a eficácia da gestão pública. No entanto, é importante salientar que a transição do modelo burocrático para o modelo gerencial teve início, mas um não rompeu totalmente com os ideais do outro (TSUKUMO, PIMENTA e TERACINE, 2011).

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).

3.2 O processo de mudança da Administração pública

Embora tenha surgido em governos como o de Margareth Thatcher, na Grã-Bretanha, o modelo gerencial e o debate em torno dele não se limitam a esse cenário. O *New Public Management*, que, em português, significa Nova Administração Pública, evoluiu em diversos países, em momentos e de formas

distintas (até pelas condições locais) por meio de três modelos: o *managerialism*, o *consumerism* e o *public service orientation* (ABRUCIO, 1997).

Assim, na visão de Luedy, Júnior e Mendes (2012), a reforma nos países europeus teve início na década de 1980, com o *managerialism* com foco na eficiência, sendo caracterizada pelo controle dos custos, em práticas orçamentárias mais detalhadas e no fortalecimento do controle gerencial. Depois, o *consumerism*, que teve foco na qualidade, nos indivíduos através da intensificação da descentralização, na privatização e em parcerias entre o setor público e privado; e, por fim, o *Public Service Orientation (PSO)*, já no final dos anos 90, marcado pelo foco nas decisões estratégicas, com envolvimento da população na gestão, uso de técnicas de marketing nas organizações e na prestação de contas para a comunidade, mais do que para a organização.

A seguir, serão descritos com maior detalhe cada um desses modelos para que seja possível compreender como se deu a evolução da Nova Administração Pública no mundo, no Brasil e em Goiás.

3.2.1 Aspectos gerais do Gerencialismo Puro

Segundo Abrucio (1997), o *Managerialism*, chamado também de Gerencialismo Puro, foi implantando tanto nos Estados Unidos como na Grã-Bretanha sob o signo da questão financeira e teve como principais objetivos reduzir os gastos públicos em uma era de escassez e aumentar sua produtividade, sendo esse último seu conceito central. Com isso, a palavra de ordem da Primeira-Ministra inglesa, Margareth Thatcher, era “*rolling back the state*”, o que na prática significou privatização, desregulamentação, devolução de atividades governamentais à iniciativa privada ou à comunidade e constantes tentativas de reduzir os gastos públicos.

Assim, o primeiro passo do modelo gerencial puro foi procurar cortar custos com pessoal, mas, de acordo com Abrucio (1997), o governo britânico foi muito mais bem sucedido do que o americano, que, por sua vez, promoveu poucas ações nesse sentido. Dentre os êxitos resultantes desse modelo, o principal deles é que a ênfase na questão financeira, de fato, é que elevou a consciência da burocracia inglesa sobre os custos das políticas públicas. O

autor acrescenta ainda que este valor foi incorporado por todos os governos que têm realizado reformas administrativas nos últimos anos, o que demonstra que a busca da eficiência governamental, embora em si não resolva todos os problemas da burocracia, é um legado positivo do modelo gerencial puro.

Assim, segundo declarações de Robin Butler, alto funcionário da burocracia inglesa, o governo Thatcher propunha: (a) definição clara das responsabilidades de cada funcionário dentro das agências governamentais; (b) clara definição dos objetivos organizacionais, analisados em sua substância e não enquanto processo administrativo; e (c) aumento da consciência a respeito do “valor dos recursos” (*value money*) públicos, procurando maximizar a relação financeira entre os recursos iniciais e os gastos realizados para a produção de políticas, ou seja, incorporando o valor da eficiência na lógica de funcionamento da burocracia (ABRUCIO, 1997).

No entanto, o foco na eficiência dado pelo *managerialism* deixou de lado o olhar para a efetividade dos serviços públicos, ou seja, o grau em que se atingiu o resultado esperado, que passou a ser observado mais tarde, a partir da adoção de instrumentos de avaliação de desempenho, possibilitando, assim, a avaliação qualitativa dos serviços públicos. Entre esses mecanismos utilizados pelo governo inglês, um bom exemplo é o chamado escrutínio de Rayner (condutor das reformas de Thatcher), para conhecer os principais problemas da administração pública e definir critérios de mensuração de eficiência (ABRUCIO, 1997).

Segundo declarações de Medeiros (2006), o modelo de administração pública gerencial não se limita em sua execução, tendo abrangência muito maior, especialmente centrada na formulação e regulação de políticas públicas, com responsabilidade, voltadas para o cumprimento de sua finalidade de forma efetiva. Nesse sentido, Abrucio (1997) explica que o governo inglês adotou mecanismos para definir claramente as responsabilidades, tanto das agências governamentais como dos funcionários públicos, a partir da adoção da Administração por Objetivos (*Management by Objectives*), pela qual se procurou traçar linhas claras de ação às agências, o que tornaria possível uma

avaliação de desempenho baseada na comparação entre os resultados obtidos e o que fora previamente determinado.

Para Maximiano (1997), objetivo é o termo genérico para todas as ideias que indicam alguma espécie de resultado que se espera alcançar, desdobrando-se em três níveis hierárquicos principais: (1) no começo da hierarquia está o “produto” que o projeto deve apresentar; (2) o produto tem uma razão de ser ou propósito, sendo, portanto, o objetivo imediato do projeto; e (3) realizar o propósito contribui para um objetivo de ordem mais alta, que representa uma necessidade ou expectativa a ser atendida.

Assim, Hampton (1992) considera que “os objetivos são estipulados pelas pessoas no topo da organização, e se aplicam às que estão nos níveis mais baixos”. Desta forma, para definir objetivos com clareza, é preciso esclarecer as expectativas a respeito dos resultados do projeto. Quem tem as expectativas são os clientes que necessitam dos resultados do projeto (MAXIMIANO, 1997). Por isso, a descentralização administrativa do governo inglês constituiu-se em uma outra opção organizacional importante, tendo como objetivo aumentar a autonomia das agências e dos departamentos, que, por sua vez, tinham seus respectivos objetivos, os quais deveriam ser cumpridos sob a vigilância e controle do Poder Central, resultando, assim, na desconcentração de poderes (ABRUCIO, 1997).

Nesse cenário, torna-se relevante discorrer sobre o sistema chamado de Administração por Objetivos (APO), que teve Peter Drucker como um de seus maiores defensores. Esse sistema implica o desenvolvimento dos objetivos em duas vias, para cada nível na hierarquia administrativa e para cada unidade na organização. Os objetivos de cada unidade são observados quanto à sua compatibilidade com os de outras unidades do mesmo nível e quanto à sua contribuição para os objetivos mais abrangentes no nível seguinte. Esse sistema considera as seguintes etapas: (1) o superior dá o contexto; (2) o subordinado propõe as metas; (3) o superior e o subordinado concordam quanto às metas; (4) o subordinado revisa seu progresso com o superior; e (5) reinicia-se a sequência (HAMPTON, 1992).

Entre os benefícios trazidos com a adoção da APO, Hampton (1992) destaca: (1) objetivos mais claros; (2) planejamento eficaz; (3) resultados motivacionais potenciais; (4) maior satisfação das necessidades sociais; (5) padrões de controle mais claros; e (6) avaliações mais objetivas. No entanto, o autor alerta que a APO, na prática, foge muito dos seus princípios teóricos, possivelmente pela falta de conhecimento.

Assim, o Hampton (1992) descreve uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que envolveu as 500 maiores empresas industriais, em que quase metade dos 403 respondentes indicaram alguma utilização da APO. A pesquisa revelou que, embora os gerentes muitas vezes achassem que aplicavam APO, na realidade não o faziam, e concluiu que, “numa estimativa bem fundamentada nos elementos desta pesquisa, menos de 10% das 500 maiores empresas listadas na revista *Fortune* aplicam, com sucesso, a APO.

Os gerencialistas puros, por fim, não consideraram as especificidades do setor público, se comparadas com o setor privado, no que se refere à mensuração da eficiência e à avaliação do desempenho, uma vez que, na gestão pública, estão em jogo valores como equidade e justiça que não podem ser medidos ou avaliados por intermédio dos conceitos do gerencialismo puro (ABRUCIO, 1997, apud MAYORDOMO, 1990). Abrucio (1997) afirma que esta “despolitização” da administração pública, aliada à ênfase no conceito de eficiência governamental, fez com que Christopher Pollitt (1990), em sua visão, um dos maiores críticos do modelo gerencial inglês, classificasse o *managerialism* como um “neotaylorismo”, isto é, uma proposta calcada na busca da produtividade e na implantação do modelo de gestão da empresa privada no setor público.

Assim, as maiores críticas ao *managerialism* não buscavam o retorno ao modelo burocrático, mas, sim, a incorporação de novos significados. É quando surge a segunda corrente da Nova Administração Pública, o *consumerism*, que pode ser traduzida como “satisfação do consumidor”, introduzindo a perspectiva da qualidade como uma estratégia voltada para a satisfação do consumidor, por meio de medidas que visavam tornar o poder público mais leve, ágil e competitivo: descentralização administrativa, criação de opções de

atendimento, como incentivo à competição entre organizações públicas e adoção de um novo modelo contratual (ABRUCIO, 1997).

3.2.2 Aspectos gerais do *Consumerism*

A discussão em torno do modelo gerencial ganhou nova dimensão a partir da década de 1980, trazendo, segundo declarações de Castro (2008), basicamente duas transformações: uma, ligada à dinâmica intragovernamental, que priorizou os conceitos de flexibilidade, planejamento estratégico e qualidade; outra, ligada à adoção de serviços públicos voltados para os anseios dos clientes consumidores, sendo, portanto, com foco no consumidor.

Para Maximiano (1997), “na definição dos objetivos, o cliente é quem fornece os *inputs* mais importantes”, assim, o autor alerta que “os objetivos de um projeto nascem do esclarecimento das necessidades a serem atendidas”.

Desta forma, a introdução da perspectiva da qualidade no setor público surgiu quase no mesmo momento em que a administração pública voltava suas atenções para os seus “clientes”, tendo sido, talvez, uma das principais revoluções no modelo gerencial, trazendo consigo também, o conceito de efetividade, recuperando a noção de que o governo deve, acima de tudo, prestar bons serviços (ABRUCIO, 1997).

Para se ter uma ideia, o programa do governo inglês mais importante no sentido de priorizar o consumidor, na visão de Abrucio (1997), é, sem dúvida, o Citizen’s Charter, pois foi baseado no princípio de que os serviços públicos devem estar mais direcionados às necessidades definidas pelo público diretamente afetado e consiste na implantação de programas de avaliação de desempenho organizacional de acordo com dados recolhidos dentre os consumidores. Para Castro (2008), essa estratégia é reforçada por meio de três medidas para tornar o poder mais leve, ágil e competitivo: a descentralização, o incremento da competição entre as organizações do poder público e o modelo contratual para os serviços públicos.

No entanto, Abrucio (1997) explica que a crítica mais comum ao *consumerism* é direcionada ao conceito de consumidor de serviços públicos, que, na sua visão, deve ser substituído pelo de cidadão. Isso porque existe

diferença entre o consumidor de bens no mercado e o “consumidor” dos serviços públicos. Para o autor, é mais complexa a relação do prestador de serviço público com o consumidor, já que ela não obedece ao puro modelo de decisão de compra vigente no mercado, e ressalta ainda que há determinados serviços públicos cujo caráter é compulsório, isto é, não existe a possibilidade de escolha, como é o caso da prestação de serviços de saúde pública (ABRUCIO, 1997).

Assim, surge a terceira corrente da Nova Administração Pública, o *Public Service Orientation* (PSO). O conceito de consumidor, para vários autores, deve ser substituído pelo de cidadão, já que toda a reflexão realizada pelos teóricos do PSO leva aos temas do republicanismo e da democracia, utilizando-se de conceitos como *accountability*, transparência, participação política, equidade e justiça, questões praticamente ausentes do debate sobre o modelo gerencial (ABRUCIO, 1997).

3.2.3 Aspectos gerais do Public Service Orientation (PSO)

Os teóricos do PSO resgatam os ideais de participação política dentro de um conceito mais amplo, o de esfera pública, que se utiliza da transparência como proteção contra novas formas particularistas de intervenção na arena estatal, como o clientelismo e o corporativismo. Portanto, é a partir do conceito de esfera pública, vista como local de aprendizagem social, que é estruturado o conjunto de ideias do PSO, ou seja, a esfera pública não é só um local por excelência da participação dos cidadãos, mas, também, e sobretudo onde os cidadãos aprendem com o debate público (ABRUCIO, 1997).

Com isso, na busca de assegurar a responsabilidade e transparência na utilização dos recursos públicos, surge o termo em inglês *accountability*, que, segundo Campos (1989, apud MEDEIROS, 2006), trata da relação da burocracia e das elites políticas com a sociedade e o controle que esta deve exercer sobre os administradores públicos, ou seja, a transparência na condução das ações, efetiva prestação de contas na utilização dos recursos públicos e responsabilização dos gestores públicos, tanto por suas ações como omissões.

Assim, as reformas de primeira geração (anos 80 e 90) tinham uma orientação essencialmente econômica e fiscal, tendo como elemento central a crise do Estado. Para Medeiros (2004), a burocracia representaria um tipo de administração pública que se justificava na Europa, na época do Estado liberal (Séculos XVIII e XIX), como um antídoto ao patrimonialismo, mas que, de acordo com Pereira (1998), não mais se justificaria, pelo menos em sua forma tradicional. Por outro lado, Denhardt e Denhardt (2000) consideram que, apesar de os princípios da Nova Administração Pública serem claramente superiores aos do modelo burocrático, nos últimos 100 anos, no campo da Administração Pública, houve “uma rica e vibrante evolução no pensamento e prática” (DENHARDT e DENHARDT, 2000, p.552).

Portanto, as principais iniciativas desse período foram: (1) a revisão do marco legal, (2) a proposição de nova arquitetura organizacional e (3) a adoção de instrumentos gerenciais inovadores, como adoção dos contratos de gestão.

Para Medeiros (2004), a primeira referência em termos de reforma ocorrida no Brasil se deu em 1995, com o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, onde, termos como “gestão empreendedora”, “eficiência”, “eficácia”, “efetividade”, “redução de custos”, “desburocratização”, “metas”, “autonomia”, “flexibilidade administrativa” e outros mais foram utilizados com vistas à formação de um arcabouço de métodos e processos administrativos que pudessem dotar a administração pública de novos instrumentos de gestão, capazes de tornar a atuação do Estado mais ágil, eficiente e efetiva (BRASIL, 1995), que, na visão de Luedy, Júnior e Mendes (2012) apresenta três características básicas: **(1) crise financeira; (2) crise de identidade**, traduzida pelo abandono de alguns papéis tradicionais e incorporação de outros; e **(3) crise do modo de administrar**, explicada pelo esgotamento do modelo burocrático.

Assim, o objetivo de reformar o aparelhamento do Estado consiste em permitir que a Administração Pública se torne mais eficiente e ofereça ao cidadão serviços de maior qualidade (TSUKUMO, PIMENTA e TERACINE, 2011). Daí, a motivação de pensar a eficiência pela ótica da Administração, que, de acordo com Maximiano (2012, p.6), “é a palavra usada para indicar que

a organização utiliza produtivamente ou de maneira econômica seus recursos. Quanto mais alto o grau de produtividade ou economia na utilização dos recursos, mais eficiente a organização é”.

No entanto, Tsukumo, Pimenta e Teracine (2011) ressaltam a importância de se distinguir eficiência de eficácia, pois, apesar de as diferenças entre os dois conceitos parecerem sutis, confundi-los pode provocar grandes danos aos resultados da organização. Para os autores, “**eficiência** é o fazer certo, a maneira utilizada para atingir um resultado, é fazer certo a coisa. Já **eficácia** é fazer a coisa certa, alcançar o resultado, independentemente da maneira como se faz (determinante para a eficiência)”. Logo, uma ação pode ser eficaz sem ser eficiente. Contudo, a Administração Pública tem o dever legal e, também, uma obrigação ética, moral e constitucional de ser eficiente.

Explorando mais o princípio da eficiência, segundo Di Pietro (2001), esse princípio apresenta dois aspectos fundamentais, primeiro considerado **(1) em relação ao modo de atuação do agente público**, ou seja, ligado ao desempenho na execução das atribuições do agente público; e segundo, **(2) no que se refere ao modo de organizar, estruturar, e disciplinar a Administração Pública**, que tem o objetivo de conseguir melhores resultados na prestação do serviço, fator este que é um anseio da sociedade e do cidadão, o qual deseja ser atendido de maneira eficiente, ter seu problema resolvido de forma rápida e lenta (grifo nosso).

Desta forma, para Medauar (2008), o princípio da eficiência determina que a Administração deva agir de modo rápido e preciso, para introduzir resultados que satisfaçam as necessidades da população. Esta autora também contrapõe eficiência à lentidão, ao descaso, a negligência e a omissão, ressaltando serem essas últimas, características habituais da Administração Pública brasileira, com raras exceções. Em saúde, em especial, ser eficiente só não basta, espera-se muito mais que as ações eficientes venham associadas à eficácia e efetividade, este último como resultado dos demais, como solução efetiva do problema que aflige aquele que busca assistência.

Assim, entende-se que, especialmente no setor de saúde, a aplicação correta do recurso, da observância da legislação ou dos procedimentos

burocráticos dos processos administrativos não é o bastante para o alcance dos objetivos, mas, sim, verificar se a aplicação do recurso resultou naquilo que era esperado para o bem da sociedade.

É cada vez mais consensual no Brasil, como também em outros países, a preocupação com o princípio da participação na Gestão Pública, assim como a sua eficiência e a legitimidade. A Administração Pública, então, passa a adotar novos métodos de atuação voltados para a cultura gerencial, que, segundo Perez (2004), assume hoje a função de harmonizar o comportamento dos atores sociais, procurando ser mais transparente, sendo este, um dos princípios da administração pública.

Retornando ao Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, a preocupação com a mudança dessa cultura se torna ainda mais evidente, quando sua redação prevê que “a boa gestão é aquela que define objetivos com clareza, recruta e treina permanentemente os melhores elementos, dá autonomia aos executores e, por consequência, cobra os resultados (BRASIL, 1995). E ainda destaca a mudança de postura do administrador público, que deve ver o cidadão, não só como contribuinte, mas como um cliente que deve ter as suas necessidades atendidas.

Para Pereira (1998), a finalidade da Administração Pública é o atendimento às demandas da população, embora a atividade meio, mesmo quando bem executada, não seja, necessariamente, valorizada. O autor explica que, quando um paciente é curado em um hospital público, ninguém se lembra que para que isso ocorresse foi preciso um apoio administrativo, seja na aquisição dos materiais essenciais, na manutenção do hospital ou na valorização da mão de obra.

Nesse sentido, Azevedo *et al.* (2011) consideram que as organizações podem adaptar suas estruturas, seus sistemas de informações, seus modelos administrativos e de relações humanas, suas tecnologias, seus produtos ou serviços, seus valores e suas normas, mas, para os autores, um problema peculiar da adaptação organizacional consiste na escolha do modelo de mudança coerente com a realidade e condizente com as principais demandas da organização.

O que pode-se concluir de todo esse contexto é que, para que as atividades do Estado atinjam seu público-alvo, é indispensável que sua estrutura funcione de forma a viabilizar o atendimento dessas necessidades. Embora o fim seja a meta, os meios são o alicerce para que estes sejam alcançados. Saber dar a cada uma dessas atividades a sua devida importância é saber compreender as diferenças entre a administração burocrática e a gerencial.

Assim, segundo Pereira (1998), o que se propôs com a Reforma do Aparelho do Estado foi a quebra de paradigmas, a redefinição do que realmente caberia ao Estado fazer e o que deveria ser delegado ao setor privado, através da construção do modelo gerencial. Inclusive a obra de Osborne e Gaebler, intitulada *“Reinventando o Governo”*, destaca alguns princípios que devem ser observados na construção do modelo gerencial, como: (a) formação de parcerias; (b) foco em resultados; (c) visão estratégica; (d) Estado catalisador; e (e) busca da excelência.

Medeiros (2004) complementa essa postura, ao afirmar que a proposta básica do Plano Diretor era a de transformar a administração pública brasileira, de burocrática, para gerencial. Assim, esse novo modelo de administração teria como uma de suas características básicas a “inovação” e seria resultado de uma reforma do Estado que envolveria aspectos políticos, econômicos e administrativos.

3.3 Experiências das mudanças ocorridas na saúde pública no Brasil

Como o foco desta dissertação está voltado para a mudança do modelo de gestão pública adotado no Brasil, especificadamente na área da saúde, será feita uma breve retrospectiva desse processo de mudança com foco na saúde pública brasileira.

De Souza (2002) faz um relato sobre a grande atuação do poder público na área da saúde brasileira e explica que essa atuação se deu inicialmente através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que, depois, passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

No entanto, a prestação dos serviços de assistência à saúde era limitada, pois era restrita aos seus associados, o que deixava parte da população sem esse acesso. Tal situação começou a mudar com o Movimento da Reforma Sanitária, em 1988, a partir da Constituição Federal (CF), em seu art. 196, no qual definiu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”, relacionando, assim, de maneira clara, a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo sendo um avanço na Saúde Pública, não foi avaliado o impacto que a reforma no atendimento médico-hospitalar provocaria em todo o sistema, pois todos os brasileiros passaram a ter direito a tratamento em Instituições Públicas, fator que aumentou consideravelmente o número de usuários do SUS.

De Souza (2002) afirma, também, que a transferência do INAMPS 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: (1) Constituição Federal de 1988; (2) Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 08080/90; (3) Lei nº 8.142/90; (4) Normas Operacionais Básicas (NOB); (5) Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000; e também pelas (6) 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 1.232, de 30 de agosto de 1994.

Por outro lado, a Constituição Federal, em seus artigos 196 a 200, estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não aborda especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera de governo é feito pela LOS, de 19 de setembro de 1990, e, com relação ao financiamento e participação social no SUS, a Lei Complementar nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, define as participações.

Assim, o Ministério da Saúde (MS) 2013 vem consolidando, ao longo dos últimos anos, um modelo de gestão voltado para resultados que visam garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde, um desafio pautado em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a Saúde é parte integrante do desenvolvimento do País, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira.

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.

Desde a criação do SUS, há mais de 20 anos, nunca se falou tanto em formação de recursos humanos, pois representam a força de trabalho e o capital intelectual de qualquer empresa. Com a Gestão do Trabalho, o

Ministério da Saúde visa valorizar o trabalhador do SUS e democratizar as relações de trabalho para fortalecer o trabalhador, proporcionando uma qualificação efetiva e possibilitando os direitos básicos que envolvem as condições de trabalho através das adequações necessárias para o bem estar do trabalhador no seu ambiente de trabalho.

Assim, os Gestores devem se conscientizar que não é suficiente gerir os processos de trabalho para que algumas metas sejam batidas, é preciso entender que o seu sucesso em cumprir etapas de um processo de trabalho depende dos trabalhadores. Segundo Denise Motta Dau, Diretora do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde da SGTES/MS, não adianta o Estado investir em capacitação do profissional se não temos uma política de valorização do trabalhador. Para o autor, depois de capacitado e sem condições adequadas, perde-se o profissional para o setor privado.

Por outro lado, 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.

O PNS é a peça de planejamento que contempla ampla discussão técnica e política sobre as prioridades e os desafios do setor Saúde e é aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Além do respeito à participação social, é assegurado, neste instrumento, o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT). O PNS prevê também a compatibilização com o PPA, instrumento de governo que estabelece, a partir de programas e iniciativas, a integração entre

planejamento e orçamento federal, para o período de quatro anos, com mostra a Figura 1, a seguir:



Figura 1: Alinhamento Estratégico do MS
Fonte: DEMAS/SE/MS

Com foco na promoção e no acesso com qualidade às ações e serviços de Saúde e no fortalecimento do SUS, a expectativa do Ministério da Saúde é que tanto o PNS quanto o PPA orientarão a gestão federal no setor, de 2012 a 2015.

3.3.1 O contrato de gestão como principal recurso de mudança

Como já dito, 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.

Assim, as organizações sociais são representadas por pessoas jurídicas de direito privado e constituídas sob a forma de associação, fundação ou sociedade civil sem fins lucrativos que se habilitam, mediante a assinatura de um contrato de gestão, a absorver atividade pública, administrando serviços, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público, e recebendo

recursos orçamentários necessários ao seu funcionamento (GUIMARÃES, 2004).

A partir de então, proliferaram, no país, experiências na área da administração pública, cujas características básicas visavam conferir maior flexibilidade gerencial com relação à compra de insumos e materiais, à contratação e dispensa de recursos humanos, à gestão financeira dos recursos, além de estimular a implantação de uma gestão que priorizasse resultados, satisfação dos usuários e qualidade dos serviços prestados (IBAÑEZ, 2001).

Desta forma, a avaliação e o acompanhamento do desempenho da gestão pública, bem como destes 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).

Com isso, o governo brasileiro tem procurado alternativas para tornar a administração pública mais eficiente e efetiva, mediante a adoção de ferramentas condizentes com a realização de uma gestão pública orientada por resultados, investindo, assim, no aprimoramento de instrumentos de gestão considerados inovadores, como os contratos de gestão, antes mais utilizados na administração pública indireta, pelas empresas públicas e sociedades de economia mista (LUEDY; JÚNIOR; MENDES, 2012).

Para Roeder (2008), a gestão orientada por objetivos predeterminados, preconizados em planos formais e orçamentos financeiros é importante para o rumo da instituição, principalmente no que se refere a rever investimentos no longo prazo. Entretanto, o administrador hospitalar está sempre envolvido em consertos provisórios, proporcionados pelo não planejamento e por falta de estratégia, muito comum nestas entidades que não se preocupam com o amanhã.

Assim, Luedy, Júnior e Mendes (2012) explicam que, na redefinição do modelo de gestão organizacional, a contratualização vem assumindo importante dimensão e tem amparo legal na Constituição Federal de 1988, em seu art. 37, parágrafo 8º, e art. 87, e na Lei 9.637, de 15 de maio de 1998, que facilita a programação orçamentária e financeira e os processos de avaliação, controle, regulação dos serviços ofertados, além de possibilitar maior investimento na gestão hospitalar e propiciar a adequação dos serviços conforme a demanda e as necessidades do gestor local de saúde.

Baseia-se, também, na Emenda Constitucional nº. 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.

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: (1) redefinir os modelos de assistência e gestão organizacional, visando a reconstruir o relacionamento entre as três esferas federadas (União, Estados, Municípios/Distrito Federal); (2) rever os mecanismos de financiamento; (3) propiciar maior transparência na relação com o gestor local do SUS; (4) obter melhor inserção do hospital na rede de serviços de saúde; (5) ampliar mecanismos de participação e controle social; e (6) obter maior comprometimento dos profissionais com a organização.

Luedy, Júnior e Mendes (2012), com o objetivo de analisar em que medida o contrato de gestão vem alcançando resultados na melhoria do desempenho, realizaram um estudo num hospital universitário de grande porte, com 253 leitos, inaugurado em 1948, vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior. O hospital, situado na capital do Estado da Bahia, atende a

população carente, por meio do SUS e teve a assinatura do primeiro contrato de gestão em fevereiro de 2005.

Os pesquisadores ressaltaram que esse processo se deu em um cenário de mudanças macroestruturais, sob égide da abordagem teórica do Novo Gerencialismo e, no Brasil, no contexto da segunda Reforma Administrativa do Estado, valorizando-se o princípio da eficiência, que passou a fazer parte da Constituição Federal de 1988, mediante a Emenda Constitucional nº 19/98. Assim, observaram que “as mudanças encontradas na realidade organizacional não ocorrem em um vazio teórico, mas são coerentes com gestão pública contemporânea que privilegia a adoção do contrato de gestão como instrumento para obtenção de resultados” (LUEDY, JÚNIOR e MENDES, 2012, p.656).

Eles também observaram que o Contrato de Gestão possibilitou romper com o modelo hegemônico de gestão, pois foram realizadas mudanças nas instâncias de poder a partir da mudança da estrutura organizacional com elaboração de novo regimento e organograma, tornando a gestão mais participativa, com destaque para a mudança do poder decisório (antes centrado no diretor da Faculdade de Medicina), e, a partir de então, presidida por um Conselho Gestor, composto não só pelo Diretor da Faculdade de Medicina (presidente), mas também pelo Diretor do HU, um Delegado da Reitoria, representante do Corpo Técnico-Administrativo, diretores das Escolas de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, um representante do Corpo Discente da Faculdade de Medicina e um Secretário.

Também foram feitas intervenções nos espaços físicos, mas os pesquisadores destacaram a importância observada no deslocamento do poder decisório, no qual os usuários (paciente, servidor, professor, estudante, pesquisador) passaram a ser o epicentro da organização, com a adoção de um estilo gerencial participativo.

A tabela 1, a seguir, mostra que, a partir da contratualização, apesar de mantido o número de leitos, aumentou 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, tendo o ano de 2006 apresentado 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 do HU 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.

Roeder (2008) também faz referência a pesquisas nacionais, que revelaram que 85% (oitenta e cinco por cento) dos hospitais não têm plano estratégico formal. Para Alday (2000), empresas de todos os tipos estão chegando à conclusão de que o planejamento estratégico é uma atividade muito proveitosa, por propor à alta gestão caminhos mais seguros para o enfrentamento de ameaças e o aproveitamento de oportunidades encontradas em seu ambiente. Esse autor faz, ainda, referência a Philip Kotler (1975), um dos defensores da utilização deste instrumento, que considera o planejamento

estratégico, uma metodologia gerencial que permite estabelecer a direção a ser seguida pela Organização, visando ao maior grau de interação com o ambiente.

Neste cenário, a avaliação de políticas e programas governamentais adquiriu grande importância para as funções de planejamento e gestão, pois se apresenta como um instrumento para melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e para a divulgação de resultados de governo (CUNHA, 2006). A autora ainda faz referência a experiências bem sucedidas importantes, como a reforma na administração pública da Nova Zelândia, iniciada em 1978, na fase do Gerencialismo, que introduziu a gerência no estilo do setor privado, e que, entre 1992 e 1996, a fase estratégica tentou introduzir uma visão ampla dos programas de governo. Essa autora destaca que “Lá, as reformas se iniciaram como uma decisão “de cima para baixo”, privatizando programas e focando em produtos e resultados em lugar de processos e orçamentos” (CUNHA, 2006, p.18).

Por outro lado, a estratégia básica operacional de um hospital normalmente é montar uma estrutura assistencial e esperar que os clientes comprem seus serviços. Esta estrutura, em geral, é feita baseada em uma demanda histórica, de patologias que geralmente ocorrem. No entanto, raramente é feita uma previsão de qual é a real necessidade da região em que o hospital atuará, gerando, por consequência, um atendimento precário, ocasionado, em muitos casos, pela falta de leitos, médicos e estrutura.

A experiência de um novo modelo de gestão dos serviços públicos de saúde também pôde ser observada por pesquisadores da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP) e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP) em um artigo publicado em 2001, intitulado *Organizações Sociais de saúde: o modelo do Estado de São Paulo*. Os dados apresentados foram coletados a partir de relatórios produzidos pela equipe técnica responsável pelo convênio entre a SES/SP com a FSP/USP e considerou três as dimensões de contexto que informam a avaliação e análise da nova política: (1) a legitimidade e potencialidade da regulamentação legal das OSS, como recurso organizacional do SUS; (2) antecedente e atual

situação do gestor estadual frente a rede de serviços de saúde na região metropolitana; e (3) avaliação do desempenho das OSS.

Nove OSS assumiram, em tempos diferentes, dez hospitais (2.200 leitos), localizados em áreas periféricas, a partir de agosto de 1998, tendo como ponto de partida três dimensões: (1) análise das atividades hospitalares; (2) análise de demanda; e (3) política de medicamentos. O período analisado corresponde aos meses de julho de 1999 a junho de 2000.

Para análise do desempenho das OSS, foram estabelecidos os seguintes indicadores: (a) Indicadores de produção de serviços; (b) Indicadores de qualidade dos serviços; (c) Indicadores de satisfação da clientela; e (d) Outros indicadores, como os relativos aos recursos humanos, incluindo a produtividade de alguns setores, políticas de terceirização, dados financeiros e da morbidade hospitalar.

Os resultados encontrados demonstraram o cumprimento satisfatório por parte das OSS, a partir das metas estabelecidas no contrato de gestão pela SES/SP, para o primeiro ano de atividade. Mas os pesquisadores também concluíram que as diferentes culturas organizacionais das OSS apresentam “uma faca de dois gumes”, pois, se por um lado, criam a possibilidade de diversificação das experiências de gestão adequadas às realidades locais, por outro, podem restringir, dada à inércia, interesses e o poder centralizador dessas organizações, a autonomia e individualização das OSS, sendo, portanto, necessária a avaliação de processos de desenvolvimento institucional das OSS/SUS, com indicadores definidos para sua mensuração.

E, ainda, chamam a atenção para o comportamento dos gastos e rateios médios destas unidades, tanto em relação às Autorizações de Internação Hospitalar (AIH)s médias quanto aos valores apresentados por internação, ainda que tenham sido feitas apenas avaliações preliminares. Por fim, os pesquisadores alertam para o fato de que a regulação, através de um novo contrato de gestão, deve considerar o desempenho das OSS, enfatizando processos, resultados e inserção sistêmica, referenciada pela demanda de saúde regional.

Assim, estudos mostram que o contrato de gestão apresenta potencialidades e riscos. Dentre as potencialidades, estão: fortalecimento do controle interno e dos compromissos legais de prestação de contas dos órgãos e entidades da administração pública; e evidência das responsabilidades legais e administrativas dos agentes e dos administradores públicos, favorecendo o controle interno da gestão pública. Além disso, é um documento de referência para o exercício do controle externo da administração pública, pois torna dados, informações, atividades, competências e responsabilidades dos agentes públicos mais acessíveis e transparentes, facilitando o controle da ação administrativa pelos Poderes Legislativo e Judiciário, pelo Tribunal de Contas e pela sociedade em geral (controle social).

Por outro lado, o contrato de gestão também apresenta riscos, uma vez que, apesar de haver maior facilidade no exercício do controle externo da gestão, a partir das informações geradas pela organização contratada, de nada adianta ter essas ferramentas de controle, se não houver vontade do governo, além de uma equipe de fiscalização competente e atuante para garantir o verdadeiro cumprimento das metas estabelecidas em contrato. A equivocada definição de metas e indicadores, além da omissão do não cumprimento do pacto firmado em contrato de gestão, também poderão representar grande risco à sociedade, uma vez que deixará de ter à sua disposição, os serviços a que tem direito e com a eficiência desejada.

4. A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR E SUAS ESPECIFICIDADES

O presente capítulo fará uma revisão teórica sobre as organizações hospitalares e suas especificidades, de forma a identificar as variáveis mais relevantes relacionadas à eficácia na prestação dos serviços de saúde.

É normal que a população conheça um hospital considerando apenas aquilo que ela pode ver ou lhe é apresentado. Para a maioria, a sua composição é formada apenas por pessoas representadas por médicos e enfermeiros, no entanto, é difícil imaginar que nos bastidores estão centenas de profissionais das mais diversas áreas que são o suporte para toda e

qualquer atividade que o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza quando necessita dos serviços de saúde pública.

Retornando ao passado, verifica-se que os primeiros hospitais eram instituições caridosas, basicamente formados por médicos e enfermeiros, onde o paciente era isolado e ficava sob os cuidados de religiosos, cujo objetivo era mais social do que terapêutico. Os conhecimentos médicos se baseavam nas informações que o próprio doente fornecia, de forma que, conhecia-se mais o doente do que a doença (ROEDER, 2008). No Brasil, foi fundada em 1538, em Santos, a primeira Santa Casa do País, modelo já existente em Portugal.

Segundo Roeder (2008), essa influência ajudou o crescimento do número de instituições baseadas na caridade. Assim, já no século XVIII, o médico passou a ser a figura central do hospital, virando um símbolo da instituição, que perdeu o caráter caridoso e passou a ter finalidades de tratamento e recuperação.

Nesse sentido, Luedy, Júnior e Mendes (2012) explicam que as organizações hospitalares apresentam características peculiares, sendo consideradas uma das mais complexas, que, segundo Médici e Marques (1996, p.49) são perfeitamente compreendidas quando “o indivíduo, ao procurar a assistência médica, não o faz por livre vontade, mas, sim, por necessidade, isto é, por circunstâncias alheias ao seu desejo”. Os autores ainda acrescentam que, “ao ingressar num serviço de saúde, o indivíduo não sabe que tipo de intervenção irá sofrer ou que tipo de exame ou medicamento irá consumir”. Por tal motivo, Roeder (2008) considera que “o cliente não quer ser visto como doente. Quer ser reconhecido como alguém que pensa, sente, tem vontade e interesse”.

Desta forma, Lima (2014) atribui a complexidade das organizações hospitalares aos recursos humanos, por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia, que, para Bittar (2000), pode ser dificultada pela diversidade de formação que cada faculdade imprime, desenvolvendo processos de maneiras e custos diferentes, embora corretos. Sobre as dificuldades, Machline *et al.* (1983), nos dão alguns exemplos mais concretos, como: (a) serviços de atenção e tratamento personalizado a pacientes

individuais; (b) dependência das necessidades e demanda de seus clientes; (c) definição das responsabilidades dos diferentes membros e pouca tolerância a erros; (d) trabalho diversificado e com pouca padronização em que pessoas cuidam de pessoas, participando ativamente do processo de produção; (e) pouco controle sobre seus trabalhadores (principalmente os médicos) e sobre os pacientes; (f) organização não baseada em uma linha única de autoridade; já que o administrador hospitalar detém menos autoridade e poder em relação a outras organizações; e (g) organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada.

No entanto, não se pode atribuir a complexidade das organizações hospitalares apenas aos recursos humanos. Quem não conhece a estrutura física de uma grande Unidade de Saúde não pode nem mesmo imaginar o que é necessário para que o atendimento médico possa acontecer. Uma farmácia com uma grande variedade de medicamentos que não podem faltar para não comprometer o tratamento de pacientes que procuram o hospital; um almoxarifado que deve estar sempre abastecido; a lavanderia, que, por sua vez, tem equipamentos que devem estar sempre mantidos para atender a demanda de rouparia. Em se tratando dos serviços de manutenção, são centenas de equipamentos hospitalares utilizados dentro de um hospital que precisam desses serviços, sendo grande o custo para mantê-los em perfeita condição de uso; caso contrário, exames, cirurgias e outros procedimentos podem ser comprometidos. Outros equipamentos, como grupos geradores, que suprem a falta de energia, com o objetivo de não interromper os procedimentos que estão sendo feitos e cujos aparelhos não funcionam sem energia. Tudo isto agiganta a complexidade da gestão de um hospital.

Assim, para Bittar (2000), os hospitais podem ser subdivididos em grandes áreas, sendo, portanto, as seguintes: **(1) Infraestrutura**, que dá suporte a áreas afins, com destaque para a administração, manutenção, farmácia, lavanderia, almoxarifado, etc; **(2) Ambulatório/Emergência**, onde se concentra a demanda que um hospital possui; **(3) Internação Clínica-cirúrgica**, destinada aos pacientes que permanecem por um tempo maior no hospital, normalmente composta pelo centro cirúrgico, centro de recuperação

anestésica, internação, etc.; **(4) Diagnóstico e Tratamento**, responsável pela ajuda e solução de diagnósticos e de tratamentos, possuindo subáreas como: banco de sangue, endoscopia, eletrocardiografia, hemodiálise, radiologia, ressonância magnética, tomografia, entre outras; **(5) Recursos Humanos**, peça fundamental em todo o processo. De acordo com uma pesquisa realizada em oito hospitais na cidade de São Paulo, existem pelo menos 474 diferentes denominações para os cargos; e **(6) Recursos Materiais**, responsável por decidir sobre qualidade, quantidade, ocasião, aquisição, compra, recebimento, armazenamento e distribuição, processos complexos e que exigem uma logística bem planejada, organizada, coordenada e avaliada.

Com essa estrutura, Rocchi (1982) entende que os hospitais modernos são estabelecimentos destinados a cumprir cinco funções na área da saúde: (1) **preventiva**, como campanhas de vacinação e pré-natal; (2) de **reabilitação**, mantendo tratamento curativo de enfermidade; (3) **restauradora**, oferecendo assistência aos pacientes em casos de urgência; (4) de **ensino**, adaptando cada centro do hospital para garantir um estágio de alta qualidade aos profissionais de saúde; e (5) de **pesquisa**, promovendo e incentivando pesquisas clínicas e na área administrativa. Desta forma, na visão de Roeder (2008, p.14), “a matéria prima básica dos hospitais é o doente, e cabe a eles reintegrá-los à sociedade em condições de retornar”, como mostra a Figura 2 a seguir (grifo nosso).



Figura 2: Processo de Entrada e Saída do Paciente

Fonte: Elaborada pelo Autor

Segundo Berwick (1994 apud LIMA, 2014), a intervenção dos programas não se faz diretamente sobre o ato clínico, mas é fundamental nos processos administrativos da organização hospitalar e a gestão profissionalizada, para que se alcance a qualidade nestes serviços. Os setores administrativos (faturamento, contas médicas, almoxarifado), os serviços de apoio logístico (lavanderia, transporte), enfim, todas as áreas da organização que garantem o

funcionamento dos setores operacionais e se comportam como “amortecedores” seriam os objetos destes programas. Eles impedem que os setores desperdicem seu tempo na resolução de problemas administrativos, que não é seu foco de trabalho, e se concentrem nas suas funções com melhores resultados.

Para Bittar (2000), as definições de processos já mostram que estes estão presentes em todas as áreas, sendo que podemos dividi-los como aqueles que são aplicados diretamente aos pacientes e aqueles que servem de suporte ou atendimento entre as diversas áreas. Assim, torna-se necessário destacar a importância da análise dos processos nas organizações hospitalares.

4.1 Análise dos processos nas organizações hospitalares

Segundo Cury (2000, p.303), “entre o final da década de 80 e início da de 90, objetivando maximizar o valor ao cliente, emergiu nos estudos organizacionais a ideia de “processo”, que, segundo ele, pode ser entendido como uma série de tarefas ou etapas que recebem insumos e geram produtos com valor agregado.

Se analisarmos que um processo depende de outros e que outros processos também dependem de outros, e assim, sucessivamente, é fácil concluir que, conforme bem observado por Bittar (2000), para um mesmo processo, em diferentes pacientes, pode-se necessitar de medicamentos com diferentes dosagens, assim como a mesma doença admite diferentes tratamentos, invasivos, não-invasivos ou simplesmente a observação.

Para se ter uma ideia dessa complexidade, em fevereiro de 2003, a Comissão Nacional de Honorários Médicos e as Sociedades de Especialidade, com assessoria da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE/USP) finalizaram a Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos, chegando a separar quase 5 mil procedimentos.

Segundo Bittar (2000), um dos primeiros passos para o entendimento da gestão de processos é o estudo do modelo de Fleming (Figura 3), que o define

como toda tecnologia envolvida nos cuidados ao paciente. Para o autor, os resultados dependem de processos que inevitavelmente estão na dependência da estrutura e do meio ambiente. Desta forma, a estrutura é definida pelos insumos, como: área física, recursos materiais, recursos humanos e instrumentos de gestão, incluindo-se a estrutura organizacional (organograma) e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição.



Figura 3: Modelo de Fleming

Fonte: Bittar (2000)

Quanto ao processo, Cury (2000) nos remete à abordagem de Hammer e Champy (1994), dentro dos estudos organizacionais, que teve início com o sucesso da obra Reengenharia, que entendem processo empresarial como “um conjunto de atividades com uma ou mais espécies de entrada e que cria uma saída de valor para o cliente”. Segundo Davenport (1994), a adoção de uma abordagem de processo significa a adoção do ponto de vista do cliente, de forma que sua estrutura busca agregar valor para esse cliente, garantindo por consequência, sua satisfação.

Desta forma, especificadamente no caso das organizações hospitalares, olhar para o paciente no desenho dos processos pode contribuir para o desenho de uma estrutura que atenda às suas necessidades, garantindo, por consequência, sua satisfação. Segundo Bittar (2000), esses processos necessitam de planejamento, organização, coordenação/direção, em que necessidades e desejos são levantados e, posteriormente, atendidos por meio de programas e serviços. Para o autor, em um setor como o da saúde,

processos, por meio dos programas e serviços, necessitam ser avaliados e controlados quanto à sua efetividade, eficácia, eficiência, produção, produtividade, qualidade e quanto a prevenção e redução da morbimortalidade, além da imagem que apresenta a usuários ou clientes. Quanto à questão da imagem, o autor explica que não se pode focar exclusivamente no paciente, pois ele é apenas parte do processo, deve-se lembrar também da percepção ou da satisfação daqueles que realizam os processos, ou seja, dos clientes internos (profissionais ligados diretamente à saúde), com suas condições de trabalho e de desenvolvimento pessoal.

Assim, Cury (2000) destaca, com base no entendimento de Rummler e Bracher (1974), que as maiores oportunidades de melhoria de desempenho das empresas estão nas interfaces funcionais, ou seja, entre um departamento e outro. Por isso, mapear os processos é importante porque permite conhecer os caminhos percorridos no desempenho do trabalho, o que nos remete a atenção na questão da qualidade na prestação dos serviços de saúde que será discutida com maior detalhe a seguir.

4.2 A questão da qualidade na prestação dos serviços de saúde

A discussão da qualidade na prestação dos serviços de saúde será feita aqui a partir da percepção dos diferentes atores sociais que participam nesse processo, nos diferentes níveis de ação em saúde. Sobre o assunto, Roeder (2008) faz referência ao Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, que pressupõe os hospitais como ambientes onde se recuperam e se lidam com os valores humanos, e todos os participantes ativos na recuperação da Saúde estão cientes que tratam com seres humanos.

Assim, Pasquini (2013) explica que a preocupação com qualidade vem desde Hipócrates, mas pode-se afirmar que os primeiros modelos direcionados à gestão da qualidade da assistência médica, nos quais foi possível estabelecer uma relação com a Acreditação de hospitais, tiveram o seu início durante a Guerra da Crimeia, em 1855, quando a enfermeira Florence Nightingale desenvolveu métodos de coleta de dados que objetivaram a melhoria da qualidade do atendimento prestado aos feridos de guerra.

Nesse sentido, Roeder (2008) enfatiza a questão da qualidade como uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação do ponto de vista ético e moral e acrescenta afirmando que toda a instituição hospitalar deve se aprimorar permanente, de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa.

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. Para Roeder (2008) gerenciamento de serviço é uma forma organizacional que faz da qualidade do serviço, como é percebido pelo cliente, a mais importante força impulsionadora da operação do negócio. O autor explica que a filosofia de administração de serviços sugere que todos têm um papel específico no esforço de garantir que as coisas funcionem bem para o cliente. Assim, qualquer pessoa que esteja em contato direto com o cliente deveria colocar-se no lugar do cliente com seu ponto de vista e fazer o possível para atender às suas necessidades. A filosofia de administração de serviços diz que toda organização deve atuar como um grande serviço de atendimento ao cliente.

Segundo o *Institute of Medicine* (2001), citado por Pasquini (2013, p.33), “os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos”, de forma que são submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; sendo ofertados para atender às necessidades das pessoas, com equidade, segurança, em tempo oportuno e de forma humanizada; com programas de controle de qualidade; satisfazendo, assim, as expectativas das pessoas usuárias.

Para Roeder (2008), um aspecto importante que afeta o gerenciamento de serviços hospitalares é que o trabalhador, direta e pessoalmente, desenvolve com os clientes um trabalho emocional. O autor explica que os psicólogos identificaram uma reação distinta nos seres humanos, denominada síndrome da sobrecarga de contato. Ela aparece quando existe situação

funcional que os força a ter contato com diversas pessoas de forma constante e repetida, produzindo fadiga emocional.

Para Roeder (2008) o trabalho emocional afeta tanto o funcionário quanto o cliente de forma muito direta. Quando os empregados estão estressados, mentalmente sobrecarregados, fastiados ou insatisfeitos, há um reflexo direto em suas interações com os clientes. E cita Paul Goodstadt, Diretor de Qualidade de um grande banco, que coloca o problema da seguinte forma: “Empregados infelizes são prejudiciais, destruindo a qualidade de serviço diretamente em sua raiz.”

Assim, Porter (2007, apud PASQUINI, 2013) afirma que o desempenho do sistema de saúde só vai ser significativamente melhorado se os resultados forem mensurados e cada participante do sistema, responsabilizado pelos seus resultados. E ainda faz essa relação com os custos envolvidos na organização hospitalar, afirmando que qualidade inferior não gera economia na assistência à saúde, tampouco na maioria dos outros setores. Pelo contrário, baixa qualidade leva a complicações e à necessidade de tratamentos adicionais que elevam substancialmente os custos.

Estudos de desempenho hospitalar no Brasil, revelaram que os hospitais brasileiros apresentam, em geral, deficiências qualitativas importantes (LA FORGIA, 2009, apud PASQUINI, 2013). Dados do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) mostraram que os hospitais dispunham de baixíssima capacidade gerencial, o que nos leva a crer que, em geral, não havia programas de qualidade utilizados, rotineiramente, nos hospitais. Para Vaitsman (2005), no setor público, os custos crescentes dos serviços de saúde foram um dos elementos que favoreceram as políticas reformadoras e de restrição de gastos, e o surgimento de novos modelos de gestão visando à maior transparência, qualidade e eficiência dos serviços.

Desta forma, Pasquini (2013) faz referência ao Plano de Gestão da Qualidade em Saúde, que surgiu pela necessidade de medir os primeiros impactos do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais (PROHOSP) nessas instituições, no que diz respeito à gestão da qualidade, como uma proposta de se avaliar, a partir dos critérios da

Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o grau de incorporação das práticas de gestão da segurança, gestão por processos e gestão por resultados do conjunto dos hospitais.

Assim, torna-se necessário classificar os usuários do sistema de saúde, que, segundo Whiteley (1995, apud ROEDER, 2008), pode ser classificado em três grupos: o cliente externo, o interno e o intermediário. Para ele, a preocupação central é o cliente externo, aquele que está no fim da linha e que vai, de fato, usar os seus produtos e serviços. Ele alerta, porém, para o fato de que, se quisermos prestar um bom serviço ao cliente, precisamos trabalhar e envolver os outros tipos de clientes. Os clientes internos são as unidades ou pessoas que não servem diretamente aos clientes, mas que fornecem serviços ou executam atividades necessárias para o bom desempenho daqueles que o fazem, no caso de hospitais, médicos e enfermeiros. Constituem-se clientes da administração, que exercem uma força avassaladora sobre a organização. Os clientes intermediários, por outro lado, são os fornecedores que fornecem seus bens materiais ou serviços, necessários ao funcionamento da própria empresa prestadora de serviços ou que ajudam a empresa a encontrar clientes, promover vendas e distribuição dos seus produtos.

Albrecht (1988, apud ROEDER, 2008), após examinar as reclamações feitas pelos clientes aos estabelecimentos de serviço, observou que se situam dentro de umas poucas categorias básicas, os quais denominou de “sete pecados do serviço”: (a) **Apatia**: Uma atitude de pouco caso de parte da pessoa responsável pelo contato com o cliente; (b) **Dispensa**: Tentativa de livrar-se do cliente desprezando sua necessidade ou seu problema; procurar afogar o cliente com algum procedimento padronizado que não resolve o problema mas livra o funcionário de serviço de ter de fazer algo especial; (c) **Frieza**: Uma espécie de desprezo, rispidez, tratamento agressivo, desatenção ou impaciência com o cliente que parece dizer: “Por favor, desapareça!”; (d) **Condescendência**: Tratamento ao cliente com atitude paternalista, como é feito por muitas pessoas no setor de assistência médica; (e) **Automatismo**: “Obrigado-o-próximo”! O funcionário automatizado coloca todos os clientes no

mesmo programa com os mesmos movimentos e chaves padronizados e sem qualquer indício de individualidade; (f) **Regras**: Predominância das normas da organização sobre as da satisfação do cliente, sem qualquer liberdade, por parte do funcionário, para abrir exceções ou usar o bom senso; (g) **Passeio**: “Desculpe, mas procure o fulano. Nós não resolvemos este problema aqui” (grifo nosso).

Para Roeder (2008), existe uma diferença entre um produto físico e um produto sob a forma de serviço. Em um produto físico, a qualidade pode ser inspecionada quando sai da linha de montagem. Mas, isto não ocorre com serviços. Um serviço é “fabricado” no ato da entrega, e, na maioria dos casos, há muitos pontos de entrega, e não apenas um, significando que os métodos tradicionais de controle de qualidade – centralização e inspeção – deixam de ser válidos. É necessário um método que leve em conta o processo fundamentalmente humano de geração e entrega de produto.

Mas, segundo Almeida (2001), ainda não se tem um padrão universal do que vem a ser um bom atendimento. Nem o próprio usuário do Sistema sabe defini-lo. Projetos vêm sendo desenvolvidos e implantados, no âmbito do SUS, divulgando o conceito de Gestão pela Qualidade, e propiciando condições, para que o conceito de bom atendimento se cristalice. Destas reflexões, resume-se a qualidade no SUS, em: (a) satisfação dos clientes-usuários (clientes externos) com os serviços e produtos; e (b) satisfação dos clientes internos, aqueles que executam os serviços com as condições de trabalho oferecidas. Desta forma, segundo Roeder (2008), na apresentação do conceito de qualidade em instituições hospitalares, definem-se assim, quatro visões particulares de qualidade: **(a) O Paciente**: desejando ser tratado com respeito e interesse; **(b) O Médico**: procurando o fornecimento dos conhecimentos e tecnologias especializadas mais avançadas para o tratamento dos pacientes; **(c) O Conselho Administrativo**: que procura ter os melhores serviços e profissionais da área de saúde, oferecendo o melhor atendimento; e **(d) O Administrador**: ansioso para oferecer os melhores serviços e profissionais da área de saúde, o melhor atendimento médico-hospitalar, numa avaliação

contínua dos serviços prestados visando a um programa de melhoria continuada através da educação (grifo nosso).

Para Sloan e Chmel (1996, apud por ROEDER, 2008), o centro da qualidade em serviços é a capacidade mental do paciente e da equipe que o atende. Eles citam uma pesquisa realizada em 1970, no Hospital Geral de Massachusetts, que demonstra que, quanto mais for gasto com os cuidados intensivos de saúde, tanto maior a probabilidade de o paciente vir a óbito. O estudo referente às últimas semanas de vida de pacientes terminais com câncer, mostrou que as despesas eram dez vezes e meia superiores no hospital de que em casa. Diagnósticos e serviços terapêuticos eram realizados em praticamente todos os pacientes até o dia da morte.

Assim, Slawka (2005) citou o trabalho de Maguire e Pitceathly (2002) que, após avaliar diversos estudos sobre comunicação médico-paciente, particularmente aqueles analisando a relação entre habilidades e tarefas do médico durante a consulta, observaram que médicos com boas habilidades de comunicação identificam os problemas dos pacientes mais acuradamente, têm mais satisfação com seu trabalho e menos estresse, seus pacientes ajustam-se melhor psicologicamente e estão mais satisfeitos com os cuidados que recebem.

Desta forma, Roeder (2008) nos leva a exemplos de países como Estados Unidos e Canadá, onde, em tempos mais recentes, demonstrou-se que o atual enfoque da administração hospitalar segue a linha de qualidade total. Eles afirmam que “ser tratado como um indivíduo é, sem dúvida, mais importante para a satisfação do paciente de que o seu restabelecimento”. Nos dias de hoje, no caso de assistência à saúde, o consumidor está mais voltado para “cuidados personalizados” incluindo tais atributos como conforto e privacidade, do que para a qualidade técnica. Mesmo assim, Slawka (2005) considera que a literatura é unânime em reconhecer a importância da comunicação médico-paciente e acrescenta que, ainda que possam existir vieses em todas as etapas da comunicação, ela é um processo ativo e bilateral e que será tanto mais efetivo quanto mais o médico se conscientiza da sua responsabilidade verbal e não-verbal nesse processo.

Assim, Castelar (1995, apud ROEDER, 2008) sugere que os hospitais brasileiros adotem um programa de controle de qualidade mais voltado para a avaliação de resultados do que para a sua estrutura. Com isso, o Ministério da Saúde, no intuito de fazer com que o SUS atinja o objetivo constitucional e o contido na Lei 8080/88, implementou o Programa da Qualidade no Serviço Público, com desdobramento para outros programas como: (1) **Programa da Qualidade do Sangue**, que mobiliza centros de hemoterapia e bancos de sangue em todo o território nacional, utilizando a estratégia de autoavaliação da gestão, treinamentos e formação de consultores internos, para apoio, divulgação e implantação do Programa na hemorrede nacional; (2) **Programa de Gestão das Políticas de Saúde** – voltado para o desenvolvimento de novos modelos, busca de experiências, avaliação, e efetivação da descentralização do SUS; (3) **Programas de Qualidade e Eficiência do SUS**, como Acreditação Hospitalar, Disque-Saúde, Reforço à Reorganização do SUS (REFORSUS), Capacitação de RH para o SUS, Auditoria e Humanização (grifo nosso).

Lima (2014) explica que, nas últimas décadas, em vários países, houve uma mobilização em torno da aplicação de programas de qualidade nas organizações hospitalares, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços. Para o autor, “a saúde no Brasil deve ser repensada em seu sistema, em sua estrutura, em seus processos e em seus resultados”. A administração dos serviços de saúde deve, igualmente, ser redesenhada para dar-lhe a eficácia necessária. Só assim o sistema e os serviços terão efetividade, ou seja, chegarão aos resultados desejados e eficiência, isto é, os resultados serão obtidos a custo mínimo. Desta forma, eles serão adequados, o que quer dizer que os cuidados serão exigidos pelas necessidades dos pacientes, o que nos leva à necessidade de avaliar a percepção desses pacientes para que os objetivos sejam atingidos.

4.3 Cuidados na análise da percepção dos pacientes

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente, com o objetivo de

conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento médico, que, de acordo com Hollanda (2011), polarizou-se na Europa e nos Estados Unidos, a partir de 1980.

Para Vaitsman (2005, p.600), “existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos” (Linder-Pelz, 1982; Williams, 1994; De Silva, 1999). Um dos mais conhecidos foi desenvolvido por Parasuraman (1988), para avaliar serviços privados de diferentes naturezas, sob cinco dimensões: (1) atendimento; (2) confiabilidade; (3) empatia; (4) segurança; e (5) tangibilidade (VAITSMAN, 2005).

No campo da avaliação da qualidade dos serviços, os trabalhos de Parasuraman, Berry e Zeithaml se tornaram bastante conhecidos. Eles observaram a reação dos clientes em relação à qualidade dos serviços prestados e como isso influenciava suas expectativas em relação aos serviços a serem prestados. Em decorrência desse estudo, eles desenvolveram uma escala para mensurar a percepção dos clientes em relação aos serviços ofertados, que denominaram SERVQUAL, e publicaram um modelo conceitual de qualidade dos serviços baseado em cinco *gaps* na qualidade, que foi amplamente difundido (PARASURAMAN *et al.*, 1985). Para os autores, ao combinar o grau de relevância para o cliente interno de um determinado item com o grau de satisfação desse cliente em relação ao mesmo item, dimensiona-se a eficácia da gestão.

De forma geral, para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1990), no âmbito dos serviços internos, a percepção do serviço prestado pode ser estudada a partir de duas vertentes: (1) a percepção do fornecedor de serviços; e (2) a percepção do cliente destes serviços. A partir desta ótica bifocal, a satisfação do cliente varia em função da diferença entre a expectativa por parte do cliente e o desempenho do serviço prestado.

Em um estudo realizado em um hospital da região metropolitana de Recife sobre a qualidade percebida dos serviços hospitalares, feito com base neste modelo, gestores e pacientes foram entrevistados, para que fossem

identificados os *gaps* na qualidade dos serviços prestados. A figura 4 a seguir apresenta esse modelo:

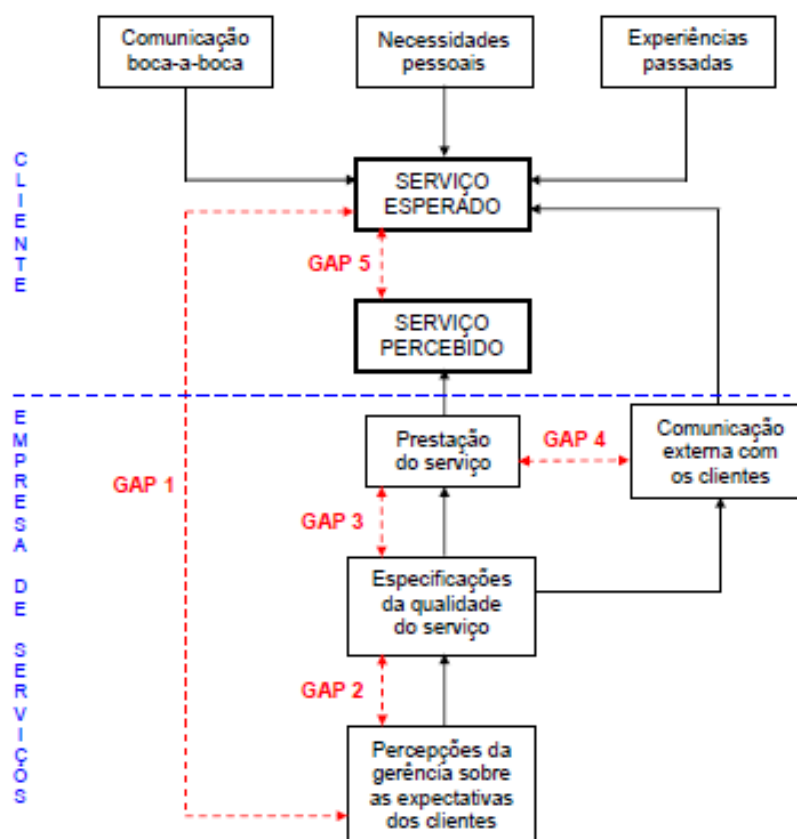


Figura 4: Modelo de qualidade de serviços de Parasuraman, Zeithaml e Barry
Fonte: Cabral (2007, p.17)

Nesta pesquisa, foram identificados os seguintes *gaps*: (1) expectativa do consumidor X expectativa da gerência; (2) percepção da gerência X especificações de qualidade do serviço; (3) especificações de qualidade do serviço X prestação do serviço; (4) prestação do serviço X comunicação externa com os clientes; e (5) serviço percebido X serviço esperado.

Segundo Hollanda (2011), os trabalhos de revisão da literatura evidenciam a inexistência de consenso sobre o que venha a ser satisfação do usuário. Parte do problema reside em conceituar os termos “satisfação” e “usuário”, além da multiplicidade de abordagens teóricas sobre a satisfação,

tidas como frágeis ou pouco desenvolvidas. Acredita-se que essa inexistência de consenso exista porque o que deixa satisfeita uma pessoa, não necessariamente deixa outra satisfeita. Em nosso caso particular, ou seja, em um hospital, um determinado atendimento (nas mesmas condições) pode satisfazer um paciente, mas o outro não.

Com Donabedian, em 1984, a noção de satisfação do paciente tornou-se um dos elementos da avaliação da qualidade em saúde, ao lado da avaliação do médico e da comunidade (HOLLANDA, 2011). A qualidade passou a ser observada a partir desses três ângulos, de forma complementar e, ao mesmo tempo, independente. Para Vaitsman (2005, p.601), “o conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços”.

Segundo Hollanda (2011, p.3344) “a satisfação do usuário começou a ser vista como legítima, tornando-se um atributo da ideia de qualidade, um objetivo em si e não apenas um meio de fazer com que o paciente aderisse ao tratamento. A partir de então, os usuários não puderam mais ser ignorados, e a ideia de satisfação do paciente como um atributo da qualidade tornou-se um objetivo em si e não apenas um meio de produzir a adesão do paciente ao tratamento, como era comum nos objetivos de estudos.

Entre as categorias da qualidade na prestação dos serviços de saúde levantadas por Vaitsman (2005), destacam-se: **(a) dignidade**, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância; **(b) apoio social**, Permissão aos pacientes internos de visitas de parentes e amigos, de práticas religiosas não prejudiciais às atividades do hospital e que não firam a sensibilidade de outros indivíduos; **(c) comunicação/informação**, o profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender. O profissional deve dispor de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas; **(d) agilidade**, os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto; **(e) instalações/ambiente físico**, devem ser realizados procedimentos

regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces do hospital; **(f) aspectos interpessoais**, Modo com que cada profissional de saúde interage pessoalmente com os pacientes; **(g) competência/qualidade técnica**, envolve evitar riscos desnecessários e erros médicos (grifo nosso).

Hollanda (2011) explica que, no âmbito do SUS, pesquisas de satisfação do usuário ganharam destaque a partir de iniciativas voltadas para o fortalecimento da cultura participativa, dos direitos do paciente e do atendimento voltado para as suas necessidades, e cita ainda o Programa Nacional de Humanização do Atendimento como uma importante iniciativa, que valoriza, entre outras coisas, a qualidade da interação dos profissionais de saúde com os pacientes. Além disso, o autor acrescenta que um problema nas pesquisas de satisfação do usuário é a diversidade de metodologias e instrumentos de pesquisa, sendo, portanto, questionada por diversos pesquisadores.

Desta forma, Vaitsman (2005) alerta que, para alguns autores, no setor público, a avaliação feita a partir dos usuários envolve uma interação mais complexa de elementos, incluindo os que influenciam as percepções sobre os serviços públicos, tendo como elementos de influência a confiança dos cidadãos no governo, nos políticos e nos servidores. Assim, Vaitsman (2005) explica que, no ano 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduziu nas pesquisas de avaliação em saúde o conceito de “responsividade” dos sistemas de saúde, em contraposição ao de “satisfação”, utilizado desde a década de 1960. Enquanto as pesquisas de “satisfação” focalizavam as distintas dimensões que envolvem o cuidado à saúde, desde a relação médico-paciente até a qualidade das instalações e dos profissionais de saúde, responsividade surgiu referindo-se aos aspectos não-médicos do cuidado.

Com isso, o conceito de responsividade nas pesquisas em saúde, diz respeito a quanto as ações governamentais atendem às expectativas e demandas da população. A OMS introduziu-o no campo da avaliação em saúde, como uma alternativa ao conceito de satisfação, para se referir aos elementos não-diretamente ligados ao estado de saúde do paciente. Seu fundamento está no pressuposto de que, além de promover e manter a saúde

dos indivíduos, o sistema de saúde deve tratá-los com dignidade, facilitar sua participação nas decisões sobre os procedimentos de saúde, incentivar a comunicação clara entre profissional de saúde e usuário e garantir a confidencialidade do histórico médico (DE SILVA, 2000).

Oliveira e Santos (2011) explicam que encontraram na literatura várias definições sobre responsividade, sendo, portanto, classificadas em três grupos: (1) de acordo com o tipo de mudança que o instrumento responsivo é capaz de detectar: habilidade para detectar mudanças, em geral, não considerando se a mudança é relevante ou significativa; (2) habilidade para detectar mudanças clinicamente importantes; e (3) habilidade de detectar uma mudança real no conceito que está sendo medido.

Para Slawka (2005), no processo de comunicação, as informações (verbais e não-verbais) do médico sobre as características do estudo e sua responsividade às preocupações do paciente, fornecem suporte emocional ao paciente e familiares. Alguns autores definem responsividade como uma combinação de satisfação do paciente com o modo como o sistema age, diz respeito ao modo como o desenho do sistema de saúde reconhece e consegue responder às expectativas universalmente legitimadas dos indivíduos em relação aos aspectos não-médicos do cuidado. O importante na introdução desse conceito como uma ferramenta na avaliação de sistemas de saúde é que ele pretende definir princípios de validade universal.

Assim, segundo De Silva (2000), o conceito poderia ser visto a partir de dois ângulos: primeiro, do usuário do sistema de saúde como um consumidor, sendo que a maior responsividade atrairia mais consumidores. Segundo, diria respeito à salvaguarda dos direitos dos pacientes a um cuidado adequado. Esses dois ângulos traduzem-se nas dimensões que orientam as pesquisas sobre responsividade (OMS, 2000b): **(a) respeito pelas pessoas**, referindo-se a ética envolvida na interação dos usuários com o sistema de saúde, revestindo-se de dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação; e **(b) orientação para o cliente**, inclui as categorias que influem na satisfação do paciente, mas não são diretamente ligadas ao cuidado à saúde, como: atendimento rápido, apoio social, instalações e escolha (GAKIDOU, 2000).

Pesquisas sobre responsividade consideram dois elementos. O primeiro é **(a) medir o que acontece quando as pessoas interagem com o sistema de saúde**, o que implica coletar dados sobre o comportamento, evento ou ação do sistema de saúde. O segundo é **(b) medir como as pessoas atendidas pelo sistema de saúde percebem e avaliam “o que acontece”** (VAITSMAN, 2005; HOLLANDA, 2011). Trata-se, portanto, de dois procedimentos distintos quanto ao desempenho do sistema de saúde. Uma coisa é medir o que acontece e outra é medir a percepção das pessoas sobre o que acontece, uma vez que as pessoas podem ter uma percepção negativa – ou positiva – sobre o sistema de saúde, mesmo que indicadores sobre “o que acontece” apontem o contrário.

Para Vaitsman (2005), é exatamente em relação ao tipo de perguntas e ao modo de formulá-las que a responsividade difere das pesquisas sobre satisfação. Se estas últimas costumam perguntar o quanto a pessoa está satisfeita ou não com algum aspecto do serviço de saúde, geralmente levando-se em conta suas expectativas prévias, as pesquisas que visam medir responsividade perguntam qual a frequência com que determinado evento ocorreu. Com isso, pretende-se maior objetividade nas respostas, que não se baseariam apenas na opinião das pessoas, mas também no que acontece quando elas interagem com o sistema. Em vez de se perguntar o quanto a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida, fazem-se perguntas mais objetivas, do tipo “quanto tempo levou para o(a) senhor(a) ser atendido na última vez que veio à unidade de saúde?” (VAITSMAN, 2005, p.607). As percepções individuais sobre o sistema de saúde seriam contrapostas às “expectativas legitimadas universalmente” (VAITSMAN, 2005, p.607), ou seja, que independem das expectativas individuais e se baseariam em parâmetros definidos como legítimos e universais para se avaliarem os serviços de saúde.

Vaitsman (2005) destaca ainda que outra vantagem apresentada pelo tipo de perguntas feitas pelas pesquisas de responsividade estaria em sua melhor capacidade para avaliar mudanças. Como os sistemas de saúde mudam ao longo do tempo, para melhor ou para pior, variando também o nível

de expectativas dos usuários, as perguntas sobre satisfação são menos capazes de captar tais mudanças. Assim, o capítulo a seguir, tratará sobre a evolução do modelo de saúde pública adotado em Goiás.

5. A EVOLUÇÃO DO MODELO DE SAÚDE PÚBLICA ADOTADO EM GOIÁS

O presente capítulo fará uma contextualização sobre o quadro institucional do Modelo de saúde pública do Estado de Goiás, com ênfase na apresentação do histórico e evolução do sistema de saúde pública, para que seja possível compreender o que pode ter levado o Governo de Goiás a definir um novo modelo de gestão.

O Hospital de Urgências de Goiânia (Hugo) – Unidade pública vinculada à Secretaria da Saúde do Estado de Goiás (SES/GO) – foi 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. Possui uma área de 28.541,60 metros quadrados, com 235 leitos de internação (inclusive para observação), sendo 82% leitos clínicos e cirúrgicos e 18% são de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), além de um centro cirúrgico com dez salas.

De acordo com a SES, em 2011, as especialidades atendidas no HUGO eram: Traumatologia / Ortopedia, Bucomaxilo, Neurologia / Neurocirurgia, Cirurgia Vascular, Cirurgia Geral, Clínica Médica, Cardiologia, Geriatria e Medicina Intensiva. Em relação ao Serviço de Hemodiálise, o HUGO conta, apenas, com um leito para hemodiálise na UTI 1 que atende os pacientes com Insuficiência Renal Aguda, não tendo, portanto, uma Unidade de Hemodiálise.

Há mais de vinte anos o Hospital tem dado suporte à comunidade que necessita de seus serviços, de maneira a corresponder às expectativas, atendendo às exigências que o serviço de saúde demanda, sendo reconhecido com referência nacional na prestação de serviços de urgência e emergência. Apesar disso, em 2011, o hospital apresentava sérios problemas, que, de acordo com a SES, tinha relação direta com a morosidade dos processos administrativos deflagrados para compras e contratações, tendo em vista que o

Hospital não possuía autonomia financeira e orçamentária para executar atividades, como: comprar medicamentos, contratar pessoal e pagar fornecedores, sendo, portanto, completamente dependente da SES para prestar serviços de saúde à comunidade.

Assim como os demais hospitais da rede pública de saúde estadual, para sua operação, o HUGO tinha considerável dependência da SES. Para atender os hospitais em todas as áreas, a SES, por meio de suas Superintendências e respectivas Gerências (em nível central), recebia a demanda das Unidades para elaborar o planejamento e execução das atividades de cada uma delas, dentro do que o Estado de Goiás previa em termos de orçamento para a saúde.

No entanto, como órgão público, o gasto deve respeitar uma série de normas previstas na legislação brasileira para ser realizado. Assim, para comprar medicamentos, adquirir novos equipamentos e contratar empresas para prestação de serviços especializados, a SES instaurava processos administrativos, para adquirir tais bens e serviços por meio de licitação, ou, ainda, por meio de dispensa de licitação, em consonância com a Lei Federal nº 8.666 de 1993 – Lei de Licitações e suas alterações posteriores, um procedimento que levava anos para ser finalizado. De acordo com a SES, em pesquisa realizada no ano de 2010, em média, um procedimento destes levava mais de quinhentos dias para ser finalizado, e, pior, muitas vezes o objetivo nem era alcançado, o que gerava, por consequência, desabastecimento das Unidades de Saúde, sucateamento dos equipamentos, entre outros problemas, resultando na prestação de um precário serviço de saúde à população.

Importante considerar que, em mais de vinte anos de existência, o HUGO nunca havia passado por uma reforma em seu prédio, tendo recebido apenas pequenas reformas locais em seu interior. Além disso, no início de 2012, diversos equipamentos hospitalares estavam obsoletos por falta de manutenção, problemas estes causados pela notória dificuldade de liberação de recursos orçamentários necessários à operacionalização das atividades.

Esta situação precária era encontrada não só no HUGO, mas também em todos os hospitais da rede pública do Estado e em todo o país, situação

que, em 2011, resultou na decisão do Governo Estadual em repassar a administração dos hospitais do Estado para Organizações Sociais (OS) sem fins lucrativos, através de um contrato de gestão, sendo o HUGO o primeiro deles a passar por esta mudança. Assim, em nove de maio de 2012, em parceria com o Governo do Estado de Goiás, o Instituto de Gestão em Saúde – Instituto Gerir (Organização Social sem fins lucrativos) assumiu a administração do HUGO.

5.1A Estrutura Organizacional do HUGO antes da Mudança do Modelo de Gestão

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.

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.

Assim, verifica-se que a GEDUS era responsável por todo o gerenciamento das Unidades Hospitalares, inclusive pela supervisão da administração realizada hoje pelas organizações sociais. A Figura 5, a seguir, apresenta o organograma da Superintendência de Gerenciamento das Unidades Assistenciais de Saúde (SUNAS):

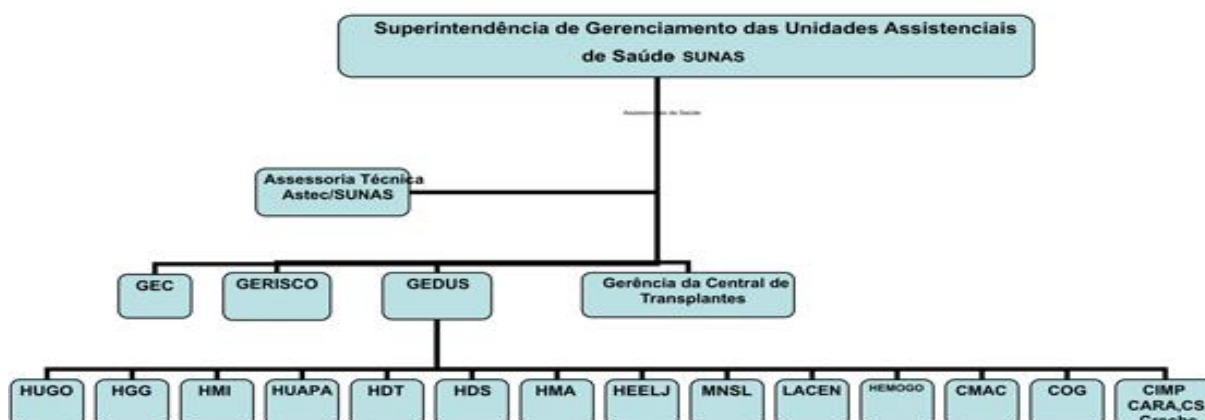


Figura 5: Estrutura Organizacional da SUNAS/SES-GO

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.

Assim, 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).

5.2 O processo de mudança do Modelo de Gestão do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO)

A partir da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que

menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, o Estado de Goiás, promoveu algumas adaptações à lei federal, publicando a Lei nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005, que dispõe sobre a qualificação de entidades, como organizações sociais estaduais e dá outras providências.

Assim, uma das principais medidas utilizadas pelo Poder Público Estadual para transferir a execução de serviços públicos a entidades privadas está pautada no contrato de gestão, que, de acordo com a Lei nº 9.637/98, visa "instituir parceria entre o poder público e uma organização não governamental qualificada pelo poder público, sob certas condições, para prestar atividade de interesse público mediante variadas formas de fomento pelo Estado". Os mecanismos de controle estão previstos em todo o processo do modelo das Organizações Sociais, que vai desde a sua qualificação até os momentos previstos para a prestação de contas.

Na concorrência, ganhou o Instituto de Gestão em Saúde (GERIR), que é uma associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, filantrópica, dirigida ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à assistência social e, especialmente, à saúde. Seu quadro social é constituído por número ilimitado de associados, distribuídos nas categorias: Fundadores; Efetivos; Correspondentes; Beneméritos e Honorários. São órgãos do Instituto GERIR: Assembleia Geral; Conselho de Administração; Diretoria Executiva; Conselho Fiscal e Conselho Técnico.

O Conselho de Administração é constituído respeitando a paridade legal, por 07 (sete) membros, todos eleitos pela Assembleia Geral Ordinária, composto da seguinte forma: 02 vagas de membros natos representantes do Poder Público; 02 vagas de membros natos representantes de entidades da sociedade civil organizada; 01 vaga de membro eleito dentre os empregados da entidade, ou membros ou associados; 01 vaga para pessoa de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral, eleita pelos demais integrantes do Conselho de Administração; e 01 vaga para profissional técnico indicado pela Diretoria Executiva. Seu Estatuto Social foi elaborado em consonância com as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998

e da Lei Estadual nº 15.503, de 28 de dezembro de 2005 que dispõem sobre a qualificação de entidades como organizações sociais.

Em seu primeiro relatório de gestão, publicado em agosto de 2012, apresentou as principais dificuldades encontradas no HUGO em maio, quando assumiu a gestão do hospital. Dentre elas, o relatório destacou a dificuldade na obtenção de autorização para abertura de processos de compra e de manutenção, como, dos elevadores, já que havia muitos processos em aberto na SES, sendo, portanto, indefeso produzir dois projetos para a mesma finalidade. O relatório apontou também a morosidade para a liberação de verba para reforma física e estrutural do hospital, que, em mais de 20 anos, nunca havia passado por uma reforma, destacando, ainda, os obstáculos encontrados para liberação de recursos orçamentários para investir na infraestrutura.

O Hospital contava com duas UTIs localizadas no 2º andar e uma UTI Neurológica localizada no Pronto Atendimento. No entanto, o primeiro relatório de gestão, elaborado no período de 10 de maio a 10 de agosto de 2012, apontou divergências no cálculo do número de leitos do HUGO, por não considerar o real número de atendimentos feitos pelo hospital, onde havia, na prática, pacientes internados em macas e camas. Como exemplo, o relatório revelou que, na UTI 1, foram apontados 10 leitos e efetivamente funcionam 14, evidenciando clara necessidade de ampliação imediata de 20 leitos de UTI.

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 intersectorialidade.

Desta forma, o Instituto Gerir definiu o novo organograma do HUGO, buscando refletir esta estratégia e, logo de início, ampliou de 44 para 60 o número de leitos de UTI e iniciou um processo de reforma em todo o prédio, além de abastecer a farmácia do hospital.

5.3 Características Gerais do Novo Modelo de Gestão

Os mecanismos de controle estabelecidos pelo Instituto Gerir foram definidos com base no modelo OS, que vai desde a sua qualificação até os momentos previstos para a prestação de contas. A OS é uma organização que, embora tenha uma flexibilidade de gestão muito importante para suas atividades, deve apresentar um dos mais complexos e completos sistemas de controle, pois apesar de o modelo OS ter sido idealizado com o controle focado nos resultados, a organização tem que prestar contas de toda a parte financeira, patrimônio, recursos humanos e dos resultados alcançados, comparando-os ao pactuado no contrato de gestão. Um dos principais instrumentos utilizados para esse controle são os relatórios de desempenho ou de gestão, cuja função é prover informações acerca do grau de alcance das metas pactuadas, conforme os indicadores definidos e segundo a sistemática de avaliação traçada, podendo ser publicados de forma parcial, trimestral, quadrimestral, semestral e anual. No caso do HUGO, a SES determinou a publicação trimestral deste relatório.

O primeiro Relatório de Gestão do Instituto Gerir refletiu o período de transição da gestão do HUGO. Apontou as principais características do novo modelo de gestão implementado 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.

Coordenada no topo, a organização flexível possui redundância em muitas tarefas e caracteriza-se por redução do quadro gerencial intermediário. A organização se torna, desta forma, um conjunto de pequenas organizações interdependentes, onde a conexão entre as partes se dá por meio de intenso sistema de comunicação, em que todas as informações são distribuídas igualmente por todos os setores: organização modular e orgânica. Assim, o modelo é centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, uma visão, possivelmente estabelecida com base em uma das quatro formas básicas de departamentalização definidas por Bateman e Snell (1998), a departamentalização por cliente, por considerar a necessidade do usuário do HUGO, para definição dos planos de ação.

5.4 Destinação dos Recursos Financeiros

A Proposta Técnica e a estimativa dos custos e despesas referentes à execução das atividades propostas, bem como a relação de leitos e toda a previsão de recursos humanos, foram realizadas com base nos dados fornecidos pela SES GO. Com esses dados, o Instituto Gerir formalizou o valor de sua proposta: valor do leito do projeto: R\$ 33.464.17,00 com um total com base nos 235 leitos informados: R\$ 7.864.080,00.

Para que o HUGO possa prestar serviços à sociedade, o Contrato de Gestão firmado entre a SES e o Instituto Gerir definiu o limite de gastos em termos percentuais, destinados por natureza, como mostra a Figura 6, a seguir:

ITENS DE CUSTEIO	PERCENTUAL	VALOR PROGRAMADO EM R\$
Previsão de verba mensal de custeio	100%	
Custeio de pessoal	Até 60%	
Custeio de materiais	Até 20%	
Custeio de serviços	Até 15%	
Investimentos	Até 15%	

Figura 6: Descrição da destinação de Recursos Financeiros do HUGO

Fonte: Relatório de Gestão maio-agosto Instituto Gerir

Quanto à forma como estes recursos seriam destinados, o Relatório de Gestão, referência maio-agosto 2012, apresentou propostas para a organização do HUGO, sobre três prismas: implantação de logística de suprimentos; política de recursos humanos a ser implementada e proposta para regimento interno do Hospital, enfermagem e corpo clínico.

Dentre as principais ações de nível estratégico, o Instituto Gerir definiu duas em seu relatório, sendo as seguintes: (a) no que tange à avaliação da capacidade gerencial, ficou definida a nova estrutura diretiva do HUGO, em novo organograma, evidenciando as competências de cada membro do seu corpo. Assim, recebendo as informações do nível operacional “de baixo para cima”, para desenho de uma estrutura hierárquica que pudesse solucionar os problemas do hospital com a máxima eficiência; e (b) com relação à parte de ciência e tecnologia, destaque para a apresentação de projeto de tecnologia da informação com vista à melhoria do atendimento ao usuário e ao controle gerencial do HUGO.

6. METODOLOGIA DE PESQUISA APLICADA NO TRABALHO

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 qualitativa foi escolhida, também, pela possibilidade de explorar novos conceitos que estão em construção, não cabendo, ainda, medições precisas. Além disso, ela ajuda o pesquisador a compreender e explicar o fenômeno social com o menor afastamento possível do contexto que se baseia na visão de que a realidade é construída pela interação de indivíduos com o seu mundo social (MERRIAM, 2002, apud MAIA, 2014). No caso da presente pesquisa, acredita-se que a realidade dos participantes (gestores, médicos e pacientes do hospital analisado) é construída pela sua interação deles numa relação de “dependência” para que suas expectativas sejam atendidas e que, para analisar a validade empírica da “eficácia” dos serviços prestados pelo hospital, é necessário que os atores possam compreender o seu significado.

Assim, a pesquisa qualitativa pode ser definida como “processo não matemático de interpretação, feito com o objetivo de descobrir conceitos e relações nos dados brutos e organizar esses conceitos e relações em um esquema explanatório teórico” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.24, apud MAIA, 2014). Ela responde a questões muito particulares e se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO *et al.*, 2012, apud MAIA, 2014).

Diante disso, o estudo qualitativo é aplicado nesta pesquisa para apresentar um mapeamento da percepção dos participantes com foco na mudança da arquitetura organizacional desencadeada no hospital analisado, motivada pela busca da eficácia na prestação dos serviços de saúde pública. Além disso, buscará, a partir da análise dos relatórios de gestão, e com base na estatística descritiva, capturar a estratégia do hospital ao apresentar pesquisas de satisfação dos usuários. Essa estratégia, ao ser capturada em nossa análise, permitirá uma compreensão mais sólida dos resultados.

Assim, nosso objetivo com esse estudo é de contribuir para o desenvolvimento de um modelo de gestão que possa atender às expectativas dos participantes e da sociedade em geral.

Como estratégia de pesquisa, o estudo de caso é comumente utilizado em muitas situações, como em pesquisas em administração pública, estudos organizacionais e gerenciais, podendo representar um teste decisivo de uma teoria significativa em se tratando de caso único (YIN, 2001). Para Pires *et al.* (2008) a pesquisa por caso único se baseia num corpus empírico que é representado no singular e que implica a ideia de fazer um estudo em profundidade desse único caso. Stahke (1994, p.47, apud PIRES *et al.*, 2008) complementa dizendo que “nós fazemos um estudo de caso, porque acreditamos poder aprender alguma coisa a partir de um único caso”.

Assim, considerando que o hospital escolhido, foi o primeiro a ter sua gestão transferida para uma Organização Social no Estado de Goiás, acredita-se que os resultados poderão servir como base de conhecimento para os demais hospitais do Estado de Goiás que passaram pelo mesmo processo de mudança, todos sob o mesmo argumento, o de garantir a eficácia na prestação dos serviços de saúde pública, pois, com base no entendimento de Bourdieu (1984, apud PIRES *et al.*, 2008), quando o caso particular é bem construído, ele deixa de ser particular, podendo contribuir significativamente para o conhecimento.

Desta forma, a pesquisa pretende ser útil para a sociedade goiana no sentido de colaborar com os gestores dos hospitais públicos no que tange a mudança da arquitetura organizacional e sua relação com o modelo de gestão adotado pela direção da unidade de saúde, de forma que, as ações por estes implementadas, possam ser positivamente perceptíveis pelos usuários do sistema de saúde pública.

Nesse sentido, Dionne (2007) considera que o pesquisador desempenha papel fundamental na análise e interpretação dos resultados, por haver um compartilhamento do conhecimento com os demais participantes, garantindo a eles, a manifestação de suas expectativas e uma total liberdade de expressão. Por isso, definiu-se como procedimento a ser aplicado na pesquisa, a

pesquisa-ação, que, para o autor, “é um instrumento prático de intervenção antes de ser uma forma de investigação” (DIONEE, 2007, p.20), e também a conceitua como um processo de intervenção coletiva, ou seja, assumido por pesquisadores (teóricos) e por atores (práticos), reduzindo a distância entre a teoria e a prática.

O quadro 2, a seguir, mostra como esse tipo de pesquisa se apoia em regras metodológicas de caráter científico e como a ação se constrói com base em processos de planejamento de diversas práticas com a participação dos atores.

Quadro 2: Duas estratégias-tipo

	Estratégias de pesquisa	Estratégias de ação
Objetivo	Desenvolvimento dos conhecimentos	Transformação de uma situação
Validação	Prova	Eficácia
Abordagens	Regras metodológicas	Estratégia de planejamento
Critérios	Científicos	Políticos
Produção	Conhecimentos científicos	Conhecimentos ordinários
Papel	Especialista	Líder

Fonte: Dione (2007, p.37)

Se de um lado, tem-se a estratégia da pesquisa com base em critérios científicos, de outro, o critério político também deve ser considerado na estratégia da ação, convergindo assim, com a pesquisa-ação. A partir disso, a eficácia da ação poderá ser validada por meio de uma investigação científica, pautada em regras e procedimentos estritamente metodológicos.

Desta forma, a pesquisa-ação é centrada na produção de conhecimentos e a ação almeja a mudança de uma situação particular. Assim, é operacionalizada a partir da análise de uma situação real. Neste caso, a percepção dos participantes, considerada como ponto de partida, há uma situação julgada como ideal, vista assim, como ponto de chegada. Para o autor, “esse hiato, a ser preenchido entre situação inicial e situação final, se encontra na concepção de pesquisa-ação” (DIONEE, 2007, p.14).

Sem minimizar a importância da tomada de consciência coletiva a ser promovida pela pesquisa-ação, é preciso salientar que, nelas, o fortalecimento do lado operacional e a busca de eficácia são necessários para maior aceitação da proposta metodológica (DIONEE, 2007, p.17). Este autor cita o pesquisador americano Kurt Lewin, psicólogo da Alemanha, emigrado para os Estados Unidos, em 1933, que mostrou que a ação é mais eficaz que o discurso, uma vez que os sujeitos estão fortemente implicados no processo, com participação mais ativa. Acrescenta, ainda, que uma ação é eficaz quando atinge os objetivos projetados. Por isso, a pesquisa se baseou, inicialmente, nas teorias que tratam da eficácia da prestação dos serviços de saúde, para, em segundo momento, analisar a percepção dos participantes, para então, apresentar os resultados, estando o vínculo entre ator e pesquisador, no centro do processo de investigação científica.

Em resumo, “A pesquisa-ação nasceu de uma vontade de eficácia” (DIONEE, 2007, p.26), e tende a: (a) fortalecer a relação entre a teoria e a prática; (b) favorecer alianças e comunicações entre pesquisadores e atores; e (c) produzir um novo saber na ação e para a ação (DIONEE, 2007). O autor explica ainda que as principais experimentações se realizaram, prioritariamente, em contextos profissionais e organizacionais, situação em que o ator se torna pesquisador.

A partir de então, “para encontrar significado em uma ação, ou para afirmar que se entende o que uma determinada ação significa, é necessário que se interprete de um modo específico o que os atores estão fazendo” (DENZIN, 2006, p.196). Para o autor, essa postura interpretativista, também chamada de intencionalismo, é um ato de reestabelecimento psicológico, ou seja, “entrar na cabeça de um ator para entender do que ele é capaz em termos de motivos, crenças, desejos, pensamentos e assim por diante” (DENZIN, 2006, p.196).

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).

6.1 Amostra

Sjoberg e Nett (1968, apud PIRES *et al.*, 2008) explicam que o universo de análise corresponde à noção clássica de população (ao nível empírico), de forma que ela relativiza a noção operacional de população (universo de análise), colocando-a em relação com as finalidades da pesquisa. Assim, se o analista faz observações em um hospital, seu universo de análise (nosso caso) é o Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), e não o conjunto (impreciso) dos hospitais semelhantes, pois estes últimos fariam parte dos universos gerais. Os autores falam ainda sobre a importância da amostragem altamente seletiva, ou seja, escolher propositalmente os locais para maximizar as diferenças.

Assim, ao fazer amostragem discriminada, o pesquisador escolhe os locais, as pessoas e os documentos que vão maximizar as oportunidades de fazer análise comparativa. Isso pode significar um retorno a antigos locais, documentos e pessoas ou a busca de novos para coletar os dados necessários para saturar as categorias e completar o estudo. Desta forma, foi com base nisso que definiu-se investigar os três grupos de participantes e também a escolha dos locais e da forma de abordagem.

Nesse sentido, Fontanella *et al.* (2011) considera que “fechar” a amostra significa definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados” e acrescenta que “nas amostras não-probabilísticas (intencionais) tal definição é feita a partir da experiência do pesquisador no campo da pesquisa”. Por isso, buscou-se estruturar um roteiro de entrevistas aos três grupos de participantes (gestores, médicos e pacientes), com perguntas claramente direcionadas para a percepção que cada grupo desses tem sobre o tema pesquisado, a partir de nossa experiência, quando, eu, pesquisado, trabalhei no hospital entre os anos de 2008 e 2010.

Por outro lado, Strauss (2008, p.205) explica que, “uma questão que sempre surge é por quanto tempo um pesquisador deve continuar

amostrando”. Para o mesmo autor, a regra geral na construção da teoria é coletar dados até que todas as categorias estejam saturadas. Fontanella *et al.* (2011) também considera que estabelecer o tamanho final da amostra também é inevitável em pesquisas qualitativas e que, no caso da saturação teórica, sendo constatada a recorrência nas falas, “a coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria suspostamente poucos elementos para a discussão em relação a densidade teórica já obtida” (FONTANELLA *et al.*, 2011, p.392), resultando assim, no encerramento das entrevistas.

Desta forma, a seleção dos participantes foi intencional e por conveniência (GASKELL, 2002), ou seja, na busca de retratar a fiel percepção dos patamares de eficácia dos serviços prestados pelo Hospital de Urgências de Goiânia, após a mudança da arquitetura organizacional, considera-se que, os médicos que atuam diretamente no serviço de urgência e emergência, bem como os pacientes que utilizam desses serviços, sejam, dentre os demais, os únicos que tem condições de retratar com maior riqueza de detalhes as mudanças, a partir do recorte definido inicialmente na matriz das entrevistas: (1) qualidade percebida no atendimento; (2) tempo de atendimento; (3) estrutura de apoio e diagnóstico percebida; (4) percepção de mudança do modelo de gestão.

A partir disso, a amostra é única e por conveniência, por não ser uma distribuição normal, ou seja, por não haver tratamento probabilístico, vez que, nem todos os médicos, pacientes e gestores do hospital, serão capazes de avaliar a mudança dos patamares de eficácia dos serviços de urgência e emergência do hospital, justamente por não estarem cotidianamente dentro desse contexto.

Assim, a quantidade de participantes foi definida a partir do critério de saturação de sentido. Para Pires *et al.* (2008), a saturação é menos um critério de constituição da amostra do que um critério de sua avaliação metodológica. Ela cumpre duas funções capitais: de um ponto de vista operacional, ela indica em qual momento o pesquisador deve parar a coleta dos dados, evitando-lhe, assim, um desperdício inútil de provas, tempo e dinheiro; de um ponto de vista metodológico, ela informa resultados que subsidiam a investigação de outros

atores do universo de análise (população) ao qual o grupo analisado pertence (generalização empírico-analítica).

6.2 Participantes

Os dados foram coletados por meio de roteiro de entrevista semiestruturada, aplicada aos informantes-chave, definidos como: grupo de gestores que assumiram a direção do hospital analisado durante o período de mudança de gestão (2012 até o presente), médicos (com tempo de casa superior a dois anos) e pacientes, vítimas de acidente de trabalho grave, especificadamente, com moto. Assim, foi possível identificar a percepção dos entrevistados acerca da eficácia dos serviços prestados pelo hospital analisado em virtude da mudança da arquitetura organizacional.

A alta gestão do hospital é composta atualmente por 4 diretores, sendo os seguintes: diretor geral, diretor administrativo, diretor clínico e diretor técnico. De acordo com dados do hospital, a escala de plantão dos médicos que atendem na área de urgência e emergência, contempla um total de 117 médicos, destes, 81 se enquadram no perfil definido por esta pesquisa, ou seja, pertencem ao quadro efetivo do hospital com tempo superior a 2 anos. Já com relação aos pacientes, vítimas de acidente de moto, que passam pelo atendimento de urgência e emergência, de acordo com dados da Gerência de Enfermagem, são atendidos diariamente, em média, 120 pacientes.

De acordo com as estatísticas realizadas pelo próprio Hospital, publicadas em seu Relatório de Gestão, em fevereiro de 2013, foram atendidos 59.931 usuários em 2012. Destes, cerca de 10% de todos os usuários foram abordados pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NHVE), em notificações e investigações das doenças de notificação compulsória ou na investigação de óbitos de mulheres em idade fértil ou infantis. Assim, das 5.845 investigações realizadas pelo NHVE, 67% dos casos, foram identificados como acidente de trabalho grave.

Com base no art. 19 da Lei nº 8.213/91, "acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta lei, provocando

lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". Inclui-se, ainda, o acidente ocorrido em qualquer situação em que o trabalhador esteja representando os interesses da empresa ou agindo em defesa de seu patrimônio; assim como aquele ocorrido no trajeto da residência para o trabalho ou vice-versa.

Os principais casos notificados e investigados pelo NHVE, em 2012, foram os seguintes: acidente de moto (39,60%); acidente na prestação de serviço (16,48%); acidente na construção civil (13,04%); acidente na indústria (8,60%); acidente no comércio (6,35%); acidente no trabalho rural (3,04%); e 12,89% registrados nos demais casos.

Esse percentual também pôde ser observado no primeiro semestre de em 2013, quando, dos 1898 casos de acidente de trabalho grave notificados e investigados pelo NHVE do Hospital, 39,25% são relacionados a acidentes com moto. O gráfico 1, a seguir, mostra a comparação dos casos de acidente de moto entre 2012 e o primeiro semestre de 2013.

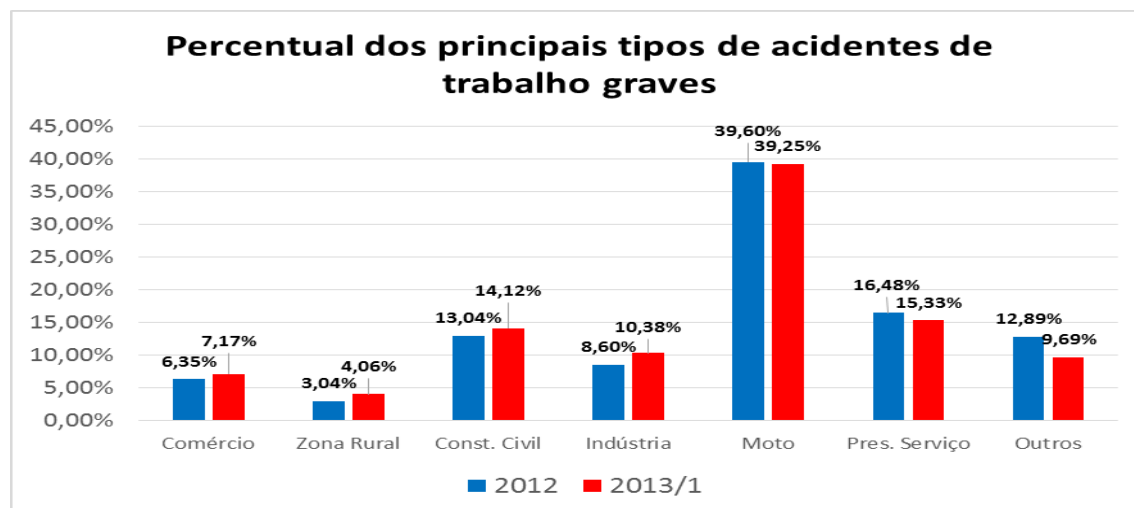


Gráfico 1: Percentual dos principais tipos de acidentes de trabalho graves notificados pelo NHVE/HUGO, em 2012 e no primeiro semestre de 2013.

Fonte: Sistema de informações do Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NHVE)/HUGO.

Assim, dada considerável representatividade dos casos de acidente de trabalho grave, especificadamente, acidentes com moto, notificados e

investigados pelo hospital analisado, selecionou-se esse grupo de pacientes participantes da pesquisa.

Especificadamente em relação aos médicos, os critérios exigidos para a definição da inclusão destes foram: (a) ser funcionário do hospital com tempo superior a dois anos e (b) estar diretamente ligado ao atendimento de urgência neste mesmo período. Com relação aos pacientes, selecionou-se o grupo ligado a acidentes de trabalho graves, com moto, por representarem, de acordo com dados do hospital, em média, 40% dos casos, registrados tanto em 2012, quanto no primeiro semestre de 2013.

6.3 Planejamento e Operacionalização da Pesquisa

Para o cumprimento do primeiro e do segundo objetivos específicos da pesquisa, utilizou-se basicamente a pesquisa bibliográfica, uma vez que a leitura específica, que inclui livros, artigos e documentos públicos em relação às organizações do campo e também fora dele, puderam nos oferecer um entendimento da trajetória do movimento da mudança do modelo de gestão dos hospitais públicos no Brasil.

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.

Pela própria caracterização da pesquisa, esta utiliza o plano *ex-postfact*, “que provém do passado para o presente e não é orientado para o futuro [...], baseia-se em registros já existentes, que simbolizam o comportamento, cujo estudo é a finalidade do experimento” (GOODE; HATT, 1977, p. 127-128, apud MAIA, 2014) e pode utilizar padrão de verificação empírica, e servir para comparação de comportamentos no futuro.

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.

Entende-se que o maior problema que se encontra no campo da administração é quando o administrador elabora um projeto sem ouvir os participantes, ou seja, os atores envolvidos em todo o processo simplesmente não são ouvidos no momento da definição do modelo de gestão, sendo esse um dos pontos principais discutidos nesta pesquisa. Assim, as entrevistas denotam os elementos de assimetria de acepção, tendo como objetivo principal oferecer condições para que os atores possam criar um campo de interseção para construção de uma percepção comum dos problemas para compreender as dificuldades que afetam diretamente a eficácia dos serviços prestados. Desta forma, é possível ter uma interlocução (linguagem comum), em que o pesquisador passa a ser peça fundamental no fornecimento de elementos que vão permitir essa interlocução.

Com isso, tem-se um paradigma interpretativista, em que, o pesquisador, se coloca no lugar do ator, pois cada ator (médicos, gestores e pacientes) tem um modelo de percepção da realidade diferente. Nesse sentido,

para que possamos construir uma realidade comum, entende-se que o melhor caminho é perguntar para cada ator qual a sua percepção sobre aquela realidade.

Assim, buscou-se identificar três contribuições desejadas, a saber: (a) identificar a percepção dos usuários (médicos, pacientes e gestores) do hospital analisado acerca da eficácia dos serviços prestados antes e depois da mudança do modelo de gestão; (b) analisar os elementos de interseção entre essas percepções; e (c) identificar as variáveis relevantes na definição do modelo de gestão hospitalar exigido pela sociedade atual.

6.4 Coleta e Análise 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.

Após a avaliação e aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/HUGO, conforme resolução de número 466/12 que prevê pesquisa com seres humanos, o contato com os participantes foi realizado da seguinte forma: (a) combinação de agenda com os gestores para aplicação do questionário; (b) abordagem aleatória aos médicos na sala de descanso localizada anexo ao ambulatório de emergência, nos dois plantões, em dias e horários alternados; e (c) abordagem aos pacientes internados nas enfermarias e aqueles que estiverem nos ambulatórios de retorno (ambos por ocasião de acidente de moto), a partir dos registros que serão repassados pela Gerência de 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. Para iniciar a entrevistas, havia a

apresentação do pesquisador, a explicação dos objetivos de sua pesquisa e de que seria assegurada a confidencialidade da identidade dos participantes para evitar qualquer tipo de retaliação ou dano material ou imaterial, por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (foi elaborado um para cada tipo de 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. No caso dos pacientes, duraram, em média 3 minutos cada. Com relação aos médicos, a duração média foi de 5 minutos. Já no caso dos gestores, a duração média chegou a 18 minutos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra no mapa de entrevistas.

6.4.1 O Questionário e a Entrevista

Os usuários do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO) foram entrevistados para que fosse possível compreender a percepção de cada um deles acerca dos patamares de eficácia dos serviços que utilizam após a mudança da arquitetura organizacional. Por se tratar de uma Unidade de Urgência e Emergência, selecionou-se o atendimento de urgência para análise.

Com relação ao método, ou seja, ao protocolo de organização dos dados, tomou-se por base a sugestão dos passos procedimentais de Fontanella *et al.* (2011), para constatação da saturação teórica, serão seguidos os seguintes passos, conforme quadro 3 a seguir.

Quadro 3: Passos procedimentais para constatação da saturação teórica

Passos	Descrição
Passo 1: disponibilizar os registros de dados “brutos”	O pesquisador disponibiliza os registros integrais de áudio e transcritos, desde as primeiras coletas
Passo 2: “imersão” em cada	São feitas leituras e audições individuais,

registro	visando identificar núcleos de sentido nas manifestações dos sujeitos participantes
Passo 3: compilar as análises individuais de cada grupo de participantes (pacientes, médicos e gestores)	Aqui, as entrevistas são o foco: compilar os temas e os tipos de enunciados identificados em cada uma delas, por cada grupo de participantes (instruindo as pré-categorias ou as eventuais novas categorias)
Passo 4: Reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria	Aqui, os temas ou tipos de enunciados são o foco: depois de cada entrevista ser analisada, agregam-se as falas consideradas exemplares dos núcleos de sentido identificadas
Passo 5: codificar ou nominar os dados	Nominação dos temas e dos tipos de enunciados contidos em cada pré-categoria ou nova categoria
Passo 6: alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados	Agregando-os para cada pré-categoria e destacando quando se deu a primeira ocorrência
Passo 7: constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria	Isso ocorre quando novos temas ou tipos de enunciados não são, de maneira consistente, acrescentados após novas entrevistas
Passo 8: “visualizar” a saturação	Transformação da tabela em um gráfico, possibilitando, para cada categoria analisada, uma constatação visual da “saturação”

Fonte: Fontanella *et al.* (2011, p.391)

Inicialmente, com base na fundamentação teórica deste trabalho e também com base nas pesquisas feitas pelo próprio hospital, definiu-se as seguintes categorias: (1) Qualidade no atendimento percebida, (2) Tempo de atendimento e (3) Estrutura de apoio e diagnóstico.

A primeira categoria, referente a qualidade no atendimento, conteve perguntas sobre o atendimento do hospital como um todo, sendo considerado como composição da qualidade o atendimento das pessoas, que vai desde a

entrada do paciente, acompanhantes e familiares até a sua saída por meio da alta hospitalar, ou seja, o atendimento de um recepcionista, de um enfermeiro, de um médico, ou de qualquer outro profissional que detenha qualquer tipo de relação com o paciente. O conforto do paciente também foi considerado parte integrante da qualidade, como a parte de infraestrutura, hotelaria e alimentação. A pergunta principal desse eixo foi “Como você avalia o seu atendimento?”, seguida por “Como você classifica a orientação recebida quanto a realização de exames, diagnóstico e tratamento que recebeu?” e “Você percebeu alguma mudança?”.

A segunda categoria, referente ao tempo de espera, conteve perguntas para investigar como o paciente classifica o tempo de espera no seu atendimento, sendo considerados dois momentos para esta categoria: o primeiro tempo é aquele em que o paciente chega no hospital para o atendimento de urgência; e o segundo tempo, referente ao agendamento de cirurgias (pós atendimento de urgência). A avaliação feita pelos participantes nos dois casos pode ser bem diferente. Portanto, considerou-se esses dois momentos ao aplicar o questionário aos participantes.

A terceira categoria, referente a estrutura de apoio e diagnóstico, conteve perguntas para investigar como os participantes classificam o parque tecnológico do hospital. A pergunta principal foi “Como você classifica a qualidade, o tempo de realização e entrega dos exames?” e buscou avaliar também se eles percebem alguma mudança nesse aspecto.

7. ANÁLISE DOS RESULTADOS

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.

Nesta seção, apresentam-se as categorias empíricas resultantes das entrevistas realizadas com os participantes e a análise dos relatórios de gestão publicados pelo hospital sob a ótica dessas mesmas categorias. No entanto, a partir da análise das entrevistas, observou-se mudanças nas categorias

definidas previamente, a partir da interpretação dos dados coletados, com o surgimento de novas categorias, sendo, portanto, definidas ao final as seguintes: (1) Qualidade no atendimento percebida, (2) Tempo de atendimento, (3) Orientação ao paciente e (4) Fator humanização.

7.1 Categoria 1: Qualidade no atendimento percebida

A análise das entrevistas permitiu capturar que, na visão dos pacientes, a qualidade no atendimento envolve vários aspectos, tendo sido frequentes os seguintes: **(1) tempo de atendimento, (2) tratamento dentro do hospital (proximidade com as pessoas), (3) presença constante dos profissionais, (4) serviço de hotelaria e (5) serviço de alimentação.**

Os pacientes entrevistados foram identificados na pesquisa com letras de A à W, como mostra a distribuição de frequência, no quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Distribuição de frequência de enunciados referente a 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 a infraestrutura																		X							1
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

Observa-se (na soma das recorrências, na última coluna à direita) que alguns enunciados apareceram uma única vez, mas outros são frequentes, revelando o que teria sido mais comumente enunciado em uma amostra intencional (FONTANELLA *et al.*, 2011).

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” e foi reforçada em entrevistas realizadas com três pacientes, que avaliaram a qualidade do atendimento como regular, basicamente, por terem encontrado dificuldades no contato com médicos e enfermeiros em algum momento. Nenhum paciente avaliou como ruim essa categoria.

As referências capturadas nas entrevistas reforçam as tendências da qualidade nos serviços de saúde, pois também são foram citadas, como fundamentais nos serviços de saúde, pelo o *Institute of Medicine* (2001, apud, Pasquini, 2013, p.33), que considera que “os serviços de saúde têm qualidade quando são prestados em consonância com padrões ótimos pré-definidos”, sendo submetidos a medidas de performance nos níveis de estrutura, processos e resultados; sendo ofertados para atender às necessidades das pessoas, com equidade, segurança, em tempo oportuno e de forma humanizada; com programas de controle de qualidade; satisfazendo, assim, às expectativas das pessoas usuárias.

As entrevistas revelaram que, no geral, os pacientes demonstram grande satisfação porque foram atendidos (em sua maioria) de forma rápida, acolhidos de forma humana e confortável. Dez pacientes avaliaram essa categoria como “ótimo” e onze como “bom”. Assim, as entrevistas mostraram que 87,5% dos pacientes avaliam como bom ou ótimo essa categoria, conforme gráfico 2 a seguir:

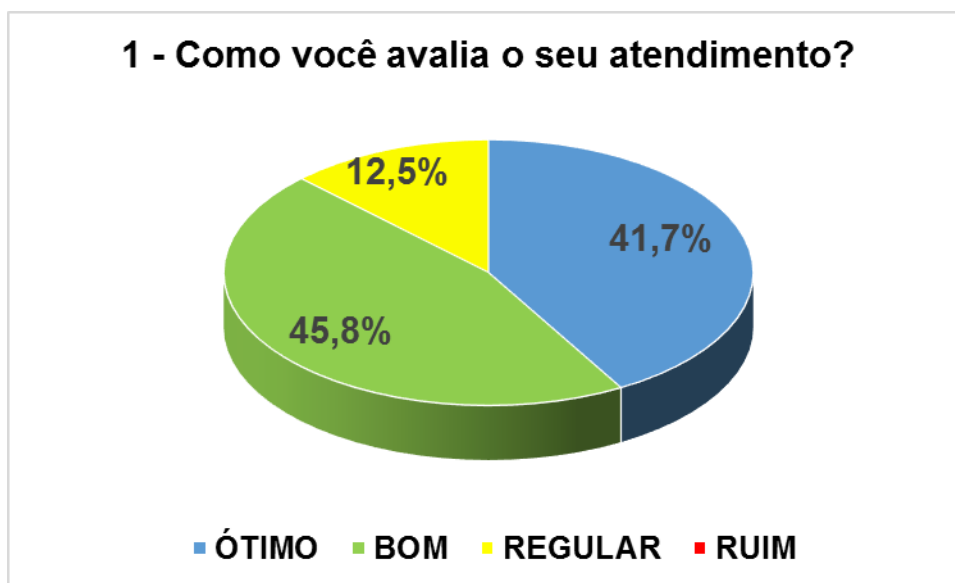


Gráfico 2: Avaliação do atendimento constatada nas entrevistas

Fonte: Elaborado pelo Autor

Alguns ressaltam que é bom porque estão numa cama confortável, porque tem uma televisão para se distrair, porque a enfermaria é limpa e organizada, e sempre que buscam ajuda, são prontamente atendidos, fatores esses, percebidos como fundamentais para o seu bem-estar. Mesmo assim, pela análise da distribuição da frequência, contida no quadro 4, é possível concluir que a qualidade do atendimento percebida pelos pacientes leva basicamente em consideração aspectos não-materiais, sem portanto, desconsiderar que os aspectos materiais têm sua importância nessa análise.

A pesquisa também revelou convergência entre as percepções dos médicos e dos pacientes, no entendimento de que, são pontos fundamentais para a qualidade, o “tempo de atendimento” e o “tratamento dentro do hospital. Como pode ser observado nos quadros 4 e 5 (a seguir), apesar de médicos e pacientes concordarem que o fator humanização é relevante para a qualidade no atendimento, para os médicos, existem fatores de maior relevância nesta categoria, como a estrutura de apoio e diagnóstico, vista por eles, como uma importante ferramenta de trabalho, uma vez que, o diagnóstico depende da realização dos exames, sendo este também um ponto de convergência observado nas falas dos gestores. Para eles, somada com o fator tempo, são fundamentais para a eficácia dos serviços, ressaltando ainda, que, a falta de

determinado equipamento, como o tomógrafo, inviabiliza o atendimento médico.

Quadro 5: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “qualidade de atendimento percebida” na percepção dos Médicos

1 - 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	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		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				5

Fonte: Elaborado pelo Autor

A visão dos médicos, capturada nas entrevistas, também reforçam o que é discutido em nossa 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.

Por outro lado, o segundo item mais frequente nas falas dos pacientes, “tratamento dentro do hospital”, também foi observado nas falas dos gestores, como sendo fundamental na busca pela qualidade na prestação dos serviços em saúde. Para os gestores, hoje o paciente tem um tratamento melhor, porque o médico está mais próximo dele, tornando o atendimento mais humanizado. Eles ainda reforçam essa melhora com a justificativa de que, hoje, a diretoria também está mais próxima desse paciente e que criou serviços, como a ouvidoria ativa, com o objetivo de ir até o paciente para saber se ele tem alguma queixa, buscando assim, maior resolutividade nas demandas.

Outro item observado nesta categoria, como relevante na visão dos médicos, foi a disponibilidade de medicamentos e demais insumos, também pontuado pelos gestores. Para eles, agora que não falta mais materiais e medicamentos, além de estarem numa quantidade adequada de profissionais, os médicos trabalham de forma mais satisfatória, o que, pode contribuir para um trabalho melhor.

Apesar de os pacientes não terem relacionado a qualidade no atendimento com a capacidade de atendimento do hospital, pois, de acordo com as entrevistas, eles não percebem essa relação; médicos e gestores fizeram essa referência. Para os médicos, é difícil prestar um atendimento de excelência com uma demanda maior do que a capacidade do hospital está preparada para atender, inclusive, foi com base nesse aspecto (demanda) que alguns médicos não avaliaram como “ótimo” a qualidade no atendimento, mesmo assim, eles convergem com a opinião dos pacientes, de que a qualidade está num nível satisfatório, mas ressaltam que há espaço para melhorar.

Ainda com relação a demanda, na visão dos gestores, esse problema não está sob controle do hospital, e sim do governo, uma vez que, tanto para os médicos, quanto para os gestores, a única forma de alinhar a demanda com a capacidade do hospital, é criar novos prontos socorros para distribuir esses pacientes. Um médico citou também que há falta de respaldo dos CAIS de Goiânia, pois, devido ao paciente não poder contar com um atendimento neste tipo de Unidade, ele acaba indo para o hospital de urgências.

7.1.1 Análise da qualidade no atendimento percebida nos relatórios de gestão

A análise dos relatórios de gestão publicados pelo hospital desde 2012, já no primeiro relatório (publicado em outubro) permitiu identificar grande preocupação com a qualidade na prestação dos serviços, sendo definida a meta de 80% de satisfação dos usuários. O primeiro relatório também apresentou um projeto piloto, revelando que, em outubro de 2012, 28% dos

entrevistados não estavam satisfeitos com os serviços, avaliando como ruim e regular, como mostra o gráfico 3, a seguir:

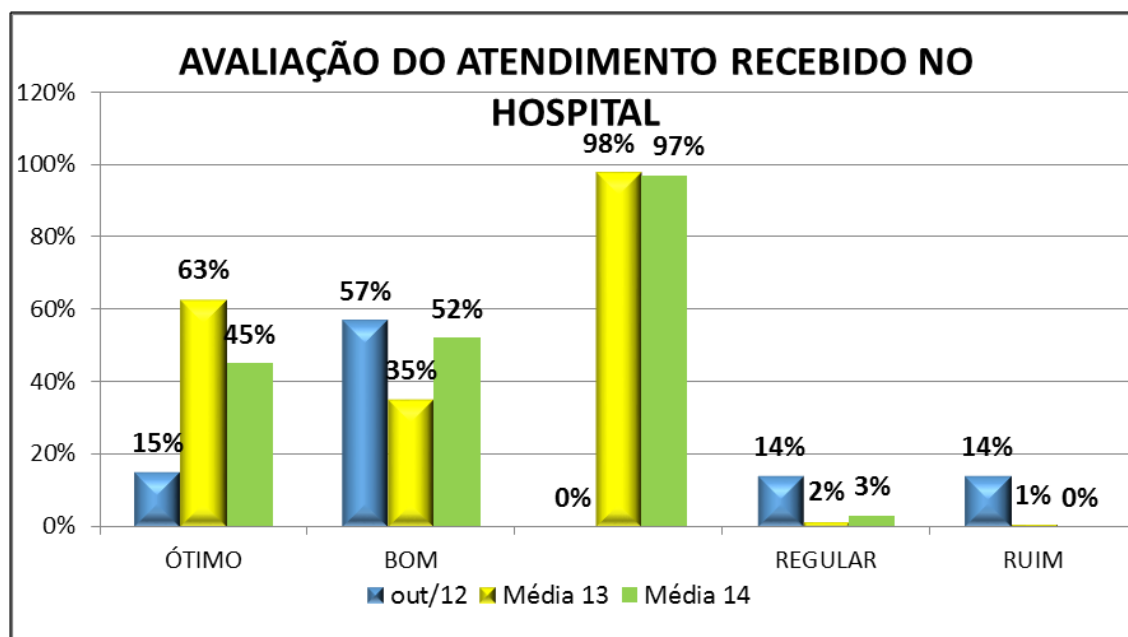


Gráfico 3: Avaliação do atendimento recebido no hospital constatado nos relatórios de gestão

Fonte: Relatórios de Gestão do Hospital – Elaborado pelo Autor

Assim, a partir de janeiro de 2013, os relatórios de gestão (publicados a cada trimestre), passaram a apresentar os resultados mensais do indicador “avaliação do atendimento recebido no hospital”. Essa análise permitiu observar que, se considerarmos como satisfação o percentual de respostas entre “bom” e “ótimo”, no ano de 2013, o nível médio de satisfação foi de 98%, e em 2014 (até abril), de 97%.

Por outro lado, também foi possível constatar, pela análise criteriosa dos relatórios, que o hospital definiu como respondentes, tanto os pacientes, quantos os acompanhantes e familiares, tratando todos como usuários de uma forma genérica, sem discriminar a composição da amostra. Essa percepção foi confirmada nos próprios relatórios que apresentaram a extensão dessa pesquisa, as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), quando passamos a refletir quem responde essa pesquisa.

Desta forma, pela falta de definição da metodologia para avaliar o atendimento, além da ausência de clara definição dos participantes, os resultados são pouco confiáveis.

Assim, constatamos que essas mudanças foram positivas no hospital, porque, hoje, praticamente todos os pacientes e médicos estão satisfeitos com os serviços e os relacionam com indicadores que tem sido, pela análise dos relatórios e também das entrevistas, foco na gestão do hospital, como tempo de atendimento, neste caso relacionado não só aos processos, mas também a área de apoio e diagnóstico do hospital.

7.2 Categoria 2: Tempo de Atendimento

A análise das entrevistas permitiu constatar que nessa categoria, é preciso diferenciar o primeiro atendimento (quando o paciente chega no hospital), do segundo atendimento (relacionado ao tempo de permanência do paciente). Considerando que definiu-se avaliar o atendimento de urgência, o foco desta análise será apresentado com base no primeiro atendimento. Mesmo assim, a análise do tempo de permanência do hospital possibilitou avaliar outras categorias.

Pela análise das entrevistas, constatou-se que, praticamente, todos os médicos e pacientes estão satisfeitos com o tempo de espera no primeiro atendimento, mas consideram que é possível reduzir ainda mais esse tempo. Dentre os vinte e quatro pacientes entrevistados, vinte manifestaram essa satisfação. Assim, as entrevistas mostraram que 79,20% dos pacientes avaliam como “bom” ou “ótimo” essa categoria, como mostra o gráfico 4, a seguir:

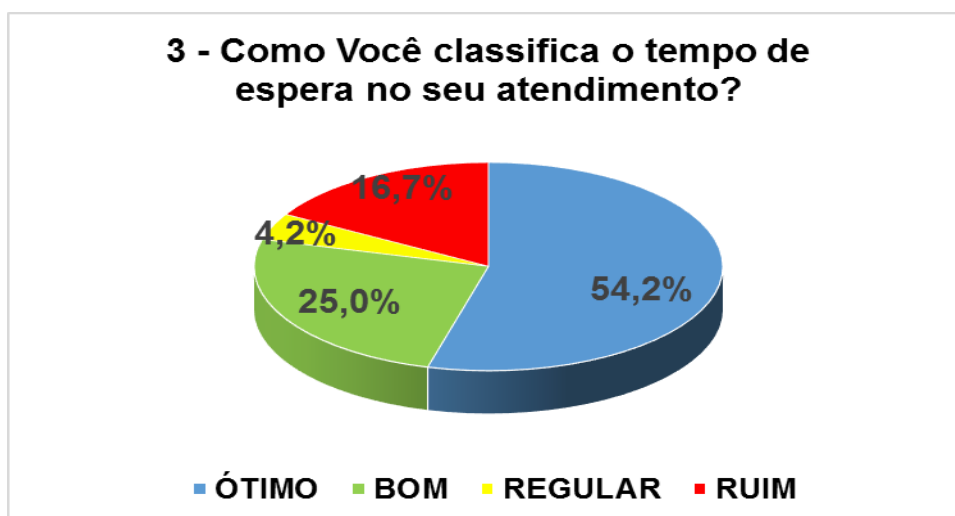


Gráfico 4: Avaliação do tempo de atendimento constatada nas entrevistas

Fonte: Elaborado pelo Autor

No entanto, de um total de quinze médicos, a análise da frequência permitiu constatar que, seis atribuíram dificuldade no fluxo interno do hospital, quatro na estrutura de apoio e diagnóstico, três no tempo de espera do segundo atendimento (quando o paciente aguarda cirurgia) e outros três médicos, na demanda, como mostra o quadro 6 a seguir:

Quadro 6: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “tempo de atendimento” na percepção dos Médicos

2 - Como Você classifica o tempo de espera no atendimento dos seus pacientes?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	TOTAL
Atribui a demora a demanda				X					X		X					3
Está satisfeito com o tempo de espera do 1º atendimento		X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	12
Não está satisfeito com o tempo de espera do 2º atendimento												X	X	X		3
Atribui a demora ao fluxo interno do paciente	X		X				X			X			X	X		6
Atribui a demora a estrutura de apoio e diagnóstico							X		X	X					X	4
Acredita que, nos últimos anos, houve mudança pra melhor	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	15

Fonte: Elaborado pelo Autor

Desta forma, o número de recorrências sugere saturação teórica no item “satisfação com o primeiro atendimento” (observada saturação no paciente F) e também na revelação de que, nos últimos anos, houve redução do tempo de atendimento (observada saturação no paciente F). Mesmo assim, tanto os médicos quanto os pacientes e gestores, acreditam que houveram mudanças positivas nos últimos anos, ou seja, o tempo de atendimento agora está menor. Dentre os vinte e quatro pacientes entrevistados, oito ressaltaram essa percepção, convergindo com a percepção dos médicos e também dos gestores (unânime entre esses dois grupos).

De acordo com os gestores, a redução do tempo de atendimento está condicionada a alguns fatores como: grande demanda; fluxo interno do paciente e estrutura de apoio e diagnóstico.

Para ressaltar o nível de demanda do hospital, um dos gestores exemplificou o serviço de ortopedia e disse que o tempo de permanência de pacientes no hospital também diminuiu porque a resolatividade tem sido mais rápida, ele também considera que o volume de cirurgias da ortopedia feitas por dia, de trinta a quarenta, é um volume muito grande para um pronto socorro. Outro gestor disse que, em plantões de finais de semana, especialmente no plantão de sábado à noite, quando se tem um número maior de pacientes vítimas de fraturas expostas, às vezes, o número de profissionais da ortopedia não consegue atender todos os casos no tempo desejado.

Em situações como estas, cinco pacientes ressaltaram que são conscientes que, as vezes, a demora é resultado da grande demanda relacionada ao atendimento de casos mais graves. Por outro lado, a demanda não foi a única dificuldade apontada pelos entrevistados. Três médicos atribuíram como regular o tempo de atendimento, dois deles sob alegação de que o fluxo interno do hospital precisa ser repensado. Um dos médicos citou que o paciente da ortopedia, ao chegar no hospital, fica esperando avaliação do neurologista e do cirurgião geral, para depois ser encaminhado para equipe da emergência.

Para ganhar em agilidade, um dos gestores revelou que hoje, o hospital conta com uma equipe com médico responsável somente pelo transporte do paciente da sala de emergência até o tomógrafo, tendo sido, essa estrutura, considerada, por ele, fundamental para esta categoria, visto que, na visão dele, “se não há tomógrafo, não há atendimento”. Mesmo assim, foram encontrados pontos de divergência nas falas dos médicos e dos gestores. Um dos médicos disse que, as vezes, devido ao fluxo interno ou a um defeito no tomógrafo, a demora na realização do exame pode ser longa, comprometendo assim, o tempo do atendimento.

Na visão dos gestores, o fato do hospital também prestar serviços para a Secretaria Municipal de Saúde, dificulta ainda mais o controle do tempo do atendimento. Um deles citou o caso de neurologia, em que, pacientes vítimas de AVC que são atendidos pelos CAIS, são encaminhados ao hospital para realizar exames de tomografias, uma vez que essas Unidades não possuem o

aparelho. Por isso, um dos gestores ressalta que os pacientes com risco iminente de morte, classificados como vermelho (perfil do hospital de urgências), são atendidos de imediato, justamente por ter entrada direta no hospital, na maioria das vezes, por que são conduzidos pelo SAMU, pelo SIATE e até pela Polícia.

Assim, o hospital atende não só pacientes que se enquadram no perfil de urgência e emergência, mas, pelo fato de contar com uma estrutura de apoio e diagnóstico completa, acaba atendendo também, pacientes que não se enquadram em seu perfil de atendimento, gerando, na visão deles, aumento considerável em sua demanda.

7.2.1 Análise do tempo de atendimento percebido nos relatórios de gestão

Tanto nos relatórios de gestão, quanto nas entrevistas, ficou evidente a diferença entre o primeiro atendimento (urgência) e o segundo atendimento (tratamento). De acordo com o 2º relatório de gestão publicado em fevereiro de 2013, a origem da demanda dos pacientes do hospital, concentra-se nos seguintes municípios do Estado: Goiânia (54,56%), Aparecida de Goiânia (15,61%), Trindade (3,43%) e Senador Canedo (3,41%).

Ao avaliar a demanda, a nível Brasil, o relatório mostra que 99,31% dos pacientes são do Estado de Goiás, sendo o restante de Estados como Mato Grosso (0,09%), Minas Gerais (0,09%), Maranhão (0,07%), São Paulo (0,07%), Tocantins (0,05%), Paraná (0,04%), entre outros. Esses dados confirmam a constatação feita pelos gestores nas entrevistas, de que o governo precisa ampliar a rede HUGO de atendimento, pois, apesar do Hospital de Urgências ser de Goiânia (como o próprio nome diz), cerca de 45% dos pacientes atendidos não são de Goiânia, o que sugere a necessidade de ampliação de rede pública de atendimento de urgência e emergência no Estado.

Também foi possível identificar no 1º relatório de gestão, publicado em agosto de 2012, o estabelecimento de metas iniciais relacionadas ao atendimento do hospital, sendo as seguintes: (1) reorientação do fluxo da Classificação de Riscos com capacitação dos agentes; (2) reorientação da

Porta Hospitalar de Urgência, em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização e através do Acolhimento com Classificação de Risco, Classificação de Manchester; (3) disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico a pacientes atendidos em regime de Urgência e Emergência, Internação e Ambulatorial, envolvendo os exames de patologia clínica, os exames de imagem e outros exames de apoio terapêutico; (4) fortalecimento e aperfeiçoamento do Apoio Diagnóstico e Terapêutico próprio; (5) readequação de 03 salas do Centro Cirúrgico sem funcionamento; e (6) readequação do espaço físico da Emergência Clínica.

Assim, no 2º relatório de gestão, publicado em fevereiro de 2013, foram estabelecidos indicadores importantes, como: **média de permanência hospitalar**, que é a relação entre o total de pacientes/dia e a quantidade de internações realizadas em determinado período; **tempo médio de entrega de resultados de exames**, que é a relação entre a data de solicitação do exame e a data de entrega do mesmo; e **Índice de Satisfação da Clientela**, que é a relação percentual entre a quantidade de avaliação entre bom e ótimo com o total de pessoas pesquisadas, mediante entrevista direta.

Os relatórios de gestão também apresentaram a medição do índice de satisfação dos usuários com relação a orientação recebida, como mostra o gráfico 5, a seguir:

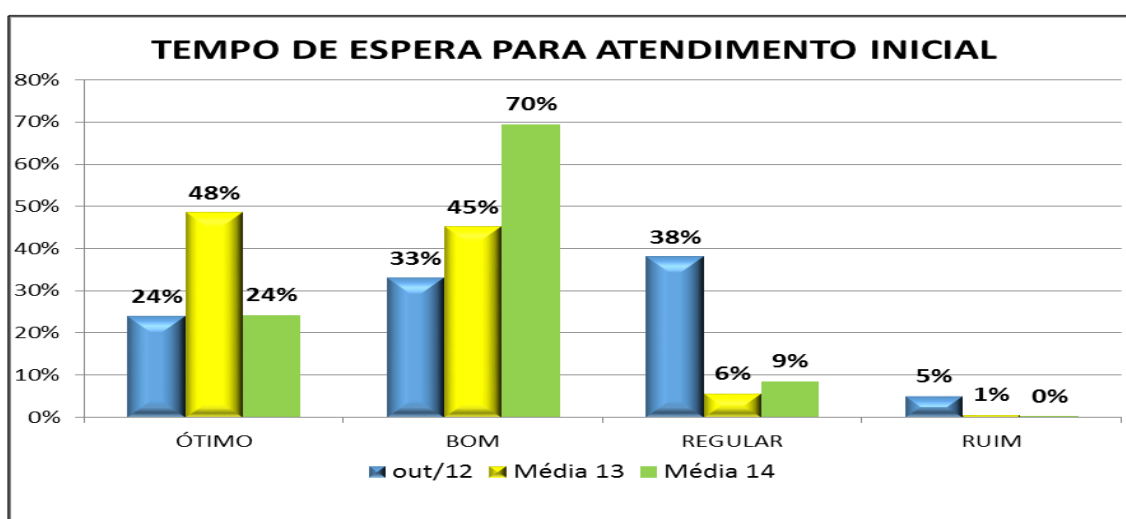


Gráfico 5: Avaliação do tempo de espera para atendimento inicial constatado nos relatórios de gestão

Fonte: Relatórios de Gestão do Hospital – Elaborado pelo Autor

O gráfico foi elaborado considerando o resultado da pesquisa de satisfação publicado em outubro de 2012, sendo comparado com a média de 2013 (todos os meses) e também com a média de 2014 (de janeiro a abril). Se compararmos os resultados apresentados nos relatórios de gestão com as entrevistas, observamos que o índice médio de satisfação, em 2014, apresentado pelo hospital (94%), é superior ao índice calculado nas entrevistas (79,20%).

A partir de uma análise mais aprofundada, ou seja, considerando os itens que pontuados pelos participantes, ditos como relevantes nesta categoria, como grande demanda, fluxo interno do paciente e estrutura de apoio e diagnóstico, o índice de 94% parece desconsiderar essas limitações identificadas nas entrevistas.

Por outro lado, quando fala-se em “tempo de atendimento”, não se pode delimitar apenas ao primeiro atendimento, mas sim, no atendimento de uma forma geral, da entrada à saída do paciente. Nas entrevistas, foram identificados gargalos no tempo do 2º atendimento, ou seja, depois que o paciente é estabilizado e fica na enfermaria aguardando para realizar algum procedimento cirúrgico. Três pacientes ressaltaram insatisfação com relação a demora, sob a justificativa de que faltam médicos para realização dos procedimentos. Esse entendimento convergiu com o entendimento de três dos médicos entrevistados, que também pontuaram dificuldades nesse tempo.

Um dos gestores acredita que o governo deveria desenvolver uma política de pagamento mais adequada dos procedimentos, com atualização da tabela SIA-SUS para despertar o interesse dos hospitais conveniados em se ampliar e proporcionar esse atendimento em cada área.

Em resumo, verifica-se que foram definidas estratégias para tornar o atendimento mais ágil, como integração das equipes de diversas especialidades na emergência e também a destinação de um médico exclusivamente para o serviço de transporte de pacientes para realização de exames de tomografia. No entanto, alguns fatores determinantes para a redução do tempo de atendimento não estão no controle do hospital e sim dos governos, como, por exemplo, o alinhamento da demanda com a capacidade

dos hospitais públicos. Mesmo assim, os pacientes, médicos e gestores, convergem na opinião de que houve redução no tempo de atendimento do hospital, mas que há espaço para melhorar, especialmente no tempo de permanência, voltado para o segundo tempo de atendimento.

7.3 Categoria 3: Orientação ao Paciente

As entrevistas revelaram que, no geral, os pacientes demonstram grande satisfação nesta categoria, pois, de acordo com eles, os médicos mostram os exames, explicam o diagnóstico, falam sobre os riscos e como será conduzido o tratamento. Dos vinte e quatro pacientes entrevistados, apenas dois demonstraram insatisfação, pois afirmaram não terem recebido qualquer tipo de explicação. Assim, as entrevistas mostraram que 83,40% dos pacientes avaliam como bom ou ótimo essa categoria, como mostra o gráfico 6, a seguir:

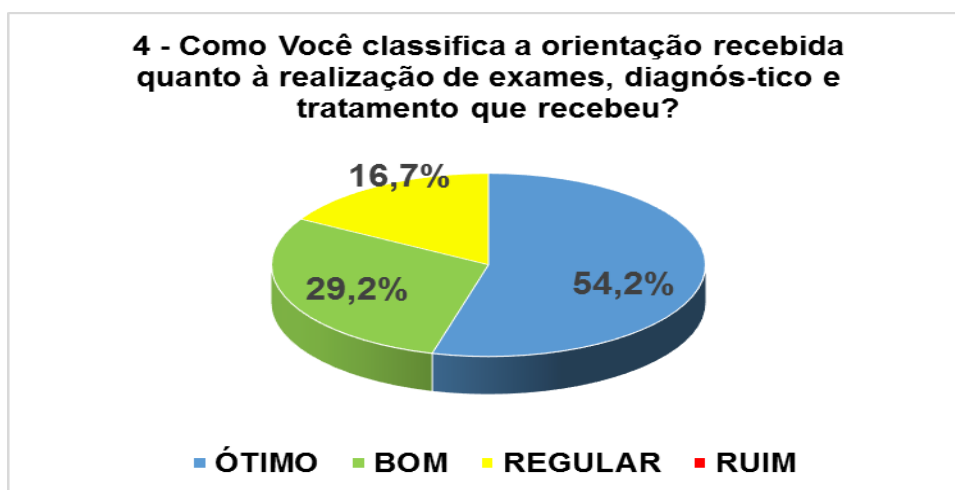


Gráfico 6: Avaliação da Orientação recebida quanto aos exames, diagnóstico e tratamento constatada nas entrevistas

Fonte: Elaborado pelo Autor

Já os médicos, estes, apesar de satisfeitos, avaliaram de forma mais rigorosa essa categoria. Para a maioria deles, há espaço para melhorar e, de forma praticamente isolada, atribuíram relação com: (a) estrutura de apoio e diagnóstico, (b) classe social do paciente, (c) sobrecarga do hospital, (d) organização interna do hospital e (e) capacitação profissional, conforme mostra o quadro 7 a seguir:

Quadro 7: Distribuição de frequência de enunciados referente a categoria “orientação aos pacientes” na percepção dos Médicos

3- Como Você classifica a orientação que seus pacientes têm recebido quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento?	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	TOTAL
Considera a orientação de forma satisfatória	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	12
Não considera a orientação de forma satisfatória												X	X	X		3
Relaciona essa orientação com a estrutura de apoio e diagnóstico		X	X													2
Relaciona a dificuldade na orientação a classe social do paciente									X							1
Relaciona a dificuldade na orientação a sobrecarga do hospital										X						1
Relaciona a dificuldade na orientação a organização interna do hospital											X					1
Relaciona a dificuldade na orientação a capacitação do profissional												X				1
Acredita que, nos últimos anos, houve mudança pra melhor		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	11

Fonte: Elaborado pelo Autor

Dos quinze médicos entrevistados, apenas três demonstraram insatisfação sob alegação de que os próprios profissionais estão despreparados para transmitir a informação ao paciente. O número de recorrências sugere saturação teórica no item “satisfação com a orientação prestada ao paciente” (observada saturação no paciente F) e também na revelação de que, nos últimos anos, houve melhora nessa orientação (observada saturação no paciente F).

Para os gestores, todos são unânimes em dizer que o médico orienta o paciente de forma satisfatória, visto que o número de reclamações diminuiu, além do reforço que a ouvidoria ativa tem dado, pois busca orientar os pacientes, auxiliando-o no que for necessário. Por outro lado, os gestores,

assim como os médicos, também ressaltam algumas dificuldades, como: (a) sobrecarga do hospital pela alta demanda, (b) estrutura de apoio e diagnóstico, (c) capacitação profissional. Além disso, os gestores também atribuem dificuldades no (d) atendimento de pacientes que não se enquadram no perfil do hospital e no (e) relacionamento médico e paciente (humanização).

7.3.1 Análise da orientação ao paciente percebida nos relatórios de gestão

Os relatórios de gestão também apresentaram a medição do índice de satisfação dos usuários com relação a orientação recebida, como mostra o gráfico 7, a seguir:

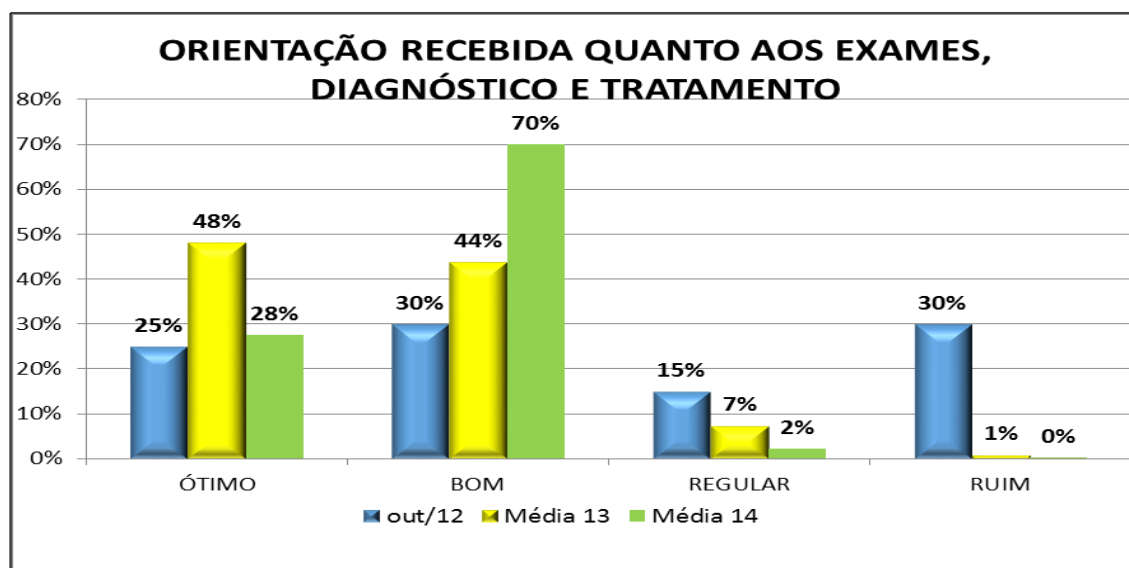


Gráfico 7: Avaliação da Orientação recebida quanto aos exames, diagnóstico e tratamento constatada nos relatórios de gestão

Fonte: Relatórios de Gestão do Hospital – Elaborado pelo Autor

O gráfico foi elaborado considerando o resultado da pesquisa de satisfação publicado em outubro de 2012, sendo comparado com a média de 2013 (todos os meses) e também com a média de 2014 (de janeiro a abril).

Se compararmos os resultados apresentados nos relatórios de gestão com as entrevistas, observamos que o índice médio de satisfação, em abril de 2014, apresentado pelo hospital (98%), é superior ao índice calculado nas entrevistas (83,40%). Por outro lado, esse índice supera a meta definida pelo

hospital que é de 80%. Por outro lado, os índices apresentados pelo hospital sugerem que não há espaço para melhorar a orientação prestada aos pacientes, desconsiderando assim, as deficiências apontadas tanto pelos médicos, quanto pelos gestores nas entrevistas.

Entre as ações identificadas nos relatórios de gestão e também mencionadas nas entrevistas com os médicos e com os gestores, acredita-se que as atividades de capacitação profissional desenvolvidas pelo hospital, além do ambiente de trabalho estar mais adequado, tenham sido fundamentais para essa evolução, para que tenham caráter permanente.

7.4 Categoria 4: Fator Humanização

O fator humanização, apesar de não ter sido considerado inicialmente como uma categoria independente, emergiu do discurso dos pacientes com grande destaque, sendo considerado como um fator de fundamental importância no tratamento médico.

Inclusive, nossa fundamentação teórica também faz referência a essa categoria, destacando experiências de pacientes que apresentaram melhora quando deixaram o hospital e foram para casa dar prosseguimento ao tratamento, possivelmente pelo conforto do lar.

Em sua maioria, os pacientes se sentem bem acolhidos no hospital. Muitos ressaltaram a forma de tratamento dos médicos, enfermeiros e demais profissionais, classificando-os como ótimo. Alguns fizeram referência a educação, a atenção que lhes é dada e a simpatia não só com eles, mas também, com acompanhantes e familiares. Eles percebem mudança positiva na forma de tratamento e no cuidado com o bem estar.

Quando perguntado sobre a qualidade do serviço geral prestado pelo hospital, muitos fizeram referência a forma de tratamento que tem recebido, como mostra o gráfico 8, a seguir:

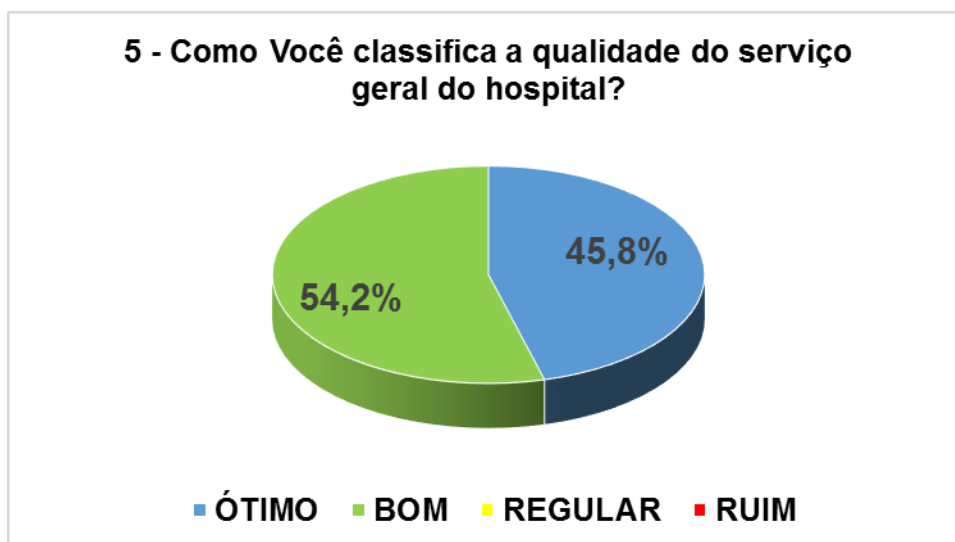


Gráfico 8: Avaliação da qualidade do serviço geral do hospital constatada nas entrevistas

Fonte: Elaborado pelo Autor

Também tiveram pacientes que ressaltaram que não foram bem tratados por alguns médicos, um deles reconheceu que esse tratamento varia de equipe para equipe, ou seja, tem plantão que eles sentem que o tratamento é muito bom e outros não. Mesmo assim, não chegaram a avaliar o serviço como regular ou ruim, tendo sido registrado 100% de satisfação, se considerarmos como satisfeitos, os pacientes que avaliaram essa categoria como bom ou ótimo.

Por outro lado, observou-se mais rigor na avaliação dos médicos. Para eles, há muito a melhorar na parte de tratamento com o paciente, mas atribuem essa responsabilidade também à gestão do hospital e ao sistema como um todo. Alguns mencionaram que a constante capacitação profissional é relevante para conscientizar o profissional sobre a importância na forma de tratamento com pacientes, acompanhantes e também com familiares. Também falaram sobre a importância do apoio dos serviços de psicologia (que melhorou) e de assistência social, pois, por estarem na área de urgência e emergência, nem sempre é possível prestar um atendimento diferenciado aos pacientes, tanto pelo fator tempo (essencial no atendimento de urgência), quanto pelo fator “espaço físico apropriado”.

Na visão dos gestores, o fator humanização é primordial para um bom atendimento, por isso, eles ressaltam a importância de parcerias importantes que o hospital tem feito na busca de preparar melhor os profissionais na condução dos pacientes. Citam parcerias com hospitais de referência nacional no processo de qualificação dos profissionais, realização de palestras e de cursos de capacitação, buscando sempre o cuidado com o paciente. Assim como os médicos, eles também atribuem um nível de importância relevante no fator tempo, pois, dependendo da situação, fica difícil dar um tratamento diferenciado, que é, inclusive, percebido por alguns pacientes.

Os gestores também ressaltaram que tem buscado valorizar os profissionais para que estes também se sintam realizados em seu ambiente de trabalho, proporcionando assim, melhores condições e apontam a implantação de serviços específicos relacionados ao cuidado com o paciente, como por exemplo, a implantação do núcleo de segurança, que hoje estão presentes nos hospitais de primeiro mundo e envolve tudo que está relacionado aos cuidados com o paciente. Eles também atribuem como fator importante a continuidade de um modelo de gestão e chegam a citar que antes, trocava-se a diretoria a cada 6 meses, no máximo um ano, e que tal situação, dificulta o processo de cuidado com o paciente, uma vez que os profissionais não estão em um ambiente propício para disseminar essa proposta.

7.4.1 Análise do fator humanização percebido nos relatórios de gestão

Os relatórios de gestão também demonstram que a gestão do hospital se preocupa com o fator humanização e faz referência a Política Nacional de Humanização, que, no eixo da gestão do trabalho e da atenção, incentiva o protagonismo dos sujeitos e a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação e autodesenvolvimento, por meio da participação dos mesmos.

Já no primeiro relatório de gestão, em 2012, foi possível perceber que o hospital desenvolveu um plano de ação para promover a relação humana e apoio social na comunidade interna e externa do hospital, a partir da

elaboração de propostas para a implantação de Serviço Humanizado de Atendimento, para a implantação de orientações quanto às formas de acomodação e para a implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário com realização periódica de pesquisa de satisfação do usuário, com definição de uso das informações. Além disso, também propôs a elaboração de um Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e familiares conforme Classificação de risco, instrução com definição de horários, critérios e medidas de controle de risco para as Visitas aos Usuários.

A partir disso, de acordo com os relatórios de gestão, o hospital desenvolveu, em 2013, um Plano de Humanização da Gestão do trabalho (PDRH/HUGO), com o objetivo de estimular o desenvolvimento do funcionário de modo que este se torne, antes de tudo, pessoa dentro do ambiente de trabalho, estreitando as relações Inter profissionais com atitudes de acolhimento, escuta e sensibilidade.

Assim, em maio de 2013, foi estruturado o Grupo de Trabalho em Humanização (GTH/HUGO), Composto por profissionais da direção, da administração e das áreas clínica e operacional do hospital, tendo como atribuições, a identificação de mecanismos para promover um real comprometimento de todo o hospital com a nova política de humanização e uma participação ativa dos profissionais em disseminar as ações propostas pelo GTH/HUGO.

Além disso, o hospital também desenvolveu um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH), com três frentes: (1) desenvolvimento de RH, Linha de trabalho voltadas para o acolhimento, capacitação e atividades lúdicas e sob diretrizes baseadas na educação permanente com o desenvolvimento de facilitadores/multiplicadores no processo.

A análise dos relatórios de gestão, permitiu, numa sequência cronológica, visualizar as ações implementadas no hospital para garantia de um atendimento mais humanizado. Algumas dessas ações foram citadas não só pelos gestores nas entrevistas, mas também por alguns dos médicos, e por

consequência, foram percebidas pelo paciente, conforme demonstrado no mapa das entrevistas.

8. Conclusões

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.

Assim, a primeira parte da pesquisa constituiu a análise dos relatórios de gestão, a partir da análise aprofundada do conjunto de textos e dados estatísticos; e a segunda, com a análise das entrevistas realizadas com os participantes.

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, observamos:

1 – 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;

2 – Mudança nas atividades da Comunicação com o meio interno, por meio da criação de informativo direcionado aos profissionais e pacientes;

3 – Monitoramento da produção do hospital;

4 – Disseminação das condições gerais do sistema de saúde pública brasileira;

5 – Destaque para o impacto dos casos de acidentes e violência sobre o SUS;

6 – Destaque para o direito a assistência humanizada;

7 – Monitoramento constante das metas definidas pelo Estado;

8 – Implantação de pesquisas de satisfação dos usuários;

9 – Reestruturação do organograma do hospital com criação de áreas voltadas para a medição e avaliação dos resultados;

10 – Mudança no sistema de remuneração dos profissionais; e

11 – 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, verificamos, 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.

É justamente por isso que, em nossa fundamentação teórica, tratamos de pesquisas sobre satisfação e responsividade, pois demonstraram que, trazendo para a realidade de um hospital público no Brasil, um paciente, ao analisar a eficácia na prestação de serviços que recebeu, leva em consideração as limitações do sistema, justamente por considerar essa condição como normal. Assim, apesar de não receber um atendimento que

efetivamente possa ser considerado como ótimo, acaba por avaliá-lo dessa forma porque foi conduzido a isso, por meio de um atendimento humanizado.

Desta forma, concluímos 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, capturamos 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, observamos 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%. Daí, questiona-se: (1) Aumentando o número de profissionais, haveria mudança no tempo de atendimento? (2) O hospital realmente conhece a sua capacidade de atendimento? (3) Se o hospital deixasse de atender os pacientes que não se enquadram no perfil de urgência e emergência, haveria mudança na eficácia dos serviços prestados? Os números permitem que cheguemos a essa conclusão?

Assim, acreditamos 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. Com isso, deixamos esses questionamentos como oportunidade de novas pesquisas, para que os gestores dos serviços de saúde pública possam direcionar suas ações para a efetiva prestação dos serviços de saúde pública com qualidade, como preconiza nossa Constituição.

Bibliografia Referenciada

ABRUCIO, Fernando Luiz. **O impacto do modelo gerencial na administração pública**: Um breve estudo sobre a experiência internacional recente. 52 p. (Cadernos ENAP; n. 10). Brasília: Enap, 1997. Acesso em: 01/05/2014. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fAbrciocad%2010.pdf>

ALDAY, Herman E. Contreras. **O planejamento estratégico dentro do conceito de administração estratégica**. Rev. FAE, Curitiba, v.3, n.2, p.9-16, maio/agosto, 2000. Acesso em: 01/05/2014. Disponível em: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v3_n2/o_planejamento_estrategico.pdf

ALMEIDA, Haley Maria de Souza. **Programa de qualidade do governo federal aplicado à saúde**. Rev. Adm. Saúde, v. 3, n. 12, p. 5-10, 2001.

AZEVEDO, José Marcelo de; BOMFIN, David Ferreira; GOULART, Iris Barbosa; HASTENREITER, Flávio. **Mudança Organizacional em uma Instituição Hospitalar**: Um estudo de caso sobre as percepções dos gestores. Belo Horizonte: v. 12 – n. 2, p. 85-110 - abril/junho. – 2011. Acesso em: 03/05/2014. Disponível em: <http://www.fumec.br/revistas/pretexto/article/view/667/574>

BARDIN, Laurence. **Definição e relação com as outras ciências**: Análise de conteúdo. Edição revista e actualizada. Lisboa: Edição, v. 70, p. 29-48, 2008.

BARNARD, Chester I. **As Funções do Executivo**. São Paulo: Atlas, 1971.

BATEMAN, Thomas S.; SNELL, Scott A. **Administração: Construindo Vantagem Competitiva**. 1ª Edição. São Paulo: Atlas, 1998, p.239-243.

BERNARDES, Cyro; MARCONDES, Reynaldo C. **Teoria Geral da Administração**: Gerenciando Organizações. Edição 3ª. São Paulo: Saraiva, 2006, p.12-152.

BESANKO, David; DRANOVE D.; SHANLEY M.; SCHAEFER S. **A Economia da estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 2006.

BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. **Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 46, n. 1, p. 70-76, 2000.

BLAU, Peter M.; SCOTT, W. Richard. **Organizações Formais**: Uma Abordagem Comparativa. Editora Atlas: São Paulo, 1970.

BORSATO, Alexandre; AGUIAR, Cláudio Lima; MOURA, Camila Cintra. **Profissionalização nos Cargos de Confiança**: uma proposta de mudança no processo de nomeação dos Ministros de Estado visando sua maior

qualificação. Seminário - Democracia, Direito e Gestão Pública / Novos Rumos para a Gestão Pública - II Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública - III Seminário Democracia, Direito e Gestão Pública – Ano 2011 - Edição Brasília-DF. Acesso em: 03/05/2014. Disponível em: <http://www.gespublica.gov.br/projetos-acoess/pasta.2009-07-15.5584002076/pasta.2011-12-05.4922726565/tema%203%20finalizado.PDF>

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**. Modifica o regime e dispõe sobre os princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal e dá outras providências. 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**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. 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**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei n.8.080 de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.082 de 1992**. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1990. Seção1, p.18055 - 18059.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Acesso em: 11/05/2014. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/suscomunidade/recursos.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://bvsmms.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>

CABRAL, Leane Lima Dias. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares**: uma avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL. 2007. Tese de Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. Acesso em: 15/06/2014. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp025810.pdf>

CASTRO, Alda Maria Duarte Araújo. **Administração gerencial**: a nova configuração da gestão da educação na América Latina. Revista Brasileira de Política e Administração da Educação-Periódico científico editado pela Anpae, v. 24, n. 3, 2008. Acesso em: 08/03/2014. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/rbpae/article/view/19265/0>

CATELLI, Armando. Controladoria: **Uma Abordagem de Gestão Econômica – GECON**. 2º Ed. São Paulo: Atlas, 2009, p.37-353.

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

CHAMPION, Dean. **A sociologia das organizações**. São Paulo: Saraiva, 1985.

CLARKE, J. NEWMAN, J. **The managerial state**: power, politics and ideology in remaking of social welfare. London: SAGE, 1997. 176p.

CROZIER, Michel. **O fenômeno burocrático**: ensaio sobre as tendências burocráticas dos sistemas de organização modernos e suas relações, na França, com o sistema social e cultural. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981. (Sociedade Moderna, 2.)

CUNHA, Carla Giane Soares da. **Avaliação de políticas públicas e programas governamentais**: tendências recentes e experiências no Brasil.

Secretaria de Coordenação e Planejamento/RS, 2006. Acesso em: 11/03/2014. Disponível em: www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper06.pdf

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

DAVENPORT, Thomas. **Reengenharia de processos**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DE SILVA, Amala. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper Series No 32. EIP/GPE, WHO, 2000. Acesso em: 11/03/2014. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>

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_brasil_eiro.pdf

DENHARDT, Robert B.; DENHARDT, Janet Vinzant. **The new public service: Serving rather than steering**. Public administration review, v. 60, n. 6, p. 549-559, 2000. Acesso em: 08/04/2014. Disponível em: <http://www.csus.edu/indiv/s/shulockn/executive%20fellows%20pdf%20readings/par-denhardt%20new%20public%20service.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.

DI PIETRO, María Sylvia Zanella. **Direito administrativo**. São Paulo: Atlas, 2001.

DIONEE, Hugues. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Tradução: Michel Thiollent. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.

ETZIONI, Amitai. **Organizações Modernas**. Editora Pioneira: São Paulo, 1972.

FAYOL, Henri. **Administração Industrial e Geral**. 10ª Edição. São Paulo: Atlas, 1994, p. 44.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão. **Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica**. Caderno Saúde Pública. 2011; (27)2:389-94

GAKIDOU, Emmanuela; MURRAY, Christopher JL; FRENK, Julio. Measuring preferences on health system performance assessment. Geneva: World Health Organization, 2000. Acesso em: 08/04/2014. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper20.pdf>

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER; M. W.; GASKEL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002, cap.3, p.64-89.

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>

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>

HAMPTON, David R. **Administração Contemporânea:** teoria, prática e casos / tradutores Lauro Santos Blandy, Antonio C. Amaru Maximiano; revisão técnica Eunice Lacava Kwasnicka, Arlete Dornelas, José Benedito Regina. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1992.

HOLLANDA, Eliane et al. **Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Acesso em: 09/03/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/19.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>

KROEBER, A. L.; PARSONS, Talcott. **The Concepts of Culture and of Social System.** American Sociological Review, 23, p. 582-583, 1958.

LACOMBE, Francisco; HEILBORN, Gilberto. **Administração Princípios e Tendências.** São Paulo: Saraiva, 2003, p. 20-131.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica,** 3º ed., São Paulo: Atlas, 1991, p.183.

LANE, Jan-Erik. **New public management.** Londres: Routledge, 2000.

LIMA, Loureiro. **Gestão da Qualidade na saúde.** FICHA TÉCNICA Technical Sheet. Revista UNINGÁ Review, Vol.18, n.1, pp.24-28 (Abr – Jun 2014).

LUEDY, Almerinda; JÚNIOR, Hugo Ribeiro; MENDES, Vera Lúcia Peixoto S. **Gestão Pública por Resultados:** Contrato de Gestão como indutor de melhorias em um Hospital Universitário. Salvador: v.19 - n.63, p. 641-659 - Outubro/Dezembro – 2012. Acesso em: 16/04/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-92302012000400005&script=sci_arttext

MACHLINE, C. et al. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo. Pioneira, 1983.

MAIA, Katia Silene de Oliveira. **Dinâmica de interação dos marcos ordenadores e marcos legais no contexto das licitações sustentáveis dos bancos públicos federais**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade do Vale do Itajaí.

MARCONI, Marina de Andrade; PRESOTTO, Zélia Maria Neves. **Antropologia: Uma Introdução**. Ed. Atlas. São Paulo, p.131-160; 1985

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Introdução à Administração**. 7ª Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Atlas, 2007.

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Administração de projetos: como transformar ideias em resultados**. São Paulo: Atlas, 1997.

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

MAXIMIANO, Antonio César Amaru. **Teoria Geral da Administração: da revolução urbana à revolução digital**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MEDAUAR, Odete. **Direito Administrativo Moderno**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2008. P.128.

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.

MEDICI, André César; MARQUES, Rosa Maria. **Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde**. Cadernos Fundap. Rio de Janeiro: FGV, p.47-59, jan./abr. 1996.

OLIVEIRA, Alcicléa dos Santos; SANTOS, Vera Lúcia Conceição de Gouveia. **Responsividade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida de Ferrans e Powers: uma revisão bibliográfica**. Acta Paul Enferm, v. 24, n. 6, p. 839-44, 2011. Acesso em: 12/04/2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a19v24n6.pdf>

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

PADOVEZE, Clóvis Luis. **Controladoria Estratégica e Operacional**, 1º ed., São Paulo: Pioneira Thomson Learnig, 2005, p.97; 357.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.; BERRY, L. L. **A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Futures Reserarch**. *Journal of Marketing*, v. 39, n. 4, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.; BERRY, L. L. **Delivering quality service**. Balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 1990.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML V. A.; BERRY, L. L. **SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. Journal of Retailing, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.

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>

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Lua Nova, v. 45, p. 49-96, 1998. Acesso em: 16/04/2014. Disponível em: http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/publicacao/seges/PUB_Seges_Mare_caderno01.PDF

PEREZ, Marcos Augusto. **A administração pública democrática: institutos de participação popular na administração pública**. Belo Horizonte, 2004.

PIRES, Álvaro. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Lapemère A, Mayer R, Pires AP, organizadores. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes; 2008. p. 154-211.

ROBBINS, Stephen Paul. **Administração: mudanças e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2000.

ROCCHI, Carlos Antonio de. **Apuração de custos em estabelecimentos hospitalares**. Revista Brasileira de Contabilidade, Brasília, n. 41, p.19-27, 1982.

ROEDER, Frederico de Carvalho. **Planejamento estratégico na administração de serviços hospitalares**. Rio de Janeiro, 2008. 52 fls.

SLAWKA, Sérgio. **O termo de consentimento livre e esclarecido e a pesquisa em seres humanos na área da saúde: uma revisão crítica**. São Paulo, 2005. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Acesso em: 11/04/2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-15092005-120212/en.php>

STRAUSS, Anselm. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada** / Anselm Strauss, Juliet Corbin; tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2 ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

TSUKUMO, Alfredo Nozomu; PIMENTA, Márcia de Fátima; TERACINE, Edson. **A Tecnologia da Informação propiciando novos rumos para a Administração Pública**. Seminário - Democracia, Direito e Gestão Pública /

Novos Rumos para a Gestão Pública - II Ciclo de Debates Direito e Gestão Pública - III Seminário Democracia, Direito e Gestão Pública – Ano 2011 - Edição Brasília-DF.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de. **Satisfação e responsividade**: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Acesso em: 18/03/2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000300017&script=sci_arttext

VIEIRA, Rejane Esther. **Administração pública de caráter democrático e participativo no Estado de Direito no Brasil**: o novo serviço público face a Constituição de 1988. *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*, v. 4, n. 4, 2008.

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

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi – 2.e.d. – Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - Entrevista para pacientes

Como você avalia o seu atendimento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

1- Essa é a primeira vez que Você é atendido (a) aqui?

() SIM () NÃO

Se “SIM”, Você percebeu alguma mudança no atendimento?

Se “SIM”, poderia citar as principais?

2- Como Você classifica o tempo de espera no seu atendimento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?

3- Como Você classifica a orientação recebida quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento que recebeu?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?

4 - Como Você classifica a qualidade, o tempo de realização e entrega dos exames?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

APÊNDICE B - Entrevista para os médicos

1- Como Você acha que está o atendimento prestado aos pacientes?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?

2- Como Você classifica o tempo de espera no atendimento dos seus pacientes?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança? Em que sentido?

3- Como Você classifica a orientação que seus pacientes têm recebido quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?

4- Como Você classifica a qualidade, o tempo de realização e entrega dos exames?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?

APÊNDICE C - Entrevista para os gestores

(Com relação aos Pacientes):

1- Como Você acha que os pacientes estão percebendo o atendimento que estão recebendo?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

2- Você acha que os pacientes estão percebendo as mudanças no modelo de gestão?

() SIM () NÃO

Se "SIM", em que aspectos?

3- Como Você acha que os pacientes estão classificando o tempo de espera no atendimento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

4- Você acha que os pacientes estão percebendo as mudanças no tempo de espera?

() SIM () NÃO

Se "SIM", quais seriam as principais causas?

5- Como Você classifica a orientação que os pacientes têm recebido quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

6- Você acha que os pacientes estão percebendo as mudanças nestas orientações?

() SIM () NÃO

Se “SIM”, em que aspectos?

(Com relação aos Médicos):

1- Como Você acha que os médicos estão percebendo o atendimento que estão prestando aos pacientes?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

2- Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças no modelo de gestão?

() SIM () NÃO

Se “SIM”, em que aspectos?

3- Como Você acha que os médicos estão classificando o tempo de espera no atendimento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

4- Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças no tempo de espera?

() SIM () NÃO

Se “SIM”, quais seriam as principais causas?

5- Como Você classifica a satisfação dos médicos quanto à entrega de exames, diagnóstico e condições de tratamento?

() ÓTIMO () BOM () REGULAR () RUIM

Por quê?

6- Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças nesta entrega?

() SIM () NÃO

Se "SIM", em que aspectos?

APÊNDICE D – Categorização – Matriz das Entrevistas

TEMA: PERCEPÇÃO ACERCA DA MUDANÇA DA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL

ENTREVISTADO	QUALIDADE PERCEBIDA NO ATENDIMENTO	TEMPO DE ESPERA	ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	FATOR HUMANIZAÇÃO
GESTORES	Para os gestores, os fatores fundamentais para a busca da qualidade são: (3) Infraestrutura adequada, (2) demanda de acordo com a capacidade, (2) disponibilidade de medicamentos e demais insumos e (2) tratamento com o paciente (humanização). Foram entrevistados os	Todos os gestores estão satisfeitos com o tempo de espera no atendimento, mas reconhecem que há espaço para melhorar, ou seja, para reduzir esse tempo de espera, e atribuem alguns fatores determinantes para essa redução, como: (3) grande demanda; (2) fluxo interno do paciente	Todos os gestores acreditam que o médico orienta de forma satisfatória seus pacientes, mas consideram que enfrentam algumas dificuldades, como: (2) atendimento de pacientes que não se enquadram no perfil do hospital, (1) sobrecarga do hospital pela alta	Para os gestores, o fator humanização é primordial para um bom atendimento, por isso, eles ressaltam a importância de parcerias importantes que o hospital tem feito na busca de preparar melhor os profissionais na condução dos pacientes. Citam parcerias com hospitais

	<p>Diretores Técnico, Clínico e Geral do Hospital. De uma forma geral, eles convergem em vários pontos, como por exemplo, na parte de infraestrutura, especialmente na parte de estrutura de apoio e diagnóstico, relacionando-o com o fator tempo, dito por eles, como fundamental para a eficácia dos serviços. Um dos diretores exemplificou com um fato que ocorreu na semana em que os dados foram coletados, disse que o tomógrafo estragou e</p>	<p>e (1) estrutura de apoio e diagnóstico. Com relação a demanda, o fato do hospital também prestar serviços para a Secretaria Municipal de Saúde (foi citado o caso de neurologia), pacientes vítimas de AVC que são atendidos pelos CAIS e precisam realizar exames de tomografia, por não haver esse tipo de equipamento nos CAIS, esses pacientes são encaminhados ao hospital para realizar esse exame, ou seja, o hospital atende não só pacientes que se</p>	<p>demanda, (2) estrutura de apoio e diagnóstico, (1) capacitação profissional, (1) relacionamento médico e paciente (humanização). Por parte do paciente, tendo em vista que, o hospital atende pacientes de toda a rede há muitos anos, eles consideram que houve pouco avanço nesse sentido. Mas com relação aos médicos, eles acreditam que houve boa evolução com relação a preocupação em orientar bem os pacientes. Acreditam que</p>	<p>de referência nacional no processo de qualificação dos profissionais, realização de palestras e de cursos de capacitação, buscando sempre o cuidado com o paciente. Também atribuem um nível de importância relevante no fator tempo, pois, dependendo da situação, fica difícil dar um tratamento diferenciado, mas que tem buscado valorizar os profissionais para que estes também se sintam realizados em</p>
--	---	---	--	--

	<p>com isso, aumentou o tempo de espera para a realização dos exames de tomografia, o que gerou uma espera maior por parte do paciente, que neste caso, não deve ter avaliado bem o atendimento, na visão dele. Outros dois diretores fizeram referência a capacidade de atendimento do hospital, informando que a rede HUGO precisa ser ampliada em todo Estado, para haver um dimensionamento mais adequado dos pacientes, assim, com uma</p>	<p>enquadram no perfil de urgência e emergência, mas também, pelo fato de contar com uma estrutura de apoio e diagnóstico completa, acaba atendendo também, pacientes que não se enquadram em seu perfil de atendimento, gerando aumento considerável em sua demanda. Um dos diretores também afirmou que, por se tratar de um hospital de “portas abertas”, pacientes com problemas simples, que poderiam ser atendidos em Unidades menores,</p>	<p>houve avanço nesse sentido, sob a justificativa de que, o número de reclamações diminuiu e também pela implantação do serviço de ouvidoria ativa, que também busca orientar os pacientes, auxiliando-o no que for necessário.</p>	<p>seu ambiente de trabalho, proporcionando assim, melhores condições. Os gestores apontam também a implantação de serviços específicos relacionados ao cuidado com o paciente, como por exemplo, a implantação do núcleo de segurança, que hoje estão presentes nos hospitais de primeiro mundo e envolve tudo que está relacionado aos cuidados com o paciente. Eles também atribuem como fator</p>
--	---	---	--	---

	<p>quantidade menor de pacientes, o hospital poderá atender melhor esse paciente, de forma mais humanizada, na visão de um deles. Outro fator ressaltado por eles é sobre as condições de trabalho dos médicos, que de acordo com eles, agora que não falta mais materiais e medicamentos, além de estarem numa quantidade adequada de profissionais, os médicos trabalham de forma mais satisfatória, o que, pode resultar num trabalho melhor. Um dos diretores</p>	<p>também são encaminhados ao hospital, e que, nesse sentido, o trabalho da classificação de risco, tem sido fundamental para organizar esse atendimento, outro diretor acrescentou que o hospital continua atendendo esse paciente, mas que ele com certeza irá esperar, de acordo com a classificação da cor de risco, para ser atendido. Um dos diretores também ressaltou que, o paciente com risco iminente de morte,</p>		<p>importante a continuidade de um modelo de gestão e chegam a citar que antes, trocava-se a diretoria a cada 6 meses, no máximo um ano, e que tal situação, dificulta o processo de cuidado com o paciente, uma vez que os profissionais não estão em um ambiente propício para disseminar essa proposta.</p>
--	---	--	--	--

	<p>também ressaltou o trabalho da Comissão de Residência Médica (COREME) e Instituto de Ensino e Pesquisa, que buscam sempre a qualificação do profissional de saúde, por meio de aulas, cursos, palestras, e que esse trabalho tem gerado bons resultados. Quando perguntado se houve mudança nessa categoria, todos declaram que sim, ressaltando que hoje o paciente tem um tratamento melhor, que o médico é mais próximo</p>	<p>classificados como vermelho, são atendidos de imediato, justamente por ter entrada direta no hospital, na maioria das vezes, por que vem conduzido pelo SAMU, pelo SIATE e até pela Polícia. Eles acreditam que a ampliação de prontos socorros na região resultará em diminuição da demanda. Um outro ponto, dito como fundamental para o tempo de espera, especialmente do primeiro atendimento, foi colocado por um dos diretores, como é o caso</p>		
--	---	--	--	--

	<p>dele, tornando o atendimento mais humanizado, que a diretoria também está mais próxima desse paciente e que criou serviços, como a ouvidoria ativa, que busca o paciente para saber se ele precisa de alguma coisa, buscando assim, maior resolutividade nas demandas. Também enfatizaram o conforto desse paciente, que melhorou substancialmente, através das reformas realizadas em todo o</p>	<p>do serviço de tomografia, ele disse que hoje ele tem uma equipe com médico responsável somente pelo transporte do paciente até o tomógrafo, o que possibilitou maior agilidade no atendimento. Um dos diretores acredita que o governo deveria desenvolver uma política de pagamento mais adequado dos procedimentos, com atualização da tabela SIA-SUS para despertar o interesse dos hospitais conveniados em se</p>		
--	--	---	--	--

	<p>hospital, móveis e equipamentos adequados e a baixa de rotatividade dos profissionais.</p>	<p>ampliar e proporcionar esse atendimento em cada área. Um dos diretores exemplificou o serviço de ortopedia e disse que o tempo de permanência de pacientes no hospital também diminuiu porque a resolutividade tem sido mais rápida, ele também considera que o volume de cirurgias da ortopedia feitas por dia, de 30 a 40, é um volume muito grande para um pronto socorro. Por outro lado, outro diretor disse, em plantões de finais de semana, especialmente</p>		
--	---	--	--	--

		no plantão de sábado à noite, quando se tem um número maior de pacientes vítimas de fraturas expostas, às vezes, o número de profissionais da ortopedia não consegue atender todos os casos no tempo desejado.		
MÉDICOS	Para o médico, os fatores fundamentais para a percepção da qualidade são: (7) a infraestrutura (estrutura de apoio e diagnóstico e ambiente com ferramentas de trabalho), (5) disponibilidade de	No geral, os médicos estão satisfeitos com o tempo de espera do primeiro atendimento (de urgência). Seis médicos atribuíram dificuldade no fluxo interno do hospital, quatro na estrutura de apoio e diagnóstico, três	Os médicos acreditam que, no geral, que estão orientando os pacientes de forma satisfatória, foram doze no total de quinze entrevistados, mas ressaltaram que há espaço para melhorar e atribuíram relação com:	Os médicos, em sua maioria, consideram que há muito a melhorar na parte de tratamento com o paciente, mas atribuem essa responsabilidade a gestão do hospital e do sistema como um

	<p>medicamentos e demais insumos, (5) demanda de acordo com a capacidade, (5) tempo de atendimento e (4) tratamento humanizado. Um médico fez referência ao serviço de hotelaria. Na avaliação feita por eles, três consideram o serviço como ÓTIMO com o argumento de que teve uma mudança muito grande na parte estrutural do hospital, reposição de medicamentos, realização de exames, qualificação profissional, preocupação com o</p>	<p>no tempo de espera do segundo atendimento (quando o paciente aguarda cirurgia) e outros três médicos, na demanda. A maioria, doze médicos, está satisfeita com o tempo de atendimento do hospital e todos consideram que houve mudança positiva no tempo de espera em geral, ou seja, esse tempo hoje está menor. Três médicos atribuíram como REGULAR o tempo de atendimento, dois deles enfatizou que o fluxo interno do</p>	<p>(2) estrutura de apoio e diagnóstico, (1) classe social do paciente, (1) sobrecarga do hospital, (1) organização interna do hospital e (1) capacitação profissional. Outros três médicos declararam insatisfação nesta categoria, um deles define como regular por causa dos próprios profissionais, atribuindo despreparo em transmitir a informação. Outro médico disse que, muitas vezes, encontra pacientes perdidos no corredor, sem</p>	<p>todo também. Alguns mencionaram que a constante capacitação profissional é importante para conscientizar o profissional sobre a importância na forma de tratamento com pacientes, acompanhantes e também com familiares. Também falaram sobre a importância do apoio dos serviços de psicologia (que melhorou) e de assistência social, pois, por estarem na área de</p>
--	---	---	--	---

	<p>cuidado com o paciente e também porque diminuiu a quantidade de pacientes, permitindo assim, melhores condições de trabalho. A maioria dos médicos avaliou a qualidade no atendimento como BOM, foram dez médicos que avaliaram que o serviço não é ÓTIMO e sim BOM porque, o hospital atende uma quantidade de pacientes maior do que sua capacidade permite, gerando dificuldades para se chegar a excelência. Um médico citou a falta de respaldo</p>	<p>hospital precisa ser melhor, um citou o caso de pacientes da ortopedia, que ficam esperando avaliação do neurologista, do cirurgião geral, pra depois ser encaminhado pra equipe da emergência, o outro citou o caso da tomografia informando que, as vezes, a demora na realização do exame pode ser longa. O outro médico disse que atribui como regular justamente por causa da demanda que é muito maior do que a capacidade do hospital, mas, assim</p>	<p>informação, possivelmente porque algum médico deixou de orientar de forma adequada, na visão dele. Outro médico fez referência a sinalização do hospital e disse que até os próprios profissionais que ali trabalham, as vezes se confundem. Metade acredita que houve melhora nos últimos anos.</p>	<p>urgência e emergência, nem sempre é possível prestar um atendimento diferenciado aos pacientes, tanto pelo fator tempo, quanto pelo fato espaço físico apropriado.</p>
--	---	---	---	---

	<p>dos CAIS de Goiânia, outro citou que há espaço para melhorar no cuidado com o paciente, outro disse que precisa de mais agilidade na condução do paciente. Um médico também citou que é bom porque já presenciou o lado ruim, ressaltando que até poucos anos atrás, não havia condições tanto humanas, quanto materiais no atendimento e citou que não tinham o básico como roupas, medicamentos. Dois médicos avaliaram como</p>	<p>REGULAR, um deles como todos os demais médicos entrevistados, reconhece que, nos últimos anos, houve melhora.</p>		
--	---	--	--	--

	<p>justificou que alguns pacientes não conseguem dar seguimento ao tratamento dentro do hospital, tendo que ser transferido para outra Unidade. O outro porque acredita que o hospital precisa melhorar muito na parte de assistência, medicação, organização e fluxo dentro da unidade. Nenhum médico avaliou essa categoria como RUIM.</p>			
PACIENTES	<p>Para o paciente, foram identificados como fatores fundamentais</p>	<p>Praticamente todos os pacientes estão satisfeitos com o tempo</p>	<p>Praticamente todos os pacientes estão muito satisfeitos com a</p>	<p>Em sua maioria, os pacientes se sentem bem acolhidos no</p>

	<p>para a percepção da qualidade: (13) tempo de atendimento, (10) tratamento dentro do hospital (proximidade com as pessoas), (5) presença constante dos profissionais. Dois pacientes fizeram referência ao serviço de hotelaria e um outro ao serviço de alimentação. No geral, os pacientes demonstram grande satisfação porque foram atendidos (em sua maioria) de forma rápida, acolhidos de forma humana e sentem-se confortáveis onde estão.</p>	<p>de espera no primeiro atendimento (no pronto socorro), vinte no total de vinte e quatro entrevistados, manifestaram essa satisfação. Cinco pacientes ressaltaram que são conscientes que, as vezes, a demora é resultado da grande demanda ou de casos mais graves. Oito deles acreditam que houve mudanças positivas nos últimos anos, ou seja, o tempo de atendimento agora está menor. Foram identificados gargalos no tempo do 2º</p>	<p>orientação recebida dentro do hospital, dos vinte e quatro entrevistados, apenas dois demonstraram insatisfação, foram quatro o número de pacientes que avaliou como REGULAR. Um dos pacientes disse que o médico mostrou todos os exames, explicou tudo sobre seu caso, sobre os riscos e sobre como seu tratamento será conduzido, deixando-o consciente sobre o caso. Um outro paciente também afirmou ter consciência de que, em</p>	<p>hospital. Muitos ressaltaram a forma de tratamento dos médicos, enfermeiros e demais profissionais, classificando-os como ótimo. Alguns relacionaram a educação, a atenção que lhes é dada, a simpatia não só com eles, mas também com acompanhantes e familiares. Eles percebem mudança positiva na forma de tratamento e no cuidado com o bem estar deles. Também tiveram pacientes que</p>
--	---	--	---	--

	<p>Dez pacientes avaliaram como ÓTIMO e onze como BOM, alguns ressaltam que é bom porque estão numa cama confortável, tem uma televisão para se distrair, a enfermaria é limpa e organizada, e sempre que buscam ajuda, são prontamente atendidos, fatores esses, fundamentais para o seu bem-estar. Três pacientes avaliaram a qualidade do atendimento como REGULAR, um deles sob alegação de que, ao chamar uma enfermeira,</p>	<p>atendimento, ou seja, depois que o paciente é estabilizado e fica na enfermaria aguardando para realizar algum procedimento cirúrgico, três pacientes ressaltaram insatisfação com relação a demora, sob a justificativa de que faltam médicos para realização dos procedimentos, gerando assim, insatisfação.</p>	<p>locais como emergência, as vezes fica difícil para o médico explicar tudo.</p>	<p>ressaltaram que não foram bem tratados por alguns médicos e reconheceram que esse tratamento varia de equipe para equipe, ou seja, tem plantão que eles sentem que o tratamento é muito bom e outros não.</p>
--	--	---	---	--

	<p>que ela demora, outro paciente reclamou da ausência dos médicos nas enfermarias e o terceiro paciente porque não tem confiança nas informações dos médicos. Nenhum paciente avaliou como RUIM essa categoria.</p>			
--	--	--	--	--

APÊNDICE E – Transcrição Literal das Entrevistas

PACIENTE	1 - Como você avalia o seu atendimento?	2 - Essa é a primeira vez que Você é atendido (a) aqui? Se “NÃO”, Você percebeu alguma mudança no atendimento?	3 - Como Você classifica o tempo de espera no seu atendimento? Por quê?	4 - Como Você classifica a orientação recebida quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento que recebeu?	5 - Como Você classifica a qualidade, o tempo de realização e entrega dos exames? Por quê?
A	Dependendo de algumas partes, horário assim, normalmente, tudo arrumadinho, o serviço mesmo de curativo... esses trem tá tudo arrumadinho, não tenho nada o que reclamar não, na verdade, alimentação, tudo.	Não, é porque eu nunca tinha vindo aqui também não né... Pela televisão antigamente eu ouvia falar muito que não era muito bom não né, dormi até com medo no dia que eu vim pra cá, eu vim até com medo quando vim pra cá e cheguei aqui acabei me surpreendendo na verdade também, não só eu, mas os acompanhantes que tavam aqui simplesmente falou que tá bom pra caramba mesmo.	Porque eu tive uma pequena espera, mas normalmente tem outros afazeres também né, outros pacientes. A espera foi razoável.	Uai... porque o meu tava no início ainda, eu tava aguardando ainda pra poder saber o que que vai apresentar pra fazer ainda mais né.. precisando me recuperar ainda ... mas bom, foi bom também, porque ele me explicou o que tinha que fazer, entendi sim, e só tô aguardando pra terminar de concluir.	Melhorou sim...

B	<p>Eu cheguei quinta-feira, o atendimento foi ótimo, bem mesmo, me trataram bem, medicação mesmo, bem adequada mesmo, meu pé estava bem inchado, já vi a melhora no outro dia, já via a melhora</p>	<p>Percebi assim, o amor, as pessoas que trabalham aqui, bem, porque assim, bem é prestativo mesmo, um trabalho que, lá fora, onde eu tava, não teve.</p>	<p>É... meu tempo de espera aqui, o médico pediu paciência, porque vai demorar bastante, vai demorar 1 mês, aí é esperar mesmo.</p>	<p>Oh o exame não foi feito aqui, só bateu o raio-x mesmo, ele passou e já me explicou, que tá bem grave mesmo, posso até ter o risco de perder o pé, porque demorou bastante o tratamento pra fazer, mas não foi aqui, foi lá fora, eu vim pra cá, caçar um recurso melhor, mas eles, com a promessa de Deus, eles dizem que vão fazer o possível pra salvar o meu pé.</p>	<p>Não posso nem dizer assim, bom nem ruim, porque eu entrei, foi ligeiro, rapidamente, logo me internaram, logo eu ia pra sala de cirurgia, só que o médico veio e avaliou o meu pé e disse "não", tem que esperar desinchar bastante pra poder nós continuar seu tratamento. Lá fora eu achava que era péssimo aqui, mas quando cheguei aqui, foi bem melhor.</p>
C	<p>Porque quando eu cheguei aqui, eu cheguei numa condição muito ruim, assim né, de saúde, parece que eu tinha risco de vida, e eu fui muito bem atendida, não tive que ficar esperando, eu vim de outra cidade, decorrer da vinda, até aqui, quando eu</p>	<p>A má informação que agente vê falar né... espera.. e quando eu cheguei, não, foi uma coisa que eu me surpreendi, porque foi um tratamento totalmente diferente do que agente ouvia falar né, tanto é que nesses dois meses que eu tô aqui, foi fora do sério, tem conseguido, o</p>	<p>Foi ótimo, eu não tive assim... a avaliação foi muito rápida né que a gente foi chegando logo já, meu caso era um caso crítico que era muito grave, a gente veio de Nerópolis já com a visão, fui chegando aqui, já foi atendendo, então eu tive um ótimo atendimento, assim</p>	<p>Mostrou, eles não deixou nada, me mostrava as radiografia, tomografia, me explicou tudo, ponto por ponto, qual era os meus riscos, o que que tava acontecendo e até hoje, todos os exames, eles falam, me explicam direitinho, então eles é muito consciente, você fica consciente do seu</p>	<p>Houve porque melhorou né, pelo que a gente vê, eu não sei porque nunca precisei usar, mas eu acredito que o atendimento é ótimo, tanto pra fazer os exames, como o tempo, a atenção, então foi ótimo, eles fazem o melhor.</p>

	<p>cheguei já foi todo mundo, correu, os médicos me atendeu, foi ótimo, e até agora, tem dois meses que eu tô aqui, tratamento é ótimo, e assim os médicos como os enfermeiros, foi ótimo</p>	<p>atendimento deles, tanto só dos médicos que eu ia fazer umas dez cirurgias né, e hoje eu falo que eu tô curada, porque quem chegou aqui do jeito que eu cheguei, e o tratamento deles, a enfermagem, tudo foi ótimo. Não tem do que reclamar, graças a Deus.</p>	<p>não tive muita a espera, meu caso foi muito rápido.</p>	<p>problema.</p>	
D	<p>Ah tipo.. porque eles tratam agente bem, bem sabe, o atendimento aqui é bom, sempre eles estão presente, eles sempre estão aqui pra prestar ajuda quando a gente chama.</p>	<p>Não porque eu nem sabia que existia o HUGO, quanto ao hospital eu não tenho muito conhecimento sabe, e também eu não sou muito ativa nessa vida como se diz, informada, nem assisto televisão, eu nem gosto.</p>	<p>Ótimo também porque não demorou.</p>	<p>É... eles tudo, eles explicam tudo, sabe pra deixar bem claro pra gente, tudo o que aconteceu assim, pelos lugares que eu passei, não tive dúvida de nada porque eles sempre procuram explicar pra gente ficar ciente do que aconteceu e do que vai acontecer entendeu.</p>	<p>Pra mim tudo foi ótimo, eu até direto eu sempre elogio eles, sempre eu dou parabéns pra eles, porque aqui é muito bom, eu gostei. Assim não é o lugar que a gente queria estar, mas por eu estar, eu tô agradecendo a Deus porque aqui tudo tá correndo bem, o pessoal é bem querido sabe... eles procuram sempre simpatizar com a gente, conversa</p>

					bastante, brincam, aqui vou adotar como minha casa por enquanto, por isso que está sendo bom porque imagina você estar num lugar assim, porque quando a gente tá nesses lugar, a gente fica muito sensível né, sozinha, aqui não, eu falo pra eles vocês parecem ser da minha família, eles vem brinca, aperta meu nariz, me atenta, eu gosto, eu gostei.
E	Porque eu não sou daqui, eu não conheço Goiânia, quando ouvia falar em HUGO, que passava na televisão, até assustava né, só mostrava o lado.. então eu cheguei aqui machucado, me atenderam rapidinho, me mandaram pro	Sim, primeira vez.	Foi bem rápido, já fui chegando e sendo atendido.	Os médicos explicou, eles tudo conversa com a gente. Eu não tenho do que reclamar não.	Igual eu tava te falando, eu não conhecia aqui, já veio conhecido meu pra cá e falaram muito mal né, aí eu já vim com medo, eu já vim de Itumbiara pra cá com medo, aí chegar lá vai ser, vai demorar demais, vai me atender, vou ficar lá

	<p>quarto rapidinho, então me surpreendeu porque o que a gente vê na televisão é outra coisa né, é lá em baixo né, aqui eu fui muito bem atendido.</p>				<p>deitado numa maca, porque eu não conhecia, mas no meu caso foi diferente, foi rapidinho, chegou aqui as enfermeira muito atenciosa, conversa com a gente, explica, enfermeira muito bom, psicóloga vem cá, fisioterapeuta vem cá, eu não tenho do que reclamar não, até agora não.</p>
F	<p>Agente chegou aqui né, eu cheguei aqui, com o braço quebrado, tá em tratamento porque não fez a cirurgia ainda, tô esperando eles decidir que dia fazer a cirurgia. Minha mãe, até minha mãe nem pode ficar em hospital porque já teve câncer duas vezes né e ela já é fraca nessa parte... aí ela tá... eu</p>	<p>Sim, é a primeira vez.</p>	<p>Foi ótimo assim pra atender lá em baixo... demorou um pouco mas todo hospital tem esse problema né.. não é imediatamente que você chega que é atendido, tem mais na frente da gente né, as vezes tem outros casos mais grave do que o da gente, então foi ótimo o atendimento deles.</p>	<p>Foi ótimo porque eles me explicou tudo como seria minha cirurgia né.</p>	<p>Deve ter havido alguma mudança né.. porque assim, bem que assim, eu cheguei aqui, eu to sendo muito bem tratada por eles, eu até comentei com a mamãe, eu falei, pelo assim o que eu já ouvi falar daqui, eu não sei as outras áreas né, mas eles me atendeu assim, bem, toda hora tem uma enfermeira trazendo remédio, o médico já</p>

	<p>queria que fosse mais rápido um pouco por causa dela entendeu.</p>				<p>veio aqui, quando eu tava lá na parte de baixo, toda horar tinha uma médica lá olhando, examinando né. Então não tá sendo ruim não, tá sendo bom. Pelo que o povo já me falou aqui, que tem muita gente jogada no corredor, até agora.. eu fiquei na hora que cheguei né porque tinha que passar por várias salas lá em baixo né, a hora que eu cheguei, que eu fiquei no corredor, mas é porque eu acho que não tem espaço né, é muita gente, não tem, mas da hora que eles me trouxe pra cá, tá ótimo o atendimento deles, não tá ruim. Eu só queria que eles assim tivesse como eles abreviar a cirurgia entendeu, porque pra</p>
--	---	--	--	--	---

					não ficar muito tempo aqui, a menina mesmo tem 13 dias que ela tá aqui, a senhora ali tem acho que 10 ou é 11 dias ou 15 dias que ela tá aqui, entendeu. A minha mãe não tem condições de ficar, eu queria que, se eles pudessem, eles abreviar um pouco pra eu ir embora.
G	Foi ótimo.	Sim, primeira vez. Pelo que ouvi falar, teve mudança sim, acho que teve mudança, porque quando eu cheguei aqui no Goiás eu ouvi falar que chegava aqui, demorava pra ser atendido, pessoal não respeitava e hoje não, cheguei aqui e fui bem atendido.	Foi ótimo porque eu cheguei, fui muito bem atendido, cheguei não foi demorado e que eles já levaram e fez raio-x e já cuidou do meu ferimento.	Pra mim foi ótimo, o médico explicou tudo o que tinha acontecido.	Foi bom, muito bom né. Acho que a educação podia melhorar, nem todos os médicos são educados.
H	Bom, porque tudo que precisa, eles estão atendendo, não demora muito, é tudo rápido.	É a primeira vez. Pelo que falavam na televisão, era acha que era mais ruim, eu tô achando melhor.	Bom também.	Bom porque eles explicaram certinho, o que que tinha que fazer, os procedimentos que ia ter que passar. O	Bom também, se fosse mais rápido seria melhor.

				atendimento melhorou né, antes demorava mais, antes a gente não tinha muita explicação, agora eles explicam melhor o que tem que fazer.	
I	Bom porque é até rápido.	É a primeira vez. Teve mudança porque falavam que aqui era muito ruim e eu não vi essa ruindade não.	Bom porque tá sendo rápido. Foi ótimo.	Ótimo porque trata bem, faz as coisas rápido.	Ótimo.
J	Aqui tá sendo tudo bom, porque no meu caso quando eu cheguei na emergência já fui atendido de imediato já e tal, aí tinha a cirurgia, aguardei e quando tava a hora de fazer já fiz e tô aguardando fazer a outra também.	Isso, é a primeira vez. Não, igual eu te falei, pra mim eu não tenho nada a reclamar até agora né, mas o que eu vi, que a gente vê até hoje que é ruim e deixa muita coisa a desejar né. Mas pra mim, não é isso, quando eu cheguei já fui atendido de imediato.	Bom porque a hora, por exemplo, única coisa, na hora que falaram pra mim a hora que ia fazer a cirurgia, já de imediato e marcou e eu na outra semana eu já fiz.	Na hora que eu fui lá pra sala de cirurgia o médico mostrou olha aqui é sua perna, isso aqui tá quebrado, mostrou tudinho o que ia ser feito. Achei ótimo porque ele explicou tudo direitinho o que ia fazer.	Bom porque as vezes acontece de atrasar um pouquinho, não é de propósito, a gente faz uma vez e eles vem de novo pra fazer o mesmo exame que já foi feito, questão de organizaçõzinha mas, a gente fala que já fez e eles já localiza lá.
K	Ótimo, muito bom.	Não, fui atendido pela última vez em 2002, acidente de moto também. Notei sim mudança, a estrutura melhorou, os quartos	Ótimo porque tudo de acordo com o que foi correto até agora.	Foi bom porque teve algumas partes ai que pularam. O fato de ser emergência né, não tem muito o que ficar explicando, tem que ser	Bom porque tem algumas coisinhas que não tá encaixado ainda, como o fluxo de pessoas pra tirar o raio-x, eu acho que

		que a gente ficava não tinha televisão, o banheiro não era muito bons, agora deram uma reformada legal aqui. Em questão da qualidade do serviço, também o pessoal me tratou igual em 2002. Mas a estrutura melhorou bastante.		rápido né. Igual ficar explicando, na hora da emergência quando eu cheguei lá, tinha que tirar o raio-x mais rápido, não tem porque ficar explicando essas coisas.	são poucos raio-x, entendeu, pela gravidade, pra urgência e emergência, deveria ter um raio-x específico pra não precisar ficar lá esperando.
L	Bom porque até agora não passei muita necessidade de nada aqui não.	Tá sendo, graças a Deus eu não quero voltar mais não. Já conhecia o HUGO de vista. Eu não conhecia de dentro, só por fora mesmo, o povo falava aqui é que a maioria das pessoas que vem pra cá é osso quebrado, essas coisas.	Bom porque não passei muita necessidade igual de ficar esperando muita coisa não, eles tem o horário certinho de passar os medicamentos e eles estão aqui toda vez.	Dentro da forma quando ouve igual ele falou ali que foi emergência, deu pra explicar algumas coisas, agora, ao contrário disso aí não, porque foi muito rápido.	Bom porque até agora eu não peguei nada de exame ainda, quando pega é só quando sai né. Mas... a única diferença que teve foi igual ele falou ai, mas é só o raio-x na hora que você chega que demora muito, só dois raio-x só pra atender muita gente que chega.
M	Regular, ah.. aqui quando você chama a enfermeira quando você tá sentindo dor, demora muito, nem todas né, depende	Primeira vez. Eu já conhecia o HUGO. Mudou muito a qualidade do atendimento, antes era muito precária. Passei	Fui atendida de forma rápida, graças a Deus, foi ótimo.	Não teve isso, ainda tô esperando, tô aqui a 15 dias, teve os exames, mas eles ainda não me falaram nada.	Bom porque eles são rápidos.

	muito do plantão.	por aqui com meu irmão em 2008, era ruim, mudou bastante, o atendimento em relação a isso é ótimo, pra 2014 o atendimento é ótimo, tem umas coisinha que precisa mudar né, isso é normal né. Igual eu te falei, não sei se é do paciente também, to aqui sentindo dor, a gente chama, eles demoram a vir, as vezes eles vem com uma cara, sabe... quando a gente trabalha com o público, com pessoas, independente de qualquer coisa a gente tem que agradar o cliente, o cliente sempre tem razão, porque assim, quando a gente é um profissional, quando a gente começa, a gente começa de baixo, daí tem que subir escadas, pra ser um profissional			
--	-------------------	--	--	--	--

		de qualidade.			
N	Bom porque o atendimento tá bom.	Primeira vez.	Foi até rápido, fiz a cirurgia até rápido, porque tem gente muito mais quebrado do que eu né... foi rápido. Ótimo.	Teve a explicação. Foi bom.	Ótimo, atendimento muito bom.
O	Bom porque eu acho que não falta nada né, tem muitos enfermeiros que vem aqui, tem horário mais ou menos da entrega dos remédios, de vez em quando dá uma atrasada, mas é normal.	Sim, primeira vez. Não conhecia o HUGO.	Foi meio devagar, demorou. Foi ruim por causa dessa demora, agente muito tempo parado no corredor, em riba de maca, isso é meio desconfortável quando a gente tá todo quebrado né.	Falou, eles falam por voz assim, mas não deixaram a gente ver alguns papel que a gente pede pra ver, tipo raio-x que a gente pede pra ver, eles não deixa, mas explica.	Bom porque tem um lugar confortável pra nós ficar, televisão, a gente sai daqui pronto né, eles não deixa a gente sair daqui quebrado, alguma coisa assim.
P	Ótimo porque não demorou nada, tipo, quando eu tive o acidente, fui atendido rápido, já no outro dia eu fiz a cirurgia, sai e recebi alta, aí eu voltei no mesmo dia por causa da infecção, embolia pulmonar, fui atendido rápido	Não, é a segunda vez, o dia 2 de outubro, dia em que eu cai de moto foi a primeira vez.	Ótimo porque tem o tempo certo.	Ótimo, os médicos explicou tudo.	Até que é ótimo, por causa não demorou não, eu precisei ir pra Santa Casa e eles entregou no mesmo dia os exames que eu tinha aqui.

	também, é ótimo.				
Q	Bom porque normalmente até agora tudo que eu precisei eles tá fazendo certinho.	É a primeira vez.	Foi rápido. Foi bom.	Foi bom também. Porque toda hora que eu preciso eles vem aqui na hora e me acode né.	Eu acho que tá bom também. Eu pelo menos nunca fui em hospital nenhum tratar, é a primeira vez, e todo o atendimento tem sido bom, não tem esse momento que eu tô passando dificuldade, chama o enfermeiro e ele vem na hora, chama o médico e vem na hora, então tá tudo bom.
R	O atendimento tá ótimo, não tá deixando faltar nada, tudo limpinho, organizado, o ruim aqui é só a demora porque não tem médico pra fazer cirurgia, porque já tô a 5 dias aqui né, a 5 dias aqui, e sofri acidente de moto, fui trazido pelo SAMU da emergência e tô na espera né, eles tão	Sim, é a primeira vez.	Ruim, o tempo de espera tá ruim. O caso considerado como caso de emergência, tinha que ter prioridade, já ser atendido logo, nos primeiros momentos. Os primeiros socorros foi rápido, o problema é a cirurgia.	Não, ninguém não explicou, só me mandou tirar a chapa né, não explicou nada. É regular.	No geral, regular, porque igual eu te falei, os primeiros bom atendimento, mas o que mais me prejudica é o atendimento pra fazer cirurgia. Eu vou colocar como bom, vai, não vou colocar nem como ótimo e nem como ruim. Bom porque, de certa forma, eu fui bem atendido, tô sendo até agora bem atendido,

	falando que não tem médico.				porque só tô assim esperando a cirurgia, não tô sentindo dor até agora porque eles estão me dando os remédios pra esperar. Eu acredito que seja porque tem muita gente né, o hospital tá cheio, então eu vou aguardar até sair a cirurgia.
S	Bom porque eu fui atendido rapidamente.	É a primeira vez.	Ruim porque a gente espera cinco, seis dias, pra subir pra riba, achar uma vaga.	Teve essa explicação, sim, foi ótimo.	Desde quando eu conheci até hoje, tá dez, porque já foi muito ruim. Agora tá bom.
T	Ótimo porque eles tratam a gente bem.	É a primeira vez.	Ótimo também porque foi rápido.	Foi ótimo.	Ótimo porque eles passam aqui e conversa com a gente, normal.
U	Ótimo, uai, foi na hora que eu mais precisei né.	Não, a última vez tem dois anos mais ou menos. Antigamente o atendimento aqui era mais ruim, hoje é melhor. Na hora que você chega, não espera muito na fila, desenvolve o seu, o que	Ótimo, foi rápido. Nos últimos anos mudou muito.	Explicaram sim. Tá ótimo. Essa parte melhorou muito.	Tá ótimo porque logo eles já falou logo que tem que fazer isso e isso.

		tem que fazer, antes era fora de brincadeira.			
V	Regular, porque, de modo geral, o atendimento aqui, é.. enfermeiros, essas coisas são bons, mas tem alguns médicos que é... são falhos, residentes, são todos falhos, no sentido de ausência no quarto e também ausência, deixa faltar muita informação que a gente precisa no decorrer do tratamento, isso aí, mais é informação.	Sim, primeira vez.	Demorou. Foi ruim.	Teve sim, me explicaram tudo, foi bom.	Bom, vou colocar por causa da estrutura, questão de limpeza também tá boa, funcionários, enfermeiros também tá boa... O que tá ruim é tempo de espera e falta de informação dos médicos.
X	Bom porque o atendimento é rápido.	Sim, primeira vez.	Uai, tá bom.	Essa parte foi ótima.	Bom por causa de limpeza isso tudo aí, enfermeira atende bom.
W	Regular porque eles fala que vai fazer uma coisa e não faz logo, fica só jogando pra frente.	É a primeira vez.	Tem 20 dias que tô aqui já esperando, então não foi bom né, nem ótimo. Foi regular.	Regular por que eles vem aqui, explica mais uma coisinha e some.	O hospital é bom, é ótimo, porque eles pegam pra fazer um exame e é rápido, sai rápido, não é enrolado. A única coisa que é enrolado

					aí é a cirurgia.
--	--	--	--	--	------------------

MÉDICO	1 - Como Você acha que está o atendimento prestado aos pacientes?	Acha que, nos últimos anos, houve alguma mudança?	2 - Como Você classifica o tempo de espera no atendimento dos seus pacientes?	3- Como Você classifica a orientação que seus pacientes têm recebido quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento?	4- Como Você classifica a qualidade, o tempo de realização e entrega dos exames?
A	Bom, principalmente em infraestrutura, pra ser ótimo, precisa ter uma infraestrutura melhor e materiais pra realização de cirurgia um pouco melhores, mas devido a quantidade de pacientes que vem pra cá até que é um serviço bom porque tem bons profissionais, tem, é um hospital terciário né, atendendo neurocirurgião de emergência, isso é uma coisa difícil de	Estou no HUGO a 1 ano, é difícil dizer porque não sou daqui, sou de São Paulo, então eu mudei pra cá esse ano e já entrei no HUGO né, mas pelo que o pessoal fala, teve uma melhora no atendimento e uma diminuição no volume de pacientes porque começaram a abrir outros hospitais em volta pra drenar o fluxo.	Regular porque esse fluxo poderia ser melhor. Por que tem pacientes, eu estou falando da ortopedia né, tem pacientes que chegam na sala de emergência com fratura, alguma coisa assim, ele fica esperando avaliação do neurologista, esperando avaliação do cirurgião geral, pra depois passar com a gente, isso ai as vezes demora duas horas, duas horas e meia, então é uma fratura	Interno no hospital é bom, o fluxo é direitinho, o paciente é operado, ele tem orientação sobre o antibiótico que terá que levar pra casa e o acompanhamento ambulatorial do nosso ambulatório aqui né, funciona bem, é um serviço bom.	Aqui no HUGO eu classificaria como ótimo, os exames que a gente solicita, tem exames de grande complexidade que a gente solicita que sai, tem radiologista pra dar laudo na hora, eles são bem acessíveis quando a gente precisa tirar uma dúvida ou alguma coisa assim, o resultado sai rápido, bom eu colocaria como ótimo.

	<p>achar, a maioria dos hospitais particulares aqui de Goiânia não tem, na verdade o que falta mesmo pra melhorar é uma infraestrutura melhor, boas salas pra atendimento e material cirúrgico.</p>		<p>exposta, então ele chega com a agente e tem que subir, as vezes isso é ruim, as vezes tem uma compressão de vazo ou uma lesão mais grave, na verdade é o fluxo que precisa ser melhorado.</p>		
B	<p>O atendimento melhorou substancialmente com esse modelo de gestão porque descentralizou-se, mas ainda encontramos dificuldades por falta de respaldo dos CAIS e dos postos de saúde que são administrados pela Prefeitura. Avalio como Bom, porque é atendida as necessidades dos pacientes né, é resolvido casos até de complexidade,</p>	<p>Houve sim, houve muita mudança, mas o inchaço, uma demanda muito grande ainda, e precisa de mais unidades hospitalares.</p>	<p>Bom, porque o atendimento é rápido e dando sequência as prioridades no atendimento. Houve mudança desse tempo, melhorou.</p>	<p>Eu creio que ótimo. Ele leva inclusive os resultados pra casa, o paciente é informado de tudo e todos os exames são, principalmente de imagem, são devolvidos a ele. E todos os exames é explicado ao paciente, aos familiares, ao acompanhante. Houve mudança, o paciente hoje é muito bem informado e hoje, nós médicos dispomos de bastante meios pra fazer esse diagnóstico. Antes os pacientes não eram bem informados porque o arquivo ficava</p>	<p>Bom porque há algum tempo atrás o tempo de espera para uma tomografia no HUGO, uma radiografia, chegava a mais de 2 horas. Hoje em termos de 30 minutos, 1 hora, o paciente já está com todos os exames em mãos. Houve mudança nos últimos anos, nós temos aqui aparelhos de última geração na realização de tomografia computadorizada tridimensionais.</p>

	evitando sequelas, efeitos que poderiam ficar se não fossem tratados a tempo.			sempre dentro dos hospitais e o paciente não tinha acesso.	
C	Bom porque é um atendimento rápido e consegue suprir as necessidades do paciente naquele momento.	Houveram várias mudanças. Teve a integração de todas as especialidades na emergência, que antes não era assim.	Ótimo porque o paciente não espera muito tempo, na verdade a gente já tá aqui, a partir do momento que ele já chega e que a ficha dele já é apresentada pra gente, o atendimento já é feito. Houve mudança que eu já relatei, onde antes eles precisavam passar por várias salas pra encontrar com vários especialistas. Agora ele já chega e todos os médicos já avaliam, nas várias especialidades. Esse tempo reduziu.	Ótimo porque de acordo com a necessidade que ele tem de fazer o exame, dentro do hospital mesmo ele já realiza, todos os exames. Houve mudança, adequação dos aparelhos, melhora dos aparelhos.	Bom, ainda acredito que ainda tem uma espera pelo fato de ser um hospital que atende muita gente e dependendo do dia, se tiver um acidente com mais gente, essa fila de espera, sem dúvida, é um pouco maior. Houve mudança, pra melhor, mas que ainda não é o suficiente pra abranger, no caso, se tiver um acidente grande, ou se for um plantão de final de semana, por exemplo, que tem uma demanda maior.
D	Bom porque a gente tá conseguindo cumprir o objetivo num nível satisfatório. Tem espaço pra	Sim, melhorou o atendimento prestado.	Ótimo porque é um tempo, em geral, bem reduzido, o atendimento é praticamente imediato.	Bom, eu acho que a gente tem prestado uma boa orientação dentro daquilo que o paciente pode entender, pode	Bom também porque a gente tem conseguido ter uma resolutividade boa, num tempo razoável, eu acho que

	<p>melhor, na qualidade, na assistência né, sempre pode tá melhorando o atendimento de cada paciente, de acordo com a necessidade individual de cada um né, personalizar o atendimento.</p>		<p>Sim, houve mudança, eu trabalho aqui tem vários anos e a partir do momento que a classificação começou a funcionar melhor, isso já vem de muito tempo, não é de agora, que diminuiu o fluxo de pacientes que a gente pôde melhorar o atendimento.</p>	<p>compreender do seu tratamento. Acho que melhorou sim nos últimos anos.</p>	<p>o tratamento tem sido eficaz. Sim, nos últimos anos tem melhorado sim, a tomografia vivia estragada, agora a gente consegue que ela funcione na maior parte do tempo, os pacientes conseguem levar mais os exames, a qualidade dos exames melhoraram.</p>
E	<p>Bom, eu vivi a outra época e vivi a atual, eu vi que agora o paciente consegue dar um destino melhor e um destino mais rápido, uma sequência mais rápida no tratamento dele.</p>	<p>Sim, houve mudança nos últimos anos.</p>	<p>Tempo de espera do atendimento primário, eu acho que é ótimo, o paciente não espera tanto tempo e o de tratamento, aí vai variar de especialidade, tem especialidade que o tratamento é em torno de ótimo, algumas especialidades que tem maior demanda, o atendimento é de bom a regular. Sim, nos últimos anos houve mudança pra melhor.</p>	<p>Eu acho que ótimo, a gente tenta se esforçar para o melhor. Eu acho que o paciente são pelo menos informados do que ele tem que fazer, na parte de bom desempenho, a diferença é só a incapacidade, o hospital não tem uma certa formação para o certo tipo de tratamento que tem que ser encaminhado, mas eu acho que o paciente é bem orientado do que</p>	<p>Eu acho que é bom, melhorou muito a parte de imagem, mas a parte de laboratório ainda tá um pouco lenta, no geral melhorou.</p>

				<p>ele deve fazer. O médico orienta. Eu acho que, de quanto a orientação, pode ter tido uma mudança pra melhor, acho que pra pior não, acho que depende muito da equipe né.</p>	
F	<p>Eu acredito que ainda está regular, porque eu acho que ainda tem alguns problemas de acesso a instituição e o maior problema que eu acho é que alguns casos a gente não consegue dar seguimento ao tratamento dentro da instituição, tendo que referenciar esses doentes pra outras instituições.</p>	<p>Sem dúvida, houve uma expressiva melhora, mas eu ainda acho que tem muito a melhorar.</p>	<p>É bom porque como o hospital tem o perfil de alta complexidade, recebemos a maioria dos pacientes referenciados, por meio de ambulâncias, não tem aquelas filas, a gente acaba conseguindo dar, fazer o primeiro atendimento de forma rápida. Acho que houve mudança, pra melhor.</p>	<p>Acho que bom, pelo menos, nos meus dias aqui, na minha equipe, a gente sempre tenta, tá informando principalmente o paciente e consequente os familiares de todos os procedimentos que serão submetidos. Eu acho que, com relação a relação médico-paciente, nos meus dias, está sendo boa. Nos últimos anos, eu acho que sim, vem melhorando, eu acho que a própria conscientização dos próprios profissionais da área de saúde, tem sido</p>	<p>Eu posso falar pela emergência, eu acho que o tempo de espera pra realização e consequentemente o resultado do exame, é bom. Tem espaço pra melhorar. Eu acredito que, se a gente conseguir ampliar o número de profissionais, o número de máquinas pra realização de diagnóstico, eu acho que isso vai favorecer o tempo de realização desses exames, eu acho que, talvez seja isso. Com certeza, nos últimos anos melhorou</p>

				maior a preocupação em prestar esse maior esclarecimento.	muito, o tempo reduziu, a qualidade dos exames está bem satisfatória e a velocidade com que são liberados os laudos dos exames de imagem melhorou bastante.
G	Bom porque ainda pode melhorar pra se tornar ótimo. Precisa de mais agilidade na condução dos pacientes.	Sim, houve mudança, melhorou.	Regular, tem pacientes que, às vezes espera muito tempo né, entre a chegada e a avaliação porque passa ainda pela tomografia, a espera na tomografia pode ser longa, as vezes até o paciente chegar aqui na emergência e o médico ser comunicado da presença desses pacientes, pode ter se passado, duas, três, quatro horas. Eu acho que houve mudança, o tempo está mais curto hoje.	Bom, na medida do possível os pacientes são informados, os familiares são informados do que está sendo feito, do que precisa ser feito, mas o ambiente aqui da emergência não é, talvez, tão propício pra poder conversar tão bem, com cautela, com calma com os familiares pra deixar, talvez, todas as dúvidas sanadas né. Aqui é emergência, então, é um lugar que, eu acho que pelas condições mesmo do ambiente. Sim, acho que nos últimos anos	Bom, eu acho que a gente pode considerar bom. Isso também pode ser melhorado né, é claro que já foi melhorado nos últimos anos, a implantação do sistema de imagem aqui nos computadores, isso agilizou o processo, principalmente em relação a tomografia né, exames de imagem, mas as vezes o sistema não funciona, aí o médico enrola na hora de receber, ele tem dificuldade em receber esses exames, então

				houve mudança, eu acho que hoje existe uma preocupação maior em tá sempre deixando os familiares esclarecidos do que está sendo feito.	eu acho que a parte de tecnologia da informação ainda pode otimizar porque o sistema vez ou outra tá atrasando e não funciona. Sim, nos últimos anos melhorou, por exemplo, a implantação dos computadores pra ver os exames de imagem.
H	Ótimo, eu cheguei a trabalhar na transição né, antes da entrada da GERIR, e depois da entrada da GERIR né. Teve uma mudança bastante radical, tanto na parte estrutural, quanto a reposição de materiais, quanto aos exames feitos né, então hoje em dia, a gente não tem muita dificuldade pra aquisição tanto de	Sim, nos últimos anos houve uma mudança, bastante.	Eu acho que ótimo porque eu trabalhei nas duas coisas, CAIS e no HUGO né. CAIS as vezes o paciente espera cerca de 40 minutos, 1 hora. Aqui o paciente não espera mais que 10 minutos depois que tá na emergência, acho que 10 minutos ainda é muito. Chega o paciente, o pessoal que tá responsável pelo box da	Sim, a gente explica, até mesmo para o acompanhante, eu tô falando por mim também sabe, porque o clínico é o que tem mais contato com os pacientes que estão na emergência, então quando a gente não consegue falar com o paciente, quando ele está entubado alguma coisa assim, a gente tenta falar com o familiar, pra dar esse	Bom, tem alguma coisa pra melhorar aí, principalmente exame laboratorial, as vezes a gente fica bastante estressado com o laboratório, que a gente precisava de um retorno maior, principalmente paciente grave, que chega chocado, então a gente precisava de uma gaze com urgência, pelo menos uma hemoglobina com

<p>medicação quanto de exames complementares. Dificilmente um paciente sai daqui pra realização de algum exame fora. A gente consegue abastecer esse paciente, de uma forma quase completa aqui. Até mesmo na assistência especializada, neurocirúrgica, cirurgia geral, clínico, ortopedia, tudo isso, a gente tem esse acesso na emergência mesmo, então eu acho que, por isso, o atendimento é ótimo, quando todos trabalham em equipe né, a equipe que eu trabalho consegue responder bem né a esse tratamento.</p>		<p>emergência, já chama o médico, o médico já vai avaliar, enquanto isso o enfermeiro já tá vendo os sinais vitais.</p>	<p>feedback pra eles. Eu acho que de bom pra ótimo. Mas vamos por o bom porque tem espaço pra melhorar. Sim, acho que houve mudança nos últimos anos, acho que, mais pela fiscalização que agora é maior, da diretoria, eu acho que era muito solto e agora tá mais firme e isso acaba ajudando muito o pessoal que não costuma trabalhar de maneira mais correta.</p>	<p>urgência, então isso aí eu acho que precisa melhorar mais. Nos últimos anos melhorou muito, com certeza, principalmente tomografia, agora a gente tem um médico só pra levar os pacientes pra ir fazer tomografia né, então as vezes o paciente ficava esperando um tempão porque não tinha ninguém pra leva-lo pra fazer tomografia, agora não.</p>
---	--	---	--	---

I	<p>Ótimo, porque eu já trabalho aqui no HUGO há 8 anos e acompanhei essa evolução que teve no hospital de uns 3 a 4 anos pra cá e a gente via né... a falta de insumos muito grande e hoje a gente já tem uma melhora muito boa do que tinha antigamente, então, eu acho que melhorou bastante. Fora essa melhora, a infraestrutura do hospital em si, eu acho que melhorou bastante, a qualificação do profissional, eu acho que teve uma melhora boa também, então houve uma mudança no tipo de gestão, que também houve uma grande preocupação do</p>	<p>Nos últimos anos houve mudança, melhorou muito.</p>	<p>Isso aí depende muito da demanda né, por exemplo, hoje é um dia que está mais tranquilo né, eu classificaria com ótimo, tá demorando 1, 2 minutos pra atendimento, o paciente chega e já é atendido. No hospital eu classificaria como bom porque alguns setores ainda às vezes tem uma demora, por exemplo, o exame de tomografia, hoje eu pedi um exame de tomografia e como não tava fazendo na hora do almoço, houve uma espera de 1 a 2 horas pra fazer esse exame, o paciente tá aguardando lá pra soltar o laudo do exame e aí vai de 1 a 4 horas, então eu acho que isso aí poderia ser melhorado. Mas nos</p>	<p>Eu classifico como bom, porque de acordo com a orientação que a gente dá pros pacientes né... depende muito, por exemplo, aqui no SUS a gente tem muita dificuldade de entendimento, entendeu... eu trabalho na rede particular e você tem uma linguagem mais fácil com o paciente que tem uma classe social as vezes melhor economicamente de entendimento. Então a orientação que você passa as vezes pro paciente, ele não retém isso, por exemplo, retorno, a gente marca retorno pro paciente e ele esquece, ele perde o retorno, uma orientação pro paciente não pisar, imobiliza o paciente e ele retorna pisando, então eu acho</p>	<p>Eu classifico como bom, eu até já citei um exemplo né, um paciente que tá aguardando um laudo de tomografia né, eu acredito que poderia ser melhorado, o paciente esperar de 1 a 4 horas igual a atendente falou de uma tomografia que já foi realizada, eu acho que pra um hospital de urgências isso tem diferença. Sim, nos últimos anos houve mudança. Nós não tínhamos nem laudo de tomografia pra você ter uma ideia, há uns 3 ou 4 anos atrás não tinha e isso é uma defesa maior pra gente né, pra um diagnóstico mais preciso.</p>
---	--	--	---	--	--

	<p>peçoal com o paciente né, nesses últimos 4 anos.</p>		<p>últimos anos melhorou, o tempo de espera foi reduzido.</p>	<p>muito difícil essa parte sócio econômica quanto a nossa demanda aqui de SUS, nessa parte. Eu classificaria, eu acho que boa. Eu acredito que nos últimos anos essa parte melhorou até pela melhora da escolaridade dos pacientes que a gente atende né, antigamente a gente atendia mais simples, da roça, hoje não, hoje com a escolaridade aumentando, você tem uma melhor instrução do paciente e uma melhor orientação.</p>	
J	<p>Bom porque, deixa eu ver..., porque os pacientes são devidamente avaliados né, encaminhados e são realizados os procedimentos que são necessários. O bom porque já, quem</p>	<p>Sim, nos últimos anos houve mudança, melhorou.</p>	<p>Bom, ruim seria uma demora extrema né, que já houve aqui no HUGO né, ótimo seria um tempo assim, que nós médicos queríamos, uma agilidade no processo que a gente não tem ainda né, por exemplo,</p>	<p>Bom também, eu acho que a maioria dos médicos estão assim, disponíveis pra prestar esses esclarecimentos a família. Eu acho que deveria ter assim, é..., ainda falta profissional, as vezes a gente é sobrecarregado, lógico</p>	<p>Bom também, porque eu acho que o ótimo seria com maior agilidade. Tem espaço pra ter mais agilidade. Nos últimos anos houve melhora. Ah.. claro, os exames agora, eles vem com laudos né, tem um</p>

<p>já trabalha aqui a muito tempo, já presenciou o lado ruim né, a falta de condições tanto humanas quanto de materiais para o atendimento e isso a gente vê uma melhora. Nos últimos anos, eu acredito que melhorou principalmente isso né, a parte humana e as condições de trabalho mesmo né, porque realmente melhorou, já passou uma época que a gente não tinha o básico né, as roupas né, não tinha o unissex pra vestir né, quem trabalhava na UTI e não tinha coisas básicas, o pessoal da fisioterapia não tinha capote pra vestir, o mínimo assim de</p>		<p>a gente não tem quem encaminha os pacientes pra fazer tomografia né, tem que ser o médico daqui que tem que solicitar um anestesista, esperar o anestesista estar disponível pra fazer os exames né, a gente não tem um fluxo com a agilidade necessária. Sim, houve mudança nos últimos anos. Havia tempo que a gente esperava 1, 2, 3 dias pra realização de tomografia, hoje, ao menos, na maioria das vezes, a gente consegue fazer no mesmo dia.</p>	<p>que não são em todos os plantões né, mas as vezes a gente não tem tempo pra prestar um atendimento adequado pra família. Nos últimos anos melhorou, eu acho também por causa da quantidade né, de pessoas né, havia tempos que era pior, que eram bem menos profissionais.</p>	<p>radiologista de plantão e ele procura dar esse laudo com agilidade , antigamente não, não tinha laudo de radiologista, o médico solicitava e ele avaliava. Melhorou muito.</p>
---	--	--	---	---

	condição, não havia. Ah essa época é antes da O.S., a uns 3 anos atrás.				
K	Tá bom, dentro, contextualizando o atual momento pelo qual a agente passa, o atendimento poderia estar de bom pra ótimo, eu acho que só não atinge esse patamar pelo fato de que, a demanda é muito maior do que a capacidade física do HUGO né, do estabelecimento, capacidade física do hospital, de absorver e dar vazão de uma maneira otimizada né, pra todos esses pacientes, precisaria de outros hospitais que diminuísse a demanda aqui do HUGO.	Houve mudança sim, eu dei plantão aqui até 98, depois eu sai e voltei a 4 anos atrás, antes da GERIR, da nova gestão e essas mudanças são sensíveis né, tanto na estrutura física do hospital né, que melhorou muito, e principalmente, não tem mais falta de material, antes tinha, uma certa dificuldade, o material que eu digo não é o utilizado em cirurgia não, porque da última vez que eu cheguei, quando até 98, não me lembro assim dessas dificuldades, mas de 2010, quando eu estive aqui como contratado, as vezes faltava medicamento, devido a dificuldades, pelo	Olha nesse ponto eu já colocaria como regular, justamente por causa dessa demanda, porque existe uma demanda maior do que a capacidade do hospital, as vezes, fica bom, as vezes fica ótimo, vai dependendo do momento, raramente fica ótimo, no meu ponto de vista, as vezes fica bom, mas, geralmente regular, a média regular. Nos últimos anos houve mudança, já estive pior do que agora, já estive de ruim pra regular, porque estavam fazendo reformas nas enfermarias né, então, o processo de, você	Pelo menos na ortopedia eu acho bom, nas outras áreas eu não tenho conhecimento não. Aqui na urgência a gente orienta, inclusive, a minha equipe de segunda-feira, a gente tenta, além dessa orientação, fazer o máximo possível, nós não temos uma orientação padronizada pra entregar pra todos né, mas de maneira mais compreensível, tanto para os pacientes, quanto para os acompanhantes, que geralmente só entra um, outra coisa que melhorou bastante foi esse aspecto também né, a organização da portaria é fundamental, hoje tá muito melhor do	Mais aí a minha resposta é uma repetição da anterior né, isso depende da demanda daquele dia. Hoje tá bom, hoje tá um movimento que deveria acontecer todos os dias. O espaço pra melhor vai sempre existir, a gente nunca vai atingir a meta né.

		<p>menos é o que alegavam, e eu acredito que é verdade mesmo, a dificuldade que tinha pra aquisição desse material em termos de urgência que tinha que licitar, como é que você licita uma coisa que precisa pra amanhã?!, inclusive nós tivemos uma reunião pra discutir salário com o Secretário de Saúde, Dr. Faleiros lá no CRM, ele falou.. olha.. não só eu, mas também vários secretários de saúde, do Brasil todo né, estão sendo processados pelo Ministério Público, certo, porque a gente tá fazendo compra, dispensando licitação, certo, é.. você pode usar, segundo ele falou porque eu não entendo muito bem disso né, de uma prerrogativa na</p>	<p>ter que reformar e até reestruturar um hospital em funcionamento, é uma coisa difícil. Você ter um hospital que já tem uma sobrecarga de pacientes que adentra o hospital muito maior do que a vazão que você pode dar, de repente você diminui a quantidade de leitos quando tá reformando, isso cria um represamento dessa clientela.</p>	<p>que era antes. Hoje entra uma pessoa, e se outra pessoa quer vir, ele não entra antes que aquela saia, então diminuiu o fluxo de gente. Já teve épocas aqui que entrava muita gente acompanhando determinado paciente né.</p>	
--	--	--	--	--	--

		compra de uma, duas vezes né, urgência, dispensando licitação, mas isso não pode ser uma coisa continuada, né.. só que a necessidade de um hospital de urgências, de um HDT, por exemplo, ela é continuada.			
L	Regular, eu acho que ainda tem muita coisa em relação a parte de assistência, tanto aqui de medicação quanto de organização e também de fluxo dentro do hospital que tem que ser melhorado.	A mudança foi grande, positiva. Antes era ruim, agora é regular.	O tempo de espera é bom, eles já recebem, pelo menos os primeiros atendimentos, isso acontece de maneira rápida né, então, a espera pra atendimento, pra atendimento inicial ela é rápida, agora, o desenrolar disso é que é um pouco mais demorado. Houve mudança grande no tempo de espera, reduziu muito.	Aí vai depender do setor, de uma maneira geral, eu diria que regular, por culpa dos profissionais, dos próprios profissionais, muitas vezes o despreparo em transmitir a informação. Acho que sempre foi assim, mas o serviço de psicologia tem sido mais atuante e tem trazido uma melhora nesse sentido também.	Ótimo, o tempo que eles agora aguardam pra realizar um exame é muito menor né, é praticamente o tempo de espera de poucas horas, no máximo né, que eles tem que aguardar, existe um serviço especializado pra levar esse paciente já, uma equipe contratada pra levar o paciente pra realizar o exame... Os exames que, existe uma estrutura bem ampla de profissionais pra tá atuando, os

					equipamentos tem tido manutenção periódica, então não tem ficado muito tempo em espera pra realizar os exames mais. Nos últimos anos a mudança foi muito grande, antigamente demorava muito mais, a tomografia não tinha, quebrava muito mais tempo, aparelho de raio-x quebrava e ficava sem manutenção, então isso teve uma mudança muito grande.
M	Bom, bem menos pessoas chegando aqui, dá pra gente atender melhor a pessoa que chega. Diminuiu o fluxo aqui na emergência, teve uma situação que tava quase que caótica há uns 2 ou 3 anos atrás, agora deu	Sim, houve mudança.	Na entrada eu acho que é bom, agora, depois do primeiro atendimento, para outros, aguardando vagas pra internar, aí é crítico, mas na hora que o paciente chega, é bom. Por causa do fluxo, nos últimos anos houve mudança sim,	Eu acho que é bom, eu, tô falando eu né, eu acho que eu oriento bem. No geral, não vejo pacientes, se eu for fazer uma análise dos outros, aí fica a desejar. Nesse caso, é regular porque, muitas vezes o paciente chega, fica perdido, você encontra	Aqui, é um dos melhores locais de atendimento do SUS do Estado, em termos de logística dos exames, eu acho que é bom. Aqui funciona 24 horas por dia, aberto os laboratórios, raio-x, tomografia e isso permite uma

	<p>uma melhorada. Eu avalio que melhorou para o paciente que chega aqui.</p>		<p>se restringiu a entrada, logicamente você vai ter melhores condições pra atender aquele que tá chegando.</p>	<p>com eles no corredor e eles ficam te fazendo perguntas porque alguém deixou de dar as orientações. Acho que não houve mudança, porque isso depende muito de cada um também né.</p>	<p>realização de um exame que o paciente não encontra em outra unidade, e é rápido. Nos últimos anos melhorou muito, antes o serviço de radiologia não era terceirizado, era complicado, bem mais, antes deixava a desejar, o tempo e qualidade melhorou.</p>
N	<p>Tá bom, eu acho que o paciente tá tendo uma resolução mais rápida dos casos, se chega a parte, por exemplo de exames, melhorou, a tomografia tá mais ágil, então, parece que teve uma melhora significativa.</p>	<p>Sim, acho.</p>	<p>O tempo de espera é bom, a maioria dos pacientes que chega aqui são pacientes referenciados né, então o paciente chega direto aqui na sala de emergência e tem sempre um médico aí de prontidão pra atender, é quase que de imediato. Nos últimos anos houve uma mudança em temos de, vamos dizer assim, logística para o atendimento, porque antes tinha a equipe</p>	<p>Eu acho que é regular, eu acho que poderia melhorar, a orientação pro paciente, muitas vezes o médico fala... oh.. você vai fazer uma tomografia e deveria ter alguém específico pra falar assim, olha... a tomografia o senhor segue... placas indicativas, então até a gente mesmo que é funcionário aqui, muitas vezes pra ter acesso lá na tomografia a gente tem dificuldade, imagina pessoa que é leigo né,</p>	<p>É boa, é boa sim, pelo menos, os exames que a gente solicita, os exames de imagem são feitos quase que imediato. A espera eu acredito que não é maior do que em qualquer outro serviço não, é bom. Teve mudança nos últimos anos, pra melhor, tem mais qualidade, o tempo é menor.</p>

			de emergencista e tinha a equipe de cirurgiões, é, daí, trouxe todo mundo pra um ambiente só de atendimento, e com essa mudança, é..., otimizou aqui o pronto atendimento, mas sobrecarregou muito a equipe da cirurgia geral, porque o pessoal da equipe de cirurgia geral faz o trabalho de emergencista e de cirurgião geral, então, nesse ponto, eu acho que não melhorou. O tempo de espera é bom, nos últimos anos acho que não houve mudança não, sempre foi imediato.	que não conhece, poderia melhorar. Não, nesse sentido, não houve mudança, sempre foi dessa forma.	
O	Ótimo porque diminuiu a quantidade de pacientes, então hoje a equipe tem mais condição de dar o	Sim, houve muita mudança, no sentido de aqui quando era porta aberta, a gama de atendimento e a gama de benfeitoria que era	Eu diria que ótimo porque eu que tô aqui desde a abertura do HUGO, é ..., antes o tempo de espera era grande porque a	Não chega a ser ótimo, mas é bom. Sim, nos últimos anos houve mudança, em função do tempo, hoje a gente tem mais tempo pra	Bom porque continuo falando, porque tem menos pacientes, então, quando você pede uma exame, a demora é de 2, 3

	atendimento depois que ficou de porta fechada, como a gente tá chamando né.	feita para o paciente era muito maior, certo, então a gente tinha o atendimento sobrecarregado com menos médicos. Hoje a gente tem mais médicos e bem menos pacientes, melhora a qualidade.	demanda era muita, hoje o paciente chega, principalmente o paciente grave e ele é atendido na hora e tem os aparelhos, tem material e tem os recursos humanos. Antes a gente tinha que escolher qual que ia atender, certo, primeiro porque não tinha aparelho pra todo mundo, não tinha médico, você chegava ao ponto de um médico ter que atender 3 pacientes ao mesmo tempo, então era bem complicado. Hoje é ótimo.	conversar com o paciente.	horas, no máximo já tá com o exame na mão. A melhora dos aparelhos, principalmente na parte de imagem né, nosso primeiro tomógrafo aqui, ele pra fazer um exame de um paciente era em torno de 30 a 40 minutos, hoje se faz em um minuto e meio e aí a entrega do resultado é quase que imediata, então, ficou muito bom. Tem espaço pra melhorar, hoje mesmo estamos trabalhando com apenas um tomógrafo, então isso atrasa bastante, então isso aí é o que acontece. Mas nos últimos anos houve mudança, positiva.
--	---	---	---	---------------------------	--

G	1 – (PACIENTES) Como	2 – (PACIENTES) Você acha	3 – (PACIENTES) Como	5 – (PACIENTES) Como
E	Você acha que os	que os pacientes estão	Você acha que os	Você classifica a
S	pacientes estão	percebendo as mudanças no	pacientes estão	orientação que os

T O R E S	percebendo o atendimento que estão recebendo?	modelo de gestão?	classificando o tempo de espera no atendimento? 4 - Você acha que os pacientes estão percebendo as mudanças no tempo de espera?	pacientes têm recebido quanto à realização de exames, diagnóstico e tratamento? 6 – Você acha que os pacientes estão percebendo as mudanças nestas orientações?
D I R E T O R I É C N I C O	Eu acho que a maioria, ótimo, nós temos alguns problemas pontuais que acabam, de repente, puxando aí pra baixo, mas todos percebem que melhorou, então eu acredito que seja ótimo. Por exemplo, essa semana houve um problema no tomógrafo e com isso, aumentou o tempo de espera para realização dos exames de tomografia, então isso gerou algum tipo de reclamação, então esse paciente, com certeza não achou ótimo o atendimento. A gente depende de algumas autorizações, procedimentos, por exemplo, alguns procedimentos de alto custo	Com certeza. Hoje eles são mais bem olhados, mais bem conduzidos, tem médicos mais próximos deles, eles percebem que hospital “tem dono”, eles percebem que as reclamações que eles fazem, surtem efeitos, a diretoria vai até o paciente e faz o acolhimento pra que aquele problema dele seja solucionado, se ele expressa qualquer dúvida, seja via ouvidoria, ou a gente tem um serviço de ouvidoria ativa também, então não só o paciente vai até o setor de ouvidoria, mas tem a ouvidoria ativa que busca leito a leito, se há algum problema com aquela internação, e a diretoria vai no leito na tentativa de	Isso depende muito do que ele precisa, mas eu acredito que bom. Algumas especialidades, elas podem gerar gargalos, por exemplo, neurologia clínica, né, que é uma especialidade que a gente não tem no hospital de plantão, a gente só tem neurocirurgião, então alguns pacientes, a gente presta serviço para a Secretaria Municipal de Saúde, é o caso da neurologia, pacientes vítimas ou suspeitas de AVC, esse paciente dá entrada lá no CAIS, ele não dá entrada aqui, o CAIS pede a tomografia, esse paciente é transferido pra cá, faz a tomografia e ele volta pro	Bom. Eu acho que esses pacientes que precisam de um exame complementar fora do hospital, se eles tivessem a compreensão ou o entendimento de que isso não depende do hospital e sim de um Complexo Regulador Municipal, talvez, eles não tem esse entendimento, eles não tem essa informação muitas vezes, e isso acaba que, prejudica um pouco o andar da internação. A informação dele ainda não está ótima, essa informação tem que melhorar ainda pra ele. Tem sido feito um trabalho nesse sentido tanto por parte das chefias médicas, das chefias

	<p>que são feitos fora do hospital, ressonâncias, alguns exames complementares, eletroneuromiografia, esses exames, eles não dependem da gestão do hospital para serem realizados, autorizados, são em sua grande maioria, regulados pelo Complexo Regulador Municipal, então alguns pacientes ficam aguardando essa autorização para a realização desses exames, e aí também, eu acho que puxa pra baixo a nota do hospital por conta disso.</p>	<p>resolver e orientar, muitas vezes são problemas até de orientação do paciente, de uma conversa pra que ele esclareça sua dúvida.</p>	<p>CAIS, esse paciente, ele é confundido com o paciente do hospital, então, esse paciente, as vezes, ele quer atendimento do neurologista, e eu não tenho essa especialidade no hospital, não é responsabilidade do hospital e nem é o perfil, esse paciente só está aqui, por conta dessa prestação de serviço a Secretaria Municipal de Saúde. Com relação a mudanças no tempo de espera, sim, acho que os pacientes estão percebendo essa mudança, antigamente, tínhamos uma espera grande, por exemplo, dos pacientes da ortopedia, essa espera diminuiu muito, nosso tempo de permanência no hospital né, de internação, tem diminuído cada vez mais também porque a resolutividade tem sido mais rápida.</p>	<p>de enfermagem e a diretoria do hospital. A ouvidoria ativa tem criado esse ambiente, a ouvidoria ativa, ela busca o problema, ela identifica o problema, qual é a dúvida e isso é levado tanto ao médico assistente, quanto ao médico chefe daquela especialidade e a diretoria, e todos nós vamos até o paciente esclarecer as dúvidas. Eu acho que os pacientes estão percebendo sim as mudanças nesse sentido, principalmente que, eu acho que as reclamações, as demandas que eram muito frequentes, hoje elas têm sido menos frequentes, porque? porque eles estão sendo mais bem orientados.</p>
D I R	<p>Bom, eu acredito que, de uma forma bem satisfatória, eu classificaria como bom,</p>	<p>Sim, claro, isso é evidente, é só você entrar no hospital e ir nas enfermarias e você já vai</p>	<p>Eu também acredito que bom, eu volto a insistir na questão da demanda, nós</p>	<p>Eu acredito que, eu vou ficar, classificar também como bom. Porque?!... Como nós</p>

<p>E T O R C L Í N I C O</p>	<p>porque nós ainda estamos numa transição né, o hospital tá numa transição, do sistema antigo para esse sistema novo né, que são geridos pela OS, então tá tendo uma adequação, essa adequação implica em alguns fatores que não deixa a gente ainda apontar o hospital como ótimo né, o que seria o ideal, é o que nós estamos almejando e eu acredito que a gente vai conseguir daqui a algum tempo, principalmente quando a gente adequar o hospital a demanda que nós temos aqui no hospital hoje, o hospital, ele recebe praticamente tudo que se relaciona a trauma, no SUS, do Estado, tudo que se relaciona a urgência, vem pra cá, não tem outro hospital, não existe outro pronto socorro aqui no Estado, que recebe pacientes de alta gravidade, então assim, com isso, gera-se uma demanda muito grande e tudo que você</p>	<p>ver a satisfação, hoje você tem pro paciente uma cama adequada, não tem mais uma cama quebrada que os pacientes usavam antigamente, o paciente ele tem uma televisão de última geração no quarto dele pra ele poder assistir, pra distrair, enquanto ele tá aguardando o seu tratamento, isso de 2 anos pra cá, quando essa OS assumiu o hospital aqui, até então, nós tínhamos um hospital sucateado, extremamente sucateado e... nós não tínhamos a quantidade de funcionários necessários pra determinados setor, os funcionários não paravam né, era uma rotatividade muito grande de funcionários, então o atendimento, aquele atendimento, ele precisa ter uma continuidade, ele precisa ter essa adesão do funcionário com o hospital, essa doação né, do funcionário com o hospital, e o hospital a 3 anos</p>	<p>temos uma demanda, hoje nós temos no hospital, uma demanda muito grande de pacientes, justamente por não ter outros hospitais na região que possam ainda né, receber esse tipo de pacientes, os poli traumatizados, então, eu acredito assim, que a gente pode classificar como bom né. Sim, é evidente que os pacientes estão percebendo mudanças no tempo de espera, os pacientes aqui, muitas vezes ficavam esperando várias semanas pra um procedimento cirúrgico, porque muitas vezes, muitos desses pacientes não tinham o perfil do nosso hospital, então o que é o paciente da urgência, da emergência, e eles eram encaminhados pra cá porque não existem outras Unidades pra receber esses pacientes, então esses pacientes, eles entravam, o hospital, é um hospital de porta aberta,</p>	<p>falamos, houve uma mudança geral no hospital, a parte de imagem é gerida por uma outra OS né, como você já deve saber, que é a FIDI, e existe uma adequação ao serviço, a demanda do serviço, essa demanda de pacientes que o hospital tem e essa questão de imagem, ela tá se adequando de uma forma até muito satisfatória, do ponto de vista que eles estão implementando algumas mudanças, com pontos de imagem descentralizados no hospital, então assim, o médico hoje, ele não precisa sair lá pra ver uma tomografia, lá do 4º andar e descer lá na tomografia pra ver o resultado de um exame, hoje ele tem um terminal lá no andar que ele acessa o terminal e já vê a tomografia do seu paciente, então isso aí pra nós é um ganho de tempo fenomenal, né, quer dizer, nós não tínhamos isso</p>
---	--	---	---	--

<p>trabalha numa demanda muito grande, é difícil você falar em 100% de satisfação, principalmente com relação aos pacientes, mas eu acredito que, pelo menos a maioria, tem o hospital, que atende os seus anseios, no caso, de um atendimento de urgência.</p>	<p>atrás, a 4 anos atrás, o hospital, a cada 6 meses ele tinha uma diretoria diferente, então, como que você pode programar alguma coisa pro hospital se a cada 6 meses, no máximo 1 ano você trocava a diretoria do hospital, aí muda a gestão, muda tudo, a forma, as prioridades que uma diretoria tinha ela mudava na outra diretoria e a coisa acaba que não funciona.</p>	<p>então, desde uma simples dor lombar, até um paciente poli traumatizado grave, né que é o perfil nosso, ele entrava né, a gente costuma dizer que muitas vezes tem um paciente que passava ali na calçada, tava com a unha encravada e falava... ahh.. vou entrar ali pra ver se os médicos resolvem isso pra mim porque eu não consigo resolver aqui fora e entrava pra dentro do hospital, então você imagina o tumulto que virava o hospital. Então eu acredito que melhorou muito em relação a isso aí.</p>	<p>antigamente, você tinha que ir atrás da tomografia e ir lá na central de exames que ficava lá no térreo, na tomografia, pegar o exame do paciente, aí que você ia analisar a tomografia, aí você ia tomar uma conduta, hoje não, você acessa, você pode acessar de vários pontos do hospital, porque existe esses pontos de imagem. Então hoje as equipes, elas estão mais bem estruturadas, mais bem treinadas, mesmo porque, houve diversas palestras, desde que foi implementada a OS aqui no hospital, sistematizou-se palestras de orientações, os cuidados com o paciente, hoje nós temos um núcleo de segurança do paciente funcionando aqui dentro do hospital, foram várias aulas de orientação, que foram vários profissionais com relação aos cuidados com os pacientes, a questão dos exames de laboratório</p>
---	---	---	--

				<p>também. O núcleo de segurança, até você podia entrevistar a responsável pelo núcleo, hoje nos hospitais de primeiro mundo, todos os hospitais tem esse núcleo de segurança, então, o núcleo de segurança envolve todos os cuidados com relação ao paciente, com relação a identificação do paciente, a exames desse paciente que serão feitos, identificação através de pulseira de identificação individuais, cada paciente tem que ter a sua identificação porque, você sabe, onde você tem uma demanda muito grande de pacientes, pra você trocar o exame de um paciente ou, as vezes, troca até o paciente, o paciente tem o nome ali parecido, você pega o paciente, programa ele pra uma cirurgia e o paciente é outra coisa, totalmente diferente, então, esse núcleo, ele visa justamente isso, tudo</p>
--	--	--	--	---

				<p>que envolve a segurança do paciente, desde a sua admissão até a sua alta, esse núcleo faz o rastreamento desse paciente dentro do hospital e acompanha com todos os cuidados, médicos, enfermagem, de laboratório, de imagem, tudo, então tudo é feito um rastreamento. Com relação a mudanças nessas orientações, com certeza, os paciente estão percebendo, porque, existem visitas sistemáticas aos pacientes, então, todos os dias, existe a visita dos médicos aos pacientes, existe a visita do núcleo de satisfação, nós temos também a ouvidoria implantada dentro do hospital, essa ouvidoria, ela procura saber junto aos pacientes, a ouvidoria é uma buscative ativa, então não espera o doente vir aqui reclamar junto a diretoria que tá com problema disso ou daquilo. A ouvidoria vai até o paciente e passa visita</p>
--	--	--	--	--

				<p>sistemática, todos os dias, os médicos passam visita e a ouvidoria também, pra ser uma coisa imparcial, entendeu, a ouvidoria, a função dela é justamente ouvir, se tem uma queixa do paciente com relação aquilo, pra gente tentar resolver o problema, antes que a coisa se torne um problema de verdade né.</p>
<p>D I R E T O R G E R A L</p>	<p>Eu falo sem medo de errar que é um bom atendimento, eu não teria a pretensão e nem a ingenuidade de dizer que é um padrão ótimo de atendimento né porque há uma relação muito grande entre o fluxo de demanda né e a capacidade de você absorver, então um hospital que tem alta demanda, grande volume de pacientes, principalmente vítimas de acidente, de trauma e de violência interpessoal, eu considero que, atualmente, o HUGO presta um bom atendimento aos pacientes</p>	<p>Sem dúvida nenhuma, eu posso falar isso porque eu vivenciei as duas realidades, entrei no HUGO em 91, no começo do hospital né, a 23 anos atrás, certo, com alguns intervalos, em alguns locais, mas eu vivenciei isso, o HUGO foi progressivamente se sucateando, posto que não havia manutenção preventiva né, certo, e além de se sucatear do ponto de vista predial e de equipamentos, também, se desabastecendo, por falta de gestão, por falta de recursos, e hoje em dia, o paciente que procura o</p>	<p>Eu continuo com o mesmo perfil de bom, e não é modéstia não, é ser realista e procurar ser coerente e honesto né, a gente sabe que dar vazão a esse fluxo de demanda, como eu disse, é um desafio permanente pra todo e qualquer hospital de portas abertas, um pronto socorro, que nada mais é do que o reflexo do nível de evolução de um país, de uma cidade né, e a realidade é que a gente tem os índices de morbi mortalidade relacionados com as urgências e emergências de</p>	<p>Eu acho que é um bom atendimento nesse aspecto né, eu vou repetir, a pretensão ótimo né num padrão de excelência, máximo, então a gente teria que ter um número de demanda muito menor né, mas dentro dessas circunstâncias, é um bom atendimento, porque?, porque nós temos os exames de imagem, as tomografias, as radiografias, os exames laboratoriais, ultrassonografias também, e que todos são feitos né, a tempo e a hora, fatores</p>

	<p>que nos procuram e que são encaminhados para cá.</p>	<p>hospital, ele tem sido atendido de pronto né, todos os casos que caracterizam urgência, tem que ser estabilizados, tem que ser operados ou submetidos a tratamento intensivo de UTI e a realidade é que o hospital melhorou muito, a qualidade no atendimento é muito melhor e as pesquisas de satisfação estão aí pra mostrar exatamente isso.</p>	<p>trauma né, muito elevada, elevadíssima, certo, então, os pacientes que nos procuram, são não apenas aqueles de coisas mais complexas e maiores, mas dentro do sistema deficiente ainda, hierarquicamente, certo, o HUGO ainda faz o atendimento primário, ainda atende aquele paciente que entorse o tornozelo que tava jogando futebol, certo, com trauma menor e tudo, então o que eu posso te afirmar Marcus, é o seguinte, o paciente com risco eminente de morte, né, o paciente com fratura exposta, certo, o paciente com traumatismo crânio encefálico, o paciente de emergência clínica com infarto agudo, com derrame cerebral ou AVC né, são todos atendidos de imediato, certo, não passam pela classificação de risco, e isso também é uma coisa protocolar, tem portaria do Ministério da Saúde que</p>	<p>complicadores, é aquele negócio, o hospital paga o preço da sua eficiência num sistema deficiente, concomitantemente, nós temos feito radiografias e tomografias pra toda a rede municipal, uma criança cai e bate a cabeça, o médico, ao invés de pedir uma observação, ele pede uma tomografia e manda pra cá, então, a gente tem que fazer as de urgência e tem que fazer também, mais 100, 200 por dia, de casos eletivos né, que são encaminhados, mas mesmo com essa dificuldade, eu acho que é um bom atendimento em relação aos exames, sejam laboratoriais ou de imagem. Aqui a gente tem duas vertentes né, você tem uma vertente que é a do paciente grave, um poli traumatizado que chega, aí ele não tem condição de receber a orientação, e que a família é que tem que receber, pra isso existem as</p>
--	---	--	--	---

			<p>exige que haja uma classificação de risco para que você possa selecionar de maneira adequada as prioridades, então, a visão da classificação, o software, certo, que tem uma enfermeira treinada pra fazer isso e sempre que há necessidade, solicita o auxílio do médico que tá de plantão, então ela vai classificar numa escala que começa no paciente vermelho que é o de emergência, que esse, na grande maioria já tem entrada direta né, porque já vem conduzido, né, pelo SAMU, pelo SIATE ou pela Polícia muitas vezes né, e aí então vai avaliar os pacientes que são de risco, de cor amarela, de cor laranja, certo, e os pacientes que não são de risco, de cor verde ou de cor azul, que é o que não tem problema nenhum, que pode esperar pra ser referenciado ou contra-referenciado pra outra</p>	<p>equipes né, e a gente, é uma coisa que a gente se preocupa muito com isso, qualquer tipo de solicitação, principalmente, diretor técnico, chefia de enfermagem né, da assistência social, procura informar sobre o diagnóstico né, sobre o tratamento, sobre os risco inerentes aos procedimentos que precisam ter, tem que ser conscientizados disso né, de que, qualquer tipo de procedimento, implica né, em um risco potencial que a pessoa assume né, ou a família assume né, sabedora das limitações que a gente tem como ser humano né, ninguém pode prometer né, tudo, até porque, o risco de alguma complicação, as coisas não são feitas assim, mas quando você dialoga, quando você informa, quando você procura mostrar a realidade, a grande, a imensa maioria dos pacientes aceita.</p>
--	--	--	---	--

			<p>Unidade. Agora, existe um percentual de pessoas que, qualquer tipo de atendimento público né, se julgam com o direito de ser atendido em primeiro lugar, mesmo que exista um muito mais grave que ele, necessitando disso, então a gente procura trabalhar isso, não com repreensão ou discussões né, a gente procura trabalhar esse tipo de coisa com o acolhimento, com o olho no olho, o carinho né, e pra isso é de fundamental importância a participação da equipe como um todo né, a assistente social né, certo, o médico, o enfermeiro, o psicólogo as vezes né, pra fazer com que esse paciente compreenda que ele vai ser atendido, mesmo que demore um pouco. A exigência legal do Ministério da Saúde, é que o paciente vermelho seja atendido de imediato né, o paciente amarelo tem um tempo limite</p>	<p>Nós temos, as vezes, uma dificuldade grande, é daquele paciente que chega e que tem um trauma pequeno e uma fratura fechada, uma pequena lesão, escoriação, torceu o tornozelo jogando bola lá no Jardim Curitiba, lá no Jardim Novo Mundo, e que, por força da circunstância, por falta de estrutura, eles são trazidos pra cá, então ele é muito bem orientado de que está sendo acolhido né, vai tomar um analgésico, vai fazer a radiografia pra confirmar a suspeita, o diagnóstico, mas vai ser colocado na regulação médica, certo, pra ser transferido para um outro tipo de serviço. É tudo muito bem explicado e a gente procura administrar, a gente sempre procura fazer com que o diálogo seja a forma mais adequada né, de colocar essa realidade. Com certeza os pacientes estão percebendo mudanças nesse</p>
--	--	--	---	--

			<p>de 15 minutos para que seja, passe por uma avaliação médica inicial, e os outros que podem esperar, podem esperar 1 hora, 2 horas, dependendo da circunstância, também nada impede que o paciente que esteja estável e bom né, seja atendido rapidamente, vai depender da demanda que tiver né. Com certeza eles estão percebendo mudanças no tempo de espera, o índice de satisfação e não só o tempo de espera é fundamental, mas depois que o paciente é atendido, ele espera que o acolhimento seja bom, que a qualidade do atendimento prestado pela equipe seja adequada, que fique num leito limpo né, que se troque as roupas de cama, que se tenha toalha, e que se tenha muito mais, acima de tudo né, a compaixão e o afeto de toda a equipe né, que faz toda a diferença.</p>	<p>sentido né, nós estamos aqui a dois anos e meio, certo, e a realidade é que, quando a GERIR, quando a OS assumiu, é importante que se diga né, que não basta ser uma OS, tem que ser uma boa OS, porque tudo na vida você tem os bons, os maíos ou menos e os ruins né, então é uma boa OS que fez a diferença no HUGO né, na época, o HUGO tava totalmente sucateado, desabastecido, sem medicamento dos mais simples, sem dipirona, sem esparadrapo, sem material de curativo, sem condição de acondicionar os enxovais como toalhas, cobertores, lençóis, material para o centro cirúrgico, então isso tudo foi enfrentado de imediato, a primeira coisa que a gente fez aqui foi abastecer o hospital e começar a montar essa estrutura, então eu acho que foi até num tempo record,</p>
--	--	--	--	---

				<p>essa parte da lavanderia, da central de esterilização, da central de medicamento, farmácia, tudo isso foi reestruturado, não só do ponto de vista físico, mas do ponto de vista de recursos humanos né, alguns serviços foram terceirizados como recomenda a boa norma de administração hospitalar, como cozinha, lavanderia, segurança, certo, e se mudou a visão do nível de exigência do desempenho do bom funcionário, basta dizer que o HUGO tinha em torno de 2.500 funcionários e tinha um faturamento né, desproporcional com o tamanho do hospital. Hoje nós temos em torno de 1.500 funcionários com o dobro do faturamento, porque?, porque são funcionários que realmente prestam o serviço de maneira adequada, e os que não prestam, todos os dias, é evidente, isso é uma coisa permanente, você tem</p>
--	--	--	--	--

				que estar cobrando, fiscalizando, os que não tem interesse, são colocados a disposição, se forem estatutários na Secretaria, ou são demitidos né, por justa causa, isso depois de cumprir a lei, de fazer as advertências verbais, por escrito né, mas já se criou esse clima de quem não tem responsabilidade, compromisso, a tendência é não permanecer no hospital.
--	--	--	--	--

G E S T O R E S	1 – (MÉDICOS) Como Você acha que os médicos estão percebendo o atendimento que estão prestando aos pacientes?	2 – (MÉDICOS) Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças no modelo de gestão?	3 – (MÉDICOS) Como Você acha que os médicos estão classificando o tempo de espera no atendimento? 4 - Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças no tempo de espera?	5 – (MÉDICOS) Como Você classifica a satisfação dos médicos quanto à entrega de exames, diagnóstico e condições de tratamento? 6 – Você acha que os médicos estão percebendo as mudanças nesta entrega?
D I R E	Eu acho que o médico, ele, é uma percepção de cada um, então é muito difícil né, eu acho que eles percebem	Com certeza. Pela falta de materiais né, antigamente tínhamos uma falta constante de alguns itens dentro do	Eu acho que ótimo também, na sua grande maioria, na verdade, existe uma espera em alguns momentos de	Acredito que sim também, percebem porque hoje eu tenho um número, antigamente, por exemplo, já

<p>T O R T É C N I C O</p>	<p>como ótimo, porque hoje eles têm um número de profissionais adequado, ele tem condições de trabalho, essas condições também são adequadas, eles não têm mais falta de material ou falta de qualquer tipo de instrumental, o RH está adequado, então isso faz com que o ambiente de trabalho do médico, ele possa desenvolver o seu trabalho mais adequadamente né, e mais tranquilamente também.</p>	<p>hospital, hoje o nosso rol de medicamentos padronizados é muito maior em relação ao que tínhamos, a gente conseguiu personalizar a nossa farmácia para atendimento a pacientes do trauma, principalmente, a nossa analgesia melhorou, o nosso cuidado com o paciente melhorou devido a essas mudanças aí no quadro da gestão.</p>	<p>algumas especialidades, então é assim, o paciente chega na sala de emergência que é a sala vermelha, esse paciente é imediatamente atendido e já solicitados os exames, eu tenho, se for no caso de uma tomografia, por exemplo, eu tenho uma equipe com médico que é responsável somente pelo transporte até o tomógrafo pra realização do exame e retorna, mas eu tenho algum gargalo, por exemplo, eu tenho uma única equipe que faça esse transporte, por exemplo, se o paciente for grave, se estiver em ventilação mecânica, esse paciente vai esperar o tomógrafo desocupar e essa equipe estar disponível também pra realização do exame, as reavaliações, o laudo da tomografia, por exemplo, eu tenho um d-lad de mais ou menos meia hora, uma hora pra sair, em algum momento o laudo da</p>	<p>citando a neurocirurgia, eu tinha somente um neurocirurgião em cada plantão, se esse neurocirurgião subir pra operar um paciente, são cirurgias longas que podem durar 4 horas, alguém ia esperar 4 horas lá em baixo até que ele estivesse disponível, então, eles percebem tranquilamente que hoje é mais rápido o atendimento ao doente. Com relação a satisfação dos médicos, eu considero boa, eu tenho ainda um gargalo na entrega de exames laboratoriais, ele ainda não está no tempo que gostaríamos que ele estivesse, nós estamos em fase agora de, assim como a gente veio mudando vários setores do hospital, agora chegou a vez do laboratório, ele está sendo modernizado e adequado pra que esse tempo do resultado dos exames laboratoriais seja</p>
---	---	--	--	--

			<p>tomografia, então esse paciente acaba esperando um pouco, mas nada fora do que é preconizado, a nossa hora-ouro, ela tem sido respeitada. Outro gargalo, a neurocirurgia, por exemplo, eu tenho dois neurocirurgiões no plantão, um que fica operando boa parte do tempo, e outro que fica disponível, mas se o paciente chega e esse neurocirurgião está também ocupado com outro paciente grave, em alguns momentos esse paciente vai aguardar, do mesmo modo é a ortopedia, pacientes vítimas de fraturas expostas, eles tem, em alguns plantões, por exemplo, sábado a noite, é um plantão muito tumultuado, é um plantão que a gente tem um aumento da demanda de fraturas expostas a despeito do nosso aumento do número de profissionais da ortopedia, eles acabam esperando, mas</p>	<p>melhor. Sim, eu acho que os médicos estão percebendo a mudança nesse sentido, apesar dela não estar ainda totalmente implantada né, mas já melhorou um pouco sim, a coleta principalmente, melhorou muito.</p>
--	--	--	---	---

			não ultrapassam também as 6 horas preconizadas pela literatura não.	
D I R E T O R C L Í N I C O	Bom porque, é igual eu falei, eu gostaria de trabalhar com uma quantidade de pacientes menor né, do que nós temos aqui hoje no hospital, pra você ter uma ideia, hoje aqui no hospital nós temos só os pacientes de trauma, nós temos 190 leitos de pacientes, só da parte de ortopedia, de traumas, de pacientes poli traumatizado, além disso, nós temos os pacientes das clínicas cirúrgica, da clínica médica né, da cirurgia buco maxilo facial, então nós temos um volume de pacientes muito grande ainda dentro do hospital, quando você, o médico trabalha com uma quantidade menor de pacientes internados, é lógico que você tem uma atenção melhor, você dá uma atenção melhor, você consegue resolver de uma forma mais	Sem dúvida, porque?!, eu vou te responder porque, hoje, antigamente você ia prescrever um antibiótico pra um paciente, você não tinha o antibiótico, você prescrevia o analgésico, você não tinha o analgésico, você ia pro centro cirúrgico operar, o ar condicionado não funcionava, o foco não funcionava, então, é um sofrimento muito grande, pra quem é médico, então a maioria dos médicos que tão aqui no HUGO, eles são cirurgiões, então, é um sofrimento muito grande, você quer passar um medicamento pro paciente e o medicamento ainda não chegou porque ainda tem que ser feito uma licitação que dura três, quatro meses pela Secretaria de Saúde pra poder, esse remédio chegar até o paciente, então assim, é uma coisa totalmente inviável né, quando	Também é bom, porque?!, é a mesma coisa, o tempo de espera no atendimento, ele depende da quantidade de pacientes que você tem, hoje nós temos uma média, na ortopedia pra te citar um exemplo, uma média de 30 a 40 cirurgias por dia, então é um volume muito grande pra um pronto socorro, nós temos nove salas de cirurgia funcionando, no total são dez, mas tem uma sala que ainda tá em reforma né, mas nós vamos ter dez salas funcionando de forma plena. Nós tínhamos, até 3 anos atrás, 6 salas funcionando pra você ter uma ideia, hoje são 9 salas, então hoje tá operando muito mais, hoje a gente faz uma média de 1.200 a 1.300 cirurgias por mês, antes era 700 a 800 cirurgias.	Bom também, é aquilo que eu falei, o exame de imagem, a centralização do exame de imagem, tá havendo essa adequação né, o sistema foi implantado tem pouco tempo também, então não é uma coisa ótima ainda não, ainda tem algumas coisas falhas, no sistema ainda, algumas dificuldades que tá sendo resolvido pela equipe técnica né, da FIDI, mas eu acredito que bom porque a gente não leva tanto tempo pra receber um exame. Sim, eles estão percebendo mudança, porque, quando você pede um exame, e o exame demora dois ou três dias pra chegar e hoje você recebe o exame praticamente no dia seguinte né, eu acho que melhorou bastante.

	<p>humanizada né, a questão desses pacientes poli traumatizados. Eu acredito que assim, a gente vai conseguir atingir um patamar de ótimo, eu acredito que só quando a gente tiver uma demanda menor de pacientes internados aqui.</p>	<p>se mexe com urgência, não dá pra esperar três, quatro meses pra você dar determinada medicação pra um paciente, esse é o ponto principal que os médicos estão percebendo isso aí e realmente tá bom, não vou falar que tá ótimo, porque nós ainda precisamos adequar algumas coisas, mas em relação ao que era, tá muito bom.</p>		
<p>D I R E T O R G E R A L</p>	<p>Eu vou continuar na mesma linha, certo, eu acho que é um bom atendimento, a gente tem chefias em todos os serviços né, neurocirurgia, neurologia, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cirurgia geral e por aí vai né, então cada serviço desse tem sua chefia, uma coisa que vem enriquecer muito o hospital também é a COREME, a Comissão de Residência Médica e o Instituto de Ensino e Pesquisa, então todos os dias nós temos aulas, temos discussões, temos cursos, temos parceria</p>	<p>Com certeza né. Eles estão percebendo a qualidade dos serviços prestados, a valorização dos funcionários, na própria remuneração a gente procura ver o piso salarial da categoria, certo, tudo isso é importantíssimo, enquanto tem muitos Estados que ainda está muito aquém, aqui a gente já está bem próximo e se formos considerar que todo médico hoje tem mais de um vínculo né, e que ele tem que cumprir 20 horas semanais, então o salário que ele recebe é bem superior ao de muitos dos</p>	<p>Eu acho que os médicos, eles procuram atender dentro daqui que eu comentei né, então eu tenho plena convicção de que, a gente conciliando a linha de frente lá no pronto socorro com o repouso, com essa consciência de que aquele tipo de tranquilidade aparente né, você tem uma equipe dimensionada pra uma necessidade, com cinco cirurgiões, com dois neuro cirurgiões, com cirurgião vascular, dois clínicos, eventualmente, você passa a ver o pessoal no repouso,</p>	<p>Eu continuo no bom, hoje nós temos uma outra OS inserida aqui, certo, que é a que cuida da imagem, sem essa parte, inexistente o atendimento nosso, depende fundamentalmente dos exames de imagem e laboratoriais também, mas no caso aí da maioria dos pacientes, então a FIDI, que é a empresa que tá aqui, ela tem demonstrado uma boa evolução né, o médico pode contar com o laudo, isso tudo é informatizado, certo, você tem uma central de laudos de tomografias, de radiografias, isso é feito quase sempre a</p>

<p>com grandes hospitais como Albert Einstein, o Sírio Libanês, o Osvaldo Cruz, colegas que vem fazer palestras ou ministrar cursos aqui e também colegas do hospital que vão a São Paulo ou ao Rio pra participar de congressos, então com isso, a gente tem de maneira gradual, assim, contínua, melhorado muito nesse aspecto. Pra se chegar no ótimo, eu acho que aí a gente tem que ver a interdependência de um hospital, essa proposta do governo de incrementar cada vez mais a rede HUGO de atendimento, esse dimensionamento mais adequado, certo, do número de prontos socorros, certo, agora com a criação do HUGO 2, o Hospital de Urgências de Valparaíso, o Hospital de Uruaçu, a remodelação de tantos outros, certo, vai haver uma distribuição mais homogênea</p>	<p>hospitais públicos do país.</p>	<p>assistindo televisão, conversando com a gente, e quando chega a urgência né, esse paciente seja atendido de imediato né, então, a dificuldade maior que nós temos, é quando chega o paciente que é o paciente que não é o perfil do atendimento do hospital e que, aqui veio por falta de outra opção, são os pacientes enjeitados pelo sistema não é, os pacientes com doenças infecto-contagiosas ou grande queimadura, ou tuberculose, coisas clínicas, é como eu disse, a gente dá o primeiro atendimento, conforta o paciente, orienta, estabiliza e tenta encaminhar, aí causa desgaste, porque as vezes, o paciente permanece aqui porque a gente não consegue vaga na rede conveniada, aí eu teria que entrar em vários outros problemas, eu acho que cabe a gente colocar isso, o</p>	<p>tempo e a hora, agora é evidente, é evidente, que como, em toda atividade humana, certo, você tem dificuldades eventuais, tem falhas, mas eu tô analisando o contexto geral né, então, quando há um problema técnico, estraga um tomógrafo, eles são ágeis pra resolver, nós enfrentamos isso ontem, mas no mesmo dia já sanou o problema, então é isso, essa consciência do médico, dessa melhoria do hospital que tá diretamente relacionado a administração desta OS. Com certeza eles percebem sim mudanças nisso, mudanças trazem a condição de você buscar um perfil de profissional mais homogêneo, mais comprometido né, quando não há esse tipo de cuidado, quando o hospital não pode proporcionar o mínimo necessário, aí fica difícil né.</p>
---	------------------------------------	---	--

<p>dos casos, e evitar que o HUGO aqui em Goiânia seja referência para Tocantins, pro Mato Grosso, pra todos os locais, certo, então para você ter um serviço de excelência, é preciso que você tenha bem dimensionada a capacidade do hospital, certo, dentro dos moldes, dos parâmetros de bom atendimento né, e que, não se ultrapasse esse limite de capacidade, que é muito comum em pronto socorro, apesar de que, o HUGO de antes que tinha os corredores cheios de macas, você já trabalhou aqui né, se recorda disso, e hoje não tem nenhuma maca nos corredores, coisa de 2 anos atrás isso era impensável né, certo, e nós conseguimos, nós não temos macas nos corredores, a gente consegue fazer essa gestão dos leitos e tudo né, então, é dificuldades todos os dias, tem dia que tem aqui 20</p>		<p>governo teria que desenvolver uma política de pagamento adequado dos procedimentos, com atualização da tabela SIA-SUS pra fazer com que houvesse interesse dos hospitais conveniados em se ampliar e proporcionar esse atendimento em cada área né, há algumas propostas tramitando no Congresso, certo, e que precisam ser levadas bem a sério, apesar da resistência, tem proposta que o governo passasse a pagar não mais pela tabela SIA-SUS, que está tão defasada, mas em casos de urgência, que passasse a pagar pela tabela CVHPM, então isso aí melhoraria muito, então tem coisas que independe da nossa vontade né. Então se fosse fazer um comparativo do HUGO de 2 anos atrás e o HUGO de hoje, nós estamos num nível bom, é um nível bom de atendimento, certo, e o</p>	
--	--	--	--

<p>fraturas expostas pra serem operadas não é, então extrapola a capacidade, eu participo de chats, dessas linhas de discussões, tem um grupo lá de Barcelona, que tem um excelente serviço hospitalar, aí ele pergunta, mas Dr. Ciro, o que está acontecendo aí em Goiânia, é uma revolução, uma guerra? Porque tantos acidentados em um hospital apenas? Eu falei não é questão de guerra, nós temos os mesmos problemas que todo o mundo moderno enfrenta né, do trânsito, da violência, da droga né, do álcool, agora o grande problema é que, nós somos, praticamente aqui na Grande Goiânia, na Região Metropolitana de Goiânia, o único hospital com esse tipo de atendimento.</p>		<p>médico tem consciência disso, agora a grande diferença é exatamente essa, o paciente que chega que é do perfil do hospital, se chegar um paciente de fratura exposta, trauma de coluna, essas coisas, ele é operado praticamente de imediato, você tem a equipe dimensionada, as vezes a demanda é muito grande, mas ele já entra no processo de preparo para ser operado, então o médico tem conhecimento disso, a dificuldade que eu te falei, por isso que eu não coloquei nada do que você me perguntou como ótimo porque, para o hospital ter essa classificação de ótimo, ele teria que tá inserido num contexto assim, numa demanda proporcional a capacidade dele, e pra nós ela é sempre maior.</p>	
---	--	---	--