



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

GABRIELA DO NASCIMENTO SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS DE SALVADOR
GERENCIADOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

Salvador
2021

GABRIELA DO NASCIMENTO SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS DE SALVADOR
GERENCIADOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos
Mendes

Salvador
2021

Escola de Administração – UFBA

S729 Souza, Gabriela do Nascimento.

Avaliação de qualidade em hospitais de Salvador gerenciados por organizações sociais / Gabriela do Nascimento Souza. – 2021. 116 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2021.

1. Hospitais públicos – Administração – Salvador (BA).
2. Governança – Hospitais – Indicadores. 3. Parceria público privada – Avaliação. 4. Contrato público - Administração. 5. Hospitais – Controle de qualidade - Salvador (BA). I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 614.09814

GABRIELA DO NASCIMENTO SOUZA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS DE SALVADOR
GERENCIADOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração, Escola de Administração, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 02 de março de 2021.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes (Orientadora)
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Almerinda Luedy Reis
Doutora em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Jorge Amado (UniJorge)

Prof. Dr. Ricardo Coutinho Mello
Doutor em Difusão do Conhecimento pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Compartilho com a minha família o mérito desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Toda a minha gratidão a Deus pela oportunidade de concluir este trabalho.

A toda minha família, especialmente, aos meus pais pelo apoio de sempre; ao meu irmão Alexandre pelas revisões e contribuições desde o processo seletivo, e à minha filha Lara pelo amor, carinho e incentivo dos bilhetinhos diários, além da compreensão, tão acolhedora, durante a escrita da dissertação, em meio à pandemia, quando não pude me dedicar a estar mais tempo com ela. A Anderson, também faço um agradecimento especial.

À Profa. Dra. Vera Lúcia Peixoto Mendes pela orientação e acolhimento, além das valiosas contribuições ao me conduzir na realização deste trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, particularmente, à Profa. Dra. Denise Ribeiro de Almeida e à Profa. Dra. Elizabeth Matos Ribeiro, que fizeram parte da Banca da Qualificação.

Aos meus colegas do mestrado, principalmente, “as meninas de Feira”, Claudio e Luciano, com quem dividi os trabalhos em equipe durante o curso.

Aos colegas e grupo gestor da Auditoria SUS/SESAB, singularmente, Rose Katharine Borges Sales Couto, por todo o apoio para realização da coleta de dados na SAIS/SESAB.

Aos gestores dos hospitais e da SESAB entrevistados pela disponibilidade e confiança.

E aos amigos pela torcida, paciência e compreensão.

Muito Obrigada!

SOUZA, Gabriela do Nascimento. Avaliação da qualidade em hospitais de Salvador gerenciados por Organizações Sociais. Orientadora: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. 116 f. il. 2021. Dissertação (Mestrado em Administração) — Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

RESUMO

Esta dissertação objetiva avaliar como os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por Organizações Sociais de Saúde, asseguraram a qualidade da assistência, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no Contrato de Gestão, no período de 2017 a 2019. Para tanto, caracterizou-se a rede hospitalar da Bahia sob gestão de Organizações Sociais de Saúde, selecionando-se hospitais estaduais em Salvador, gerenciados por Organizações Sociais e identificando-se como os indicadores do Contrato de Gestão se aproximam ou se distanciam dos padrões da Organização Nacional de Acreditação. Realizou-se pesquisa exploratória, de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Foram entrevistados Gestores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e dos Hospitais, realizada análise documental e de dados secundários, utilizando-se como indicador de resultado sobre a satisfação do usuário os dados de pesquisas aplicadas pelas Organizações Sociais de Saúde entre 2017 e 2019. Os resultados indicam que o modelo de gestão por Organizações Sociais é predominante na rede hospitalar do Estado, sendo sete Organizações Sociais integrantes desse programa na gestão de 18 hospitais, estando sediadas em Salvador (33%). O Contrato de Gestão adotado não estabelece indicadores capazes de avaliar a estrutura nem o processo do cuidar, o que fragiliza o poder regulador do Estado, na medida em que não tem um sistema de avaliação que permita avaliar os resultados desses serviços. Embora os gestores dos hospitais reconheçam avanços produzidos por essa modalidade de gestão nos hospitais da rede, referem limitações na estrutura física e na provisão de equipamentos médicos hospitalares nessas unidades, além de dificuldades para manter o dimensionamento de pessoal adequado ao seu funcionamento. Na perspectiva do gestor da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, há problemas na estrutura física predial, porém, considera que houve avanços no que se refere ao parque tecnológico dos hospitais da rede pública estadual; reconhece ainda que o planejamento das metas contratuais e o sistema de avaliação são fatores que dificultam a garantia da qualidade nesses hospitais. Na concepção da gestão estadual, tem-se como potencialidade do modelo a possibilidade de contratação de um serviço que atenda às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, propõe-se à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia adequar o Sistema de Avaliação da Qualidade constante nos contratos, adotando indicadores que avaliem os resultados, não só baseado na medida da eficiência e satisfação dos usuários, mas também considerando aspectos da segurança do paciente e os requisitos da Organização Nacional de Acreditação para acreditação de hospitais em nível 1.

Palavras-chave: Avaliação da qualidade. Acreditação. Organizações sociais. Organização Nacional de Acreditação.

SOUZA, Gabriela do Nascimento. Quality assessment in hospitals in Salvador managed by Social Organizations. Advisor: Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. 116 s. ill. 2021. Dissertation (Master's in Administration) — School of Administration, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

ABSTRACT

This dissertation aims to evaluate how the state hospitals of Salvador, managed by Social Health Organizations, ensured the quality of care, according to the quality indicators established in the Management Contract, in the period from 2017 to 2019. To this end, the hospital network in Bahia under the management of Social Health Organizations was characterized, selecting state hospitals in Salvador managed by Social Organizations and identifying how the management contract indicators approach or distance themselves from the National Accreditation Organization standards. Exploratory, descriptive research was carried out with a qualitative approach. Managers of the Secretary of Health of Bahia State and Hospitals were interviewed, documentary analysis and secondary data were performed, using the data from surveys applied by Social Health Organizations between 2017 and 2019 as a result indicator on user satisfaction. Results indicate that the management model by Social Organizations is predominant in the State hospital network, with seven Social Organizations participating in this program in the management of 18 hospitals, 33% of which are based in Salvador; the management contract adopted does not establish indicators capable of evaluating the structure or the care process, which weakens the state's regulatory power, as it does not have an evaluation system that allows the results of these services to be evaluated. Although hospital managers recognize advances produced by this type of management in the network's hospitals, they mention limitations in the physical structure and in the provision of hospital medical equipment in those units, in addition to difficulties in maintaining the dimensioning of personnel appropriate to their functioning. In the perspective of the manager of the State Health Secretariat of Bahia, there are problems in the physical structure of the building, however, he considers that there have been advances with regard to the technological park of state public hospitals; he also recognizes that the planning of contractual goals and the evaluation system are factors that hinder quality assurance in these hospitals. In the conception of state management, the model's potential is the possibility of contracting a service that meets the needs of users of the Unified Health System. In this sense, it is proposed that the Secretary of Health of Bahia State adapt the Health System Quality assessment constant in contracts, adopting indicators that evaluate the results, not only based on the measure of efficiency and user satisfaction, but also considering aspects of patient safety and the requirements of the National Accreditation Organization for accreditation of level 1 hospitals.

Keywords: Quality assessment. Accreditation. Social organizations. National Accreditation Organization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 — Características das quatro gerações da avaliação | 23 |
| Quadro 2 — Marco legal vigente para qualidade e avaliação em serviços públicos no Brasil | 25 |
| Quadro 3 — Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira — Regime Jurídico Público | 30 |
| Quadro 4 — Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira — Regime Jurídico Privado | 30 |
| Gráfico 1 — Rede hospitalar da Bahia por modelo de gestão, SESAB, 2020 | 54 |
| Quadro 5 — Rede hospitalar da Bahia sob gestão de Organização Social. SESAB, 2020 | 55 |
| Quadro 6 — Hospitais localizados em Salvador por OS gestora. SESAB, 2020. | 57 |
| Quadro 7 — Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão do H1. SESAB, 2020 | 58 |
| Quadro 8 — Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão do H2 e H3, SESAB, 2020. . | 60 |
| Quadro 9 — Análise resumida dos Contratos de Gestão H1, H2 e H3. SESAB, 2020 | 61 |
| Quadro 10 — Avaliação Indicadores do Contrato do H1. SESAB, 2020 | 64 |
| Quadro 11 — Avaliação Indicadores do H2. SESAB, 2020 | 67 |
| Quadro 12 — Avaliação dos Indicadores do H3. SESAB, 2020 | 67 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 — Distribuição dos hospitais gerenciados por meio de Contrato de Gestão no estado da Bahia, 2020 | 54 |
| Tabela 2 — Distribuição de recursos por OS. SESAB, 2020..... | 56 |
| Tabela 3 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H1 distribuídos por setor, SESAB, 2017 a 2019 | 69 |
| Tabela 4 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H2 SESAB, 2017 a 2019 | 69 |
| Tabela 5 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do ambulatório do H3. SESAB, 2018 e 2019..... | 71 |
| Tabela 6 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços da emergência do H3. SESAB, 2018 e 2019..... | 72 |
| Tabela 7 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços da internação do H3. SESAB, 2018 e 2019..... | 72 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| AIH | Autorização de Internação Hospitalar |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CBA | Consórcio Brasileiro de Acreditação |
| CCAH | Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CG | Contrato de Gestão |
| CNES | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde |
| DASP | Departamento de Administração do Serviço Público |
| DOH | Divisão de Organização Hospitalar |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FESBA | Fundo Estadual de Saúde |
| GI | Gestão Indireta |
| ITAES | Instituto Técnico para a Acreditação de Estabelecimentos de Saúde |
| JCI | Joint Commission International |
| MARE | Ministério da Administração e Reforma do Estado |
| NGP | Nova Gestão Pública |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| OPAS | Organização Pan-Americana da Saúde |
| OPME | Órteses, Próteses e Materiais Especiais |
| OS | Organizações Sociais |
| OSS | Organizações Sociais de Saúde |
| PDRAE | Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado |
| PEOS | Programa Estadual de Organizações Sociais |
| PES | Plano Estadual de Saúde |
| PNHOSP | Política Nacional de Atenção Hospitalar |
| PPH | Programa de Padronização Hospitalar |
| PPP | Parceria Público-Privada |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RIH | Relatório de Informação Hospitalar |

| | |
|-------|--|
| SAC | Serviço de Atendimento ao Cliente |
| SAIS | Superintendência de Atenção Integral à Saúde |
| SBA | Sistema Brasileiro de Acreditação |
| SCNES | Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde |
| SESAB | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TIC | Tecnologias da Informação e Comunicação |
| UFBA | Universidade Federal da Bahia |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 16 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 23 |
| 2.1 AVALIAÇÃO E MUDANÇAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA | 23 |
| 2.1.1 Evolução do processo de avaliação | 23 |
| 2.1.2 Mudanças na Administração Pública brasileira: do Patrimonialismo ao Novo Gerencialismo | 26 |
| 2.2 MODELOS DE GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 28 |
| 2.2.1 Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira | 29 |
| 2.2.1.1 <i>Regime jurídico público sob gestão direta</i> | 29 |
| 2.2.1.2 <i>Regime jurídico público sob gestão indireta (descentralizada)</i> | 29 |
| 2.2.2 Organizações Sociais | 31 |
| 2.3 QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE | 34 |
| 2.3.1 Histórico da avaliação da qualidade em serviços de saúde | 34 |
| 2.3.2 Conceituando qualidade em serviços de saúde | 39 |
| 2.3.3 Acreditação em serviços de saúde | 42 |
| 2.3.3.1 <i>As agências brasileiras de acreditação</i> | 43 |
| 2.3.3.2 <i>Sistema de avaliação ONA</i> | 44 |
| 3 METODOLOGIA | 46 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 46 |
| 3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA | 46 |
| 3.3 <i>LOCUS</i> DA PESQUISA | 46 |
| 3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA | 47 |
| 3.5 COLETA DE DADOS | 47 |
| 3.5.1 Estudo da Rede Hospitalar da Bahia | 47 |
| 3.5.1.1 <i>Técnicas de pesquisa</i> | 48 |
| 3.5.2 Análise do Contrato de Gestão e Padrões de avaliação da ONA | 48 |
| 3.5.2.1 <i>Técnica de pesquisa</i> | 48 |
| 3.5.3 Análise dos resultados dos indicadores de qualidade apresentados pela Organização Social | 48 |

| | |
|--|-----------|
| 3.5.3.1 Técnicas de pesquisa | 49 |
| 3.5.4 Entrevistas com os gestores: da SESAB e dos hospitais estudados..... | 49 |
| 3.5.4.1 Técnicas de pesquisa | 49 |
| 3.5.5 Análise da satisfação dos usuários, por hospital, no período de 2017 a 2019 | 49 |
| 3.5.5.1 Técnicas de pesquisa | 50 |
| 3.6 PLANO DE ANÁLISE | 50 |
| 3.6.1 Estudo da Rede Hospitalar | 50 |
| 3.6.2 Análise dos Contratos de Gestão..... | 50 |
| 3.6.3 Análise dos resultados dos indicadores de qualidade apresentados pela Organização Social | 50 |
| 3.6.4 Análise da satisfação dos usuários, por hospital, no período de 2017 a 2019 | 51 |
| 3.6.5 Entrevistas com gestores: SESAB e dos hospitais estudados | 51 |
| 3.7 ASPECTOS ÉTICOS | 51 |
| 4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 53 |
| 4.1 REDE PÚBLICA HOSPITALAR ESTADUAL POR MODELO DE GESTÃO..... | 53 |
| 4.1.1 Caracterização dos hospitais gerenciados por OS conforme distribuição nas regiões de saúde, número de leitos, tipo de unidade e valor do Contrato de Gestão | 53 |
| 4.2 ANÁLISE DOS CONTRATOS DE GESTÃO..... | 57 |
| 4.3 INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO NO QUE SE REFEREM À ESTRUTURA, AO PROCESSOS E AOS RESULTADOS | 63 |
| 4.4 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE 2017 A 2019..... | 68 |
| 4.5 PERCEPÇÕES DO GESTOR DA SESAB E DIRETORES DOS HOSPITAIS QUANTO ÀS LIMITAÇÕES PARA GARANTIR PADRÃO DE QUALIDADE CONFORME DETERMINA O PEOS NA BAHIA | 73 |
| 4.5.1 Caracterização dos participantes | 74 |
| 4.5.2 Limites que dificultam assegurar a qualidade nos hospitais gerenciados por OS.. | 74 |
| 4.5.3 Potencialidades do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais... | 77 |
| 4.5.4 Limites e oportunidades de melhorias do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais na percepção da SESAB | 78 |
| 4.5.5 Potencialidades do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais na percepção da SESAB | 79 |

| | |
|---|-----|
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 80 |
| REFERÊNCIAS | 83 |
| APÊNDICE A — Protocolo de análise do Plano Estadual de Saúde e planilha de acompanhamento da Sais..... | 89 |
| APÊNDICE B — Roteiro de Análise Documental: Contrato de Gestão | 90 |
| APÊNDICE C — Roteiro de coleta dos resultados dos indicadores apresentados pela OSS 91 | |
| APÊNDICE D — Roteiro de entrevista com gestor do hospital/OSS | 92 |
| APÊNDICE E — Roteiro de entrevista Gestor da SESAB | 93 |
| APÊNDICE F — Padrões e requisitos ONA para acreditação Nível 1 | 94 |
| APÊNDICE G — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 107 |
| APÊNDICE H — Comparativo: obrigações da OS e aderência aos requisitos ONA, 2018.. | 109 |
| ANEXO A — Parecer CEP | 112 |

1 INTRODUÇÃO

O Estado brasileiro, a partir do século XX, passou por reformas na Administração Pública. A primeira delas ocorreu na era Vargas, em 1936, quando predominava o modelo burocrático de administração. Segundo Bresser-Pereira (2015), a reforma da Administração Pública do governo Fernando Henrique Cardoso, em 1995, é reconhecida como a segunda reforma administrativa do Brasil. A nova forma de organização estatal brasileira se apoia nos conceitos da Administração Pública gerencial como uma resposta à crise do Estado dos anos 1980 e à globalização da economia (BRESSER-PEREIRA, 2015).

Para esse autor, era necessária a reconstrução do Estado com a mínima intervenção estatal na economia para superar a crise fiscal e substituir a administração burocrática pela Administração Pública gerencial (BRESSER-PEREIRA, 1998).

A proposta governamental para enfrentamento da crise, delimitada no Plano Diretor de Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE), criou condições para que o Estado fortalecesse as funções de promotor e regulador do desenvolvimento econômico e social, deixando de ser responsável direto pela produção de bens e serviços. Dentre as ações propostas, destacam-se: privatização, descentralização e publicização. A privatização se refere à transferência para o setor privado das atividades que passam a ser controladas pelo mercado. A descentralização é a transferência para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvam o exercício do poder de Estado, como é o caso da prestação de serviços de saúde (BRESSER-PEREIRA, 1998, 2015). Já o termo publicização faz parte da tríade da reforma gerencial brasileira para aumentar a governabilidade e a governança do Estado e corresponde a “transformar uma organização estatal em uma organização de direito privado, mas pública não-estatal.” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 61).

Nesse sentido, o conceito de publicização emerge da classificação dicotômica entre público e privado, termos que são capazes de identificar a produção de bens e serviços que são financiados pelo Estado, mas que não são executados por uma entidade governamental, e, sim, por uma terceira entidade, denominada de não estatal, a Organização Social, definida como: “uma entidade pública de direito privado que celebra um contrato de gestão com o Estado e assim é financiada parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público” (BRESSER-PEREIRA, 1998, p. 70).

Assim, a proposta do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) foi flexibilizar a gestão e aumentar a *accountability* (SANO; ABRUCIO, 2008), ou seja, promover

a utilização de mecanismos que possibilitassem aos gestores de uma organização realizar a prestação de contas de suas ações de forma transparente, sendo responsabilizados pelos seus resultados.

Apesar das ideias inovadoras da Nova Gestão Pública (NGP), o PDRAE sofreu reações do Congresso Nacional e do funcionalismo público, além de um apoio difuso por parte da sociedade civil. Essas reações afetaram as medidas mais inovadoras de reformas da Administração Pública, fragilizando as Organizações Sociais (OS) que se originaram desse processo, sendo, então, pouco implementadas no governo federal (SANO; ABRUCIO, 2008).

Era crescente a preocupação dos governos, dos profissionais e dos gestores de saúde, da mídia e das Agências Reguladoras com a qualidade desses serviços. Rotineiramente, eram lançadas regulamentações que visavam oferecer ao usuário o máximo em qualidade; e, paradoxalmente, nem sempre elas eram seguidas. Conforme Rios e Mendes (2016, p. 266), avaliar e medir qualidade de serviços públicos reforça a vigilância sobre esse inestimável bem da coletividade, impedindo que, de um lado, terceiros gerem obstáculos e, de outro, que seu prestador, por ação ou omissão abusiva, desrespeite o direito dos administrados.

No que se refere aos serviços públicos de saúde, a garantia da qualidade da atenção hospitalar, a segurança do paciente e a efetividade dos serviços de saúde prestados estão entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Conforme orientação do Ministério da Saúde, o modelo de atenção hospitalar deve contemplar ações que assegurem a qualidade da atenção, e boas práticas em saúde devem ser implementadas para garantir a segurança do paciente, com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros, relacionados com os cuidados (BRASIL, 2017).

Na reforma gerencial do Estado brasileiro, o poder público delegou, para as agências autônomas e para as empresas privadas, a execução da maioria dos seus serviços, por meio de contratos administrativos e de Parcerias Público-Privadas (PPP). Em contrapartida, tornou-se necessário que o Estado continuasse a sua função de avaliação da eficiência e da qualidade dos serviços prestados pelos executores. Assim, a avaliação de serviços públicos nessas dimensões passou a ser atividade inerente do Estado (RIOS; MENDES, 2016).

No caso dos serviços de saúde, a avaliação da qualidade antecede a reforma Administrativa do Estado Brasileiro e tem como referência os Estados Unidos da América (EUA) e a Inglaterra. Desde o início do século XX, o debate sobre a qualidade dos serviços hospitalares estende-se nesses países. No Brasil, as primeiras iniciativas voltadas para a avaliação da qualidade do cuidado hospitalar advêm de 1985, com a morte do presidente eleito

Tancredo Neves por infecção hospitalar. Nos anos 1990, destaca-se a implantação do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, mais voltado para a indústria, em 1994. Em 1998, retoma-se a necessidade de estabelecer critérios e parâmetros para a avaliação da qualidade hospitalar, sendo publicado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar e constituído o Consórcio Brasileiro para Acreditação (MENDES, 1994; SILVA JÚNIOR, 2018; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; MENDES *et al.*, 2016).

Acreditação é um método de avaliação que surge no Brasil no início dos anos 1990, e que tem como uma das suas características a forma voluntária de participação da organização que será avaliada. Entretanto, não havia uniformidade de métodos em todo o País, surgindo daí a necessidade de unificação de requisitos e padrões para serem definidos como critérios de avaliação. Para Malik (2016), embora nem sempre a acreditação represente melhorias nos resultados, submeter-se ao processo de acreditação é uma evidência de que a organização se preocupa com a qualidade dos serviços.

Desse modo, em consonância com a proposta reformista que introduziu os conceitos de gestão e avaliação da qualidade na administração pública, um grupo no Ministério da Saúde foi encarregado pela divulgação, em âmbito nacional, do Programa Brasileiro de Acreditação. Assim, a partir da criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), em Saúde em 1999, e da primeira versão do Manual de Acreditação de Serviços de Saúde (1998), foi estabelecida a uniformidade na avaliação para atender as organizações com diferentes portes e especialidades.

No que se refere à acreditação hospitalar no Brasil, em janeiro de 2016, havia 254 hospitais acreditados (de um total de 6.099 hospitais gerais e especializados, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde — CNES), sendo que 77% deles foram certificados por meio da metodologia ONA de avaliação (MALIK, 2016; ONA, 2018).

Na Bahia, a Lei nº 8.647/2003 ampliou o papel das OS, instituindo o Programa Estadual de Organizações Sociais (PEOS), com o objetivo que as OS absorvessem as atividades e serviços de interesse público peculiares “ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico e institucional, à proteção e preservação do meio ambiente, bem como à saúde, ao trabalho, à ação social, à cultura, ao desporto e à agropecuária” (BAHIA, 2003). Para que as OS executem tais atividades e serviços, estas devem adotar critérios que assegurem padrão de qualidade na execução dos serviços e no atendimento ao cidadão, além de mecanismos que possibilitem integração entre setor público e privado e manter sistema de acompanhamento e avaliação da eficácia quanto aos seus resultados (BAHIA, 2003).

Observa-se que os objetivos da reforma do estado estão contemplados na Lei nº 8.647/2003. No inciso I do art. 1º da referida lei, enfoca-se a qualidade, mas não se refere aos padrões de avaliação, embora estes já existissem no Manual de Acreditação da ONA. De igual maneira, tem-se no inciso IV a avaliação da eficácia quanto aos resultados. A gestão baseada em resultados é um dos objetivos do Estado Gerencial.

Ainda no âmbito da regulamentação das OS, o Plano Estadual de Saúde da Bahia (PES, 2016-2019) estabeleceu como meta, até 2019, um quantitativo de 28 unidades da rede própria sob gestão indireta das Organizações Sociais de Saúde (OSS) (BAHIA, 2016). Segundo dados da Superintendência de Atenção à Saúde, até agosto de 2020, existiam 23 unidades de saúde pública sob gestão indireta, por meio de Contratos de Gestão (CG) entre a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e as nove OSS atuantes no estado. No município de Salvador, estão sete dessas unidades — duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e cinco unidades hospitalares, gerenciadas por três OSS.

Em 2018, 68,4% das despesas com saúde na Bahia foram executados na subfunção Assistência Hospitalar e Ambulatorial (BAHIA, 2019). Os pagamentos efetuados pelo Fundo Estadual de Saúde (FESBA) às OSS, no mesmo período, totalizaram R\$ 845.574.534,15, o que correspondeu a, aproximadamente, 15% do total das despesas com saúde no período.

Na condição de auditora da SESAB, esta pesquisadora observou que o Município de Salvador sedia 30% dos serviços estaduais integrantes do PEOS e que, deste percentual, 71% correspondem a serviços de saúde prestados por unidades hospitalares. Observou, ainda, que os hospitais gerenciados por OS não são acreditados e que não houve êxito na oferta desses serviços, porque os objetivos iniciais, em especial acerca da qualidade nos serviços assistenciais oferecidos, não foram atingidos. A partir dessas observações, apresentam-se as seguintes premissas: a) os hospitais gerenciados pelas OS encontram limites estruturais e nos processos de produção que dificultam assegurar a qualidade da atenção, em conformidade com o pactuado no CG; b) os indicadores de qualidade pactuados no CG não consideram a metodologia e os padrões definidos pela ONA, mas terminologias e aspectos difundidos pelo Estado Gerencial, a exemplo da gestão baseada em resultados, sendo estes medidos pela satisfação do cliente e eficiência, medida pela razão entre custos e número de procedimentos realizados.

Assim, emerge o interesse da autora desta dissertação pela avaliação da qualidade em hospitais da rede própria do estado da Bahia, localizados na capital baiana, geridas por OS, no período de 2017 a 2019, por ser um período de consolidação e ampliação do Programa de Organizações Sociais como Política de Saúde na Bahia.

Os CG determinam que as OS são responsáveis pela gestão da qualidade em saúde nas unidades sob seu gerenciamento e definem indicadores de qualidade que medem aspectos relativos ao custo, ao faturamento e à efetividade da gestão da unidade de saúde. Nesse sentido, a análise preliminar dos relatórios de auditorias realizadas pelo componente estadual de auditoria (Auditoria SUS/BA — SESAB), no período de janeiro 2016 a março de 2019, concluiu que a implementação do PEOS, na área da saúde, não alcançou o conjunto dos seus objetivos iniciais, uma vez que foram observadas fragilidades na gestão administrativa relacionadas com os processos de gestão de suprimentos, gestão de pessoal, gestão de patrimônio e gestão de acesso aos serviços. Além disso, a análise evidenciou irregularidades na gestão financeira, constatou baixo desempenho no alcance das metas contratuais, como também dificuldades da SESAB para o efetivo controle e acompanhamento dos CG.

A partir do panorama histórico exposto acima, este estudo tem como objeto de investigação a avaliação da qualidade dos serviços hospitalares da rede própria da SESAB, em hospitais do Município de Salvador, inseridos no PEOS, no período de 2017 a 2019. Considerando que o PEOS tem como um dos seus princípios básicos assegurar o padrão de qualidade na execução dos serviços não estatais, questiona-se: como os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, asseguraram a qualidade da assistência conforme o CG, no período de 2017 a 2019?

Para responder a essa questão, apresenta-se como objetivo geral: avaliar como os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, asseguraram a qualidade da assistência, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no CG, no período de 2017 a 2019.

Têm-se, como objetivos específicos:

- 1) Caracterizar a rede hospitalar da Bahia sob gestão de OSS, selecionando-se hospitais estaduais, em Salvador;
- 2) Analisar, criticamente, os CG entre a SESAB e as OS dos hospitais estaduais de Salvador, no que se refere à qualidade, identificando como os indicadores do CG se aproximam ou se distanciam dos padrões da ONA; e propor melhorias para avaliação da qualidade nos hospitais sob esse modelo de gestão;
- 3) Examinar os indicadores de qualidade apresentados pelos hospitais pesquisados, de acordo com os padrões da ONA e as metas contratuais estabelecidas entre 2017 e 2019;

- 4) Interpretar o grau de satisfação dos usuários, no que se refere à qualidade da assistência, considerando os resultados de pesquisas aplicadas pelas OSS entre 2017 e 2019;
- 5) Identificar, na percepção dos gestores da SESAB e das OSS, limitações e potencialidades para garantir padrão de qualidade conforme determina o PEOS na Bahia.

A ausência de produção científica brasileira sobre avaliação da qualidade em hospitais gerenciados por OSS indica uma lacuna teórica. Pesquisa realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Portal de periódicos da CAPES, Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações e SciELO resultou em 67 artigos, seis teses e 14 dissertações referentes ao tema avaliação da qualidade em hospitais, sendo que não foram encontrados estudos de avaliação da qualidade em hospitais gerenciados por OSS. A pesquisa utilizando os descritores “organizações sociais” e hospitais combinados com o operador “AND” no mesmo período, nas bases da BVS, resultou em oito trabalhos, sendo cinco artigos e três teses. Isso demonstra a necessidade de aprofundamento sobre o tema. Ressalte-se ainda que a maioria dos estudos de avaliação, considerando o modelo das OS, realizados em período anterior a 2015, foi desenvolvida no estado de São Paulo, corroborando a importância do presente estudo, já que tem o estado da Bahia, pioneiro na implantação de OSS, como local da pesquisa empírica (RAVIOLI; SOÁREZ; SCHEFFER, 2018).

A Gestão Indireta de hospitais da rede pública, por meio de CG, configura-se consolidada na Política de Saúde do Estado da Bahia. Assim, os resultados deste estudo, ao avaliar a qualidade da atenção em hospitais públicos geridos por OSS, pode contribuir para o fortalecimento do poder regulador do Estado, além de subsidiar a tomada de decisão do gestor e apresentar relevantes subsídios para a Política de Saúde no Estado da Bahia.

Nesta investigação, utiliza-se como principal referência teórica a Tríade Donabedian cuja avaliação é baseada nas seguintes dimensões: estrutura, processo e resultados, além de considerar a metodologia da ONA, que também se fundamenta na obra de Donabedian e busca aprimorar a gestão, a qualidade e a segurança no setor saúde por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) (DONABEDIAN, 1986, 1990, 2005, 2015; ONA, 2018).

Além desta introdução e das considerações finais, este estudo está composto por mais três seções, organizadas na seguinte forma: a primeira seção é o referencial teórico e trata da evolução do processo de avaliação no contexto das mudanças na Administração Pública, discute

os modelos de gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a gestão hospitalar por OS e os CG, além de definir o conceito de qualidade em serviços de saúde; a segunda seção se refere aos aspectos metodológicos; e a terceira apresenta e discute os resultados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AVALIAÇÃO E MUDANÇAS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Esta seção objetiva descrever a evolução do processo de avaliação no contexto das mudanças dos modelos de gestão dos serviços públicos. Inicialmente, são apresentadas as fases da avaliação e, posteriormente, trata-se das mudanças na Administração Pública brasileira.

2.1.1 Evolução do processo de avaliação

A avaliação de programas públicos surgiu após a Segunda Guerra Mundial, corroborando o papel que o Estado deveria desempenhar a partir de então, que era o de substituir o mercado nas áreas de educação, emprego, saúde etc. Para tanto, era necessário encontrar meios para que a aplicação dos recursos fosse a mais eficaz possível, necessitando-se da avaliação (CHAMPAGNE *et al.*, 2016).

Os estudos no campo da avaliação são marcados por quatro gerações, conforme Quadro 1.

Quadro 1 — Características das quatro gerações da avaliação

| Geração | Período | Características |
|------------|-------------------------|---|
| 1ª Geração | 1800 até os anos 1930 | Avaliação era relacionada à medida. Seu objetivo era observar as diferenças em relação às normas. Era uma avaliação normativa e limitava-se a atividades de medida, coletas de dados e análises quantitativas. |
| 2ª Geração | 1930 a 1960 | Caracteriza-se pela descrição e sofreu influência da crise econômica dos anos 30 e das pesquisas em Ciências Sociais. A avaliação incorpora uma nova abordagem: entender em que medida um programa atende aos seus objetivos. Foi o início da avaliação formativa e, nesse período, ela está relacionada com o controle da ação administrativa. |
| 3ª Geração | 1950 a 1970 | A avaliação se caracterizava pela necessidade de julgamento para certificar-se de que os investimentos feitos pelo poder público foram adequados, e está relacionada com o fortalecimento da vigilância dos processos administrativos. É nessa época que a avaliação se expande, ganha legitimidade e inicia a sua institucionalização. |
| 4ª Geração | 1990 até os dias atuais | Denominada de abordagem alternativa ou avaliação responsiva e construtivista. |

Fonte: Champagne *et al.* (2016), adaptado pela autora.

O Quadro 1 demonstra que, historicamente, a avaliação se inicia verificando a adequação à norma, por isso é a fase normativa; após, enfoca se o que está sendo avaliado atingiu os objetivos a que se propôs (fase formativa). Em seguida, observa se os processos e os investimentos são adequados, caracterizando-se pela institucionalização da avaliação. Em todas as fases, há a noção de qualidade, pois está implícito atribuir juízo de valor a alguma coisa. Nesse sentido, se o julgamento for positivo, pode-se dizer que se tem qualidade.

Na década de 1970, a avaliação se profissionalizou, entre outras razões, devido ao surgimento de associações profissionais comprometidas com a promoção de atividades avaliativas. No campo da saúde, Hartz (2008) delimita os contornos da avaliação no âmbito dos programas e políticas sociais ao expressar que:

[...] avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, se posicionarem e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento capaz de ser traduzido em ação (2008, p. 50).

Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), ou de uma elaboração investigativa a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CHAMPAGNE *et al.*, 2016).

Para Malik e Schiesari (1998), a avaliação é um processo por meio do qual se determina valor a algo. Isto é, trata-se de determinar se um certo objeto, sobre o qual se tem conhecimento prévio sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, se um serviço está sendo prestado da maneira mais eficiente ou mais eficaz. Nesse enfoque, a avaliação tem o objetivo de conhecer e aprimorar determinado objeto/serviço.

No que se refere à avaliação no setor público, a partir da década de 1990, a objetividade da avaliação proposta, até então, começou a ser questionada por ser concebida pelos próprios administradores como ferramenta a serviço das estratégias políticas. Além disso, ganhou importância a avaliação que considerasse o ponto de vista dos diversos atores envolvidos, tornando-se mais permeável à participação dos atores das ações sociais (DUBOIS; CHAMPAGNE; BILODEAU, 2016).

No Brasil, do ponto de vista normativo, a Constituição Federal de 1988 é o alicerce de toda a inovação do Estado em qualidade e avaliação em serviços públicos.

Quadro 2 — Marco legal vigente para qualidade e avaliação em serviços públicos no Brasil

| Norma | Ano | Conteúdo |
|-------------------------------|------------|---|
| Constituição Federal | 1988 | Qualidade, avaliação e eficiência são expressões introduzidas com a Emenda Constitucional nº 19, de 4 de junho de 1998, e podem ser observadas na leitura dos seguintes artigos: art. 37, § 3º, I e § 8º, I e II; art. 39, § 7º; art. 209, II; art. 211; § 1º; art. 212, § 3º e art. 214, III, todos da Constituição Federal; e art. 60, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. |
| Lei Federal nº 8.987 | 1995 | Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos, previsto no art. 175 da Constituição Federal, o qual estabelece o núcleo principiológico de avaliação de todo o serviço público. |
| Lei Federal nº 9.637 | 1998 | Dispõe sobre a qualificação de entidades como OS, a criação do Programa Nacional de Publicização. Introduce o CG como instrumento firmado entre o poder público e a entidade qualificada como OS, destacando-se, entre suas cláusulas obrigatórias (art. 7º), a especificação do programa de trabalho proposto pela OS, a estipulação das metas a serem atingidas e os respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade. |
| Lei Federal nº 1.079 | 2004 | Instituiu normas gerais para licitação e contratação de PPP na Administração Pública. No que se refere à qualidade dos serviços prestados por elas, prevê a obrigatoriedade de cláusula contratual com critérios objetivos de avaliação de desempenho do parceiro privado, com remuneração variável vinculada ao seu desempenho, conforme metas e padrões de qualidade. |
| Decreto Presidencial nº 5.378 | 2005 | Instituiu o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública) e o Comitê Gestor do Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização. Sua finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos (eficiência, eficácia e efetividade). |
| Decreto Presidencial nº 6.932 | 2009 | Cria a “Carta de Serviços ao Cidadão” e a pesquisa de satisfação entre usuários de serviços públicos e disciplina os vetores das relações entre o Poder Público e o cidadão. Revogado pelo Decreto nº 9.094, de 17 de julho de 2017, e atualizado pelo Decreto nº 10.178, de 18 de dezembro de 2019. |

Fonte: Rios e Mendes (2016), adaptado pela autora.

A análise dos marcos regulatórios introduzidos na Administração Pública e apresentados no Quadro 2 revela que o desafio enfrentado sobre qualidade e avaliação em serviços públicos no Brasil é de natureza gerencial. A partir desse entendimento, desde a década de 1990 que, nesse setor, busca-se um novo paradigma de avaliação da gestão pública focado em resultados, na eficiência e orientado para a satisfação do cidadão.

Dessa forma, pode-se concluir que, em diferentes períodos da história, as abordagens e os métodos da avaliação não pararam de evoluir, contudo, cada geração é marcada pela persistência de algumas características, sendo que a quarta geração é marcada pela negociação. Ressalte-se que a Administração Pública não ficou imune a essa atividade e conduziu mudanças

ou reformas administrativas que, por vezes, incorporam métodos de avaliação contribuindo para a institucionalização da atividade avaliativa nos serviços públicos.

Nesse contexto, a avaliação não é mais uma atividade apenas técnica, mas também prática e emancipatória. Ela propicia ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada, incentivando-os a participarem ativamente do seu aperfeiçoamento.

Em que pese tal evolução, a avaliação em serviços de saúde, ao basear-se na acreditação hospitalar, parece estar inserida na terceira geração na qual prevalece uma prática profissionalizada da avaliação, baseada em padrões definidos por associações profissionais e criação de agências acreditadoras, que conduzem os processos de avaliação, embora a avaliação de resultados seja, geralmente, guiada pelas medidas de satisfação dos usuários.

2.1.2 Mudanças na Administração Pública brasileira: do Patrimonialismo ao Novo Gerencialismo

No Brasil, até 1930, o modelo patrimonialista predominava na Administração Pública. O aparelho do Estado funcionava como uma extensão do poder do soberano, e os seus auxiliares (servidores) possuíam status de nobreza real, caracterizando-se pela centralização e nepotismo. Nesse contexto, é possível inferir que a avaliação dos serviços públicos, no País, não era cogitada (COELHO, 2016).

No seu primeiro governo, o Presidente Getúlio Vargas implementou as ideias de Max Weber na Administração Pública brasileira, denominada de Administração Burocrática. Esta caracteriza-se pelo controle rígido dos processos, hierarquia, formalidade, carreira pública e ascensão baseada na meritocracia, criação do Departamento de Administração do Serviço Público (DASP). Com a Administração Pública burocrática, as iniciativas de avaliação eram centralizadas e baseadas em controle dos processos (COELHO, 2016). Com a segunda reforma administrativa e a adoção da abordagem do Novo Gerencialismo, propõe-se uma administração pautada na eficiência e uma avaliação voltada para os resultados.

As ações governamentais brasileiras em torno da avaliação e da qualidade em serviços públicos se iniciam no bojo da segunda Reforma Administrativa do Estado já que, em resposta à crise do Estado Burocrático, há uma série de investimentos estatais no sentido de tornar os serviços mais eficientes. Nessas circunstâncias, o Estado passa a delegar as funções de execução dos serviços a agências autônomas e a empresas privadas, por meio de contrato administrativo

— terceirizações comuns, concessões, permissões, autorizações e PPP. Impõe-se, então, a necessidade da avaliação sobre a prestação desses serviços (RIOS; MENDES, 2016). A avaliação assume relevância no contexto da Administração Pública Gerencial, que tem origem no debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América Latina durante as décadas de 1980 e 1990.

No Brasil, a adoção do Novo Gerencialismo se dá em meio a um movimento internacional de reforma do aparelho do Estado, que teve início na Europa (principalmente na Grã-Bretanha) e nos EUA. Ganhou força nos anos 1990, com o debate da reforma gerencial do Estado, com a crise do nacional-desenvolvimentismo e com as críticas ao patrimonialismo e ao autoritarismo do Estado brasileiro que estimularam a emergência de um consenso político de caráter liberal, baseado na articulação das seguintes estratégias: a) estratégia de desenvolvimento dependente e associado; b) as estratégias neoliberais de estabilização econômica; c) as estratégias administrativas dominantes no cenário das reformas orientadas para o mercado (MENDES, 2000). A adoção de tais estratégias impactou na organização do trabalho no setor público. Criaram-se outras formas de gestão (a exemplo das OS), controle e agências indiretas de prestação de serviços sociais. Essas agências, ao se orientarem pelos imperativos da competição, trouxeram consequências para a força de trabalho, que teve de aumentar a produtividade, frequentemente por meio da intensificação do trabalho.

Em relação ao alto controle da burocracia estatal, Weber questionava se deveria estar com os burocratas ou com os políticos profissionais, preferindo os últimos, porque, segundo ele, poderiam tornar-se líderes autênticos, pois atuariam em um contexto institucional que torna os dirigentes responsáveis pela qualidade política de seus atos. Weber apostava nos mecanismos de regulação do aparelho burocrático pela sociedade, por intermédio de um parlamento forte. Já os defensores das ideias do Novo Gerencialismo, ao proporem a “desregulamentação”, enfraquecem a esfera estatal, repassando o controle sobre a prestação de serviços públicos para o ambiente externo, para a “sociedade”, independentemente de suas condições. Se esse ambiente “externo” for pautado por valores de solidariedade, igualdade e democracia, os resultados são diferentes de um ambiente balizado por valores opostos (MENDES, 2000).

Ainda de acordo com Mendes (2000), como principais justificativas para a adoção do Novo Gerencialismo, apresentaram-se: a) gerência passaria a ser o foco privilegiado das reformas organizacionais e, independentemente da natureza do problema, a inovação na esfera gerencial seria a solução; b) os governos da era industrializada, com burocracias centralizadas e padronizadas, não estavam à altura dos desafios de uma sociedade pós-industrializada,

baseada no conhecimento e na informação; c) existência de descompasso entre a Administração Pública burocrática e a sociedade baseada nas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC).

Entende-se que o Novo Gerencialismo não é uma categoria homogênea. De igual maneira, embora os modelos patrimonialista, burocrático e gerencialista, decorrentes das mudanças na Administração Pública, sucedam-se no tempo, não se pode dizer que nenhum tenha sido extinto, convivendo a Administração Pública brasileira, simultaneamente, com as características dos três modelos.

2.2 MODELOS DE GESTÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Esta seção objetiva discutir sobre os principais modelos de gestão adotados pelos serviços hospitalares do SUS, a partir da reforma do Estado Brasileiro na década de 1990. Para tanto, são apresentados aspectos referentes aos hospitais gerenciados pela Administração Direta e pela Administração Indireta, que é o caso da OSS (foco do presente trabalho) e os CG, no que se refere à avaliação da qualidade.

A reforma do Estado Brasileiro nos anos 1990 trouxe “inovações” para a gestão pública com características que objetivavam maior flexibilidade da administração para compras, contratação de recursos humanos e gestão financeira. Ademais, os mecanismos de gestão deveriam priorizar resultados, satisfação do usuário e qualidade dos serviços públicos. Assim, no bojo da reforma do Estado surge a intenção de “enxugar” o Estado com a transferência dos serviços não exclusivos, como saúde, educação e cultura, para entidades privadas (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; REIS; ABRUCIO, 2008; TURA, 2013; COELHO, 2018; SANO;).

Entre os serviços que compõem o SUS, estão os serviços hospitalares, que, segundo Ibañez e Vecina Neto (2007), é um dos problemas do sistema público de saúde no que se refere à gestão; sendo o grande desafio da Administração Pública a capacitação profissional para gerir estas organizações complexas, marcadas pelo descompasso entre o perfil epidemiológico da população (doenças crônicas, como diabetes, hipertensão, neoplasias) e a oferta de serviços (Emergências, UPA), pela incapacidade de desenvolver e incorporar as inovações tecnológicas e gerenciais, assim como pela dificuldade de fazer funcionar as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

De acordo com Ibañez e Vecina Neto (2007), no Brasil, a crise do setor hospitalar se caracterizava principalmente por: falta de capacitação gerencial, ineficiência, muitas vezes,

com alto custo e baixo resultado. No conjunto da reforma do Estado, este passa a se desresponsabilizar pela execução direta das atividades administrativas no setor hospitalar, reconhecendo-o então como um espaço público não estatal, promotor de serviços públicos, compreendendo, portanto, as novas modalidades de GI na Administração Pública (REIS; COELHO, 2018).

Como especificidade do modelo brasileiro de gestão hospitalar, de acordo com essas inovações, há os modelos jurídico-administrativos da administração indireta (autarquias, empresas públicas) ou, ainda, as fundações de direito privado, de apoio à administração direta e, posteriormente, o modelo das OS, formulado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (BRASIL, 1997).

No setor saúde, especificamente nos hospitais, o parâmetro utilizado para buscar introduzir essas inovações gerenciais foi a busca pela eficiência. Nesse caso, exige-se mais autonomia e, por conseguinte, menos controle e menor subordinação a um poder central (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

2.2.1 Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira

2.2.1.1 Regime jurídico público sob gestão direta

Correspondem aos serviços prestados por órgãos de governo nas diferentes esferas da federação brasileira (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). As organizações sob gestão direta não têm personalidade jurídica própria e são subordinadas ao regime administrativo de direito público, sem autonomia administrativa, financeira e orçamentária (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

2.2.1.2 Regime jurídico público sob gestão indireta (descentralizada)

É composta de pessoas administrativas com personalidade jurídica distinta, o que a faz indireta e com certa autonomia, definida em sua lei de criação (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007). Os modelos presentes na Administração Pública no Brasil estão descritos no Quadro 3.

Quadro 3 — Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira — Regime Jurídico Público

| Personalidade jurídica | Características |
|-------------------------------|--|
| Autarquia | Usada pelo Estado para a gestão descentralizada na execução de suas tarefas típicas, como exercer o poder de polícia. Mas tem sido usada para ensino (universidades), saúde (hospitais como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP — FMUSP), indústria (Indústria Química do Estado de Goiás — Iquego). |
| Fundação de Direito Público | São as Fundações que existiam quando da promulgação da Constituição de 1988. São, por exemplo, as utilizadas pelos Hemocentros e parte das universidades federais. |
| Consórcio Público | Entes de cooperação entre municípios e/ou entre estados, criados por lei e com autorização expressa dos legislativos envolvidos, com o objetivo de gerenciar um bem comum, como uma usina de asfalto, um hospital regional, uma região de saúde etc. |

Fonte: Ibañez e Vecina Neto (2007), adaptado pela autora.

Sobre consórcios intermunicipais de saúde, Flexa e Barbastefano (2019) afirmam que há necessidade de realizar estudos que avaliem as questões relacionadas com sua governança, pois são fatores que apontam o seu desempenho e pouco se conhece sobre essas estruturas e mecanismos de funcionamento, sendo assim um desafio a sua implementação devido à variedade de atores envolvidos. No entanto, os autores observaram como resultados os ganhos evidentes com a adoção de consórcios intermunicipais de saúde, principalmente, entre municípios de pequeno e médio portes; e que os governos estaduais podem ser fortes indutores dessa estratégia de gestão. Esses resultados coadunam com a realidade do estado da Bahia em que o governo adotou esse modelo para ampliar a atenção a saúde na média e alta complexidade em municípios baianos.

Quadro 4 — Modelos de gestão segundo personalidades jurídicas da Administração Pública brasileira — Regime Jurídico Privado

| Personalidade Jurídica | Características |
|-------------------------------------|--|
| Fundação Pública de Direito Privado | Entidade integrante da Administração Pública indireta, com autonomia administrativa, financeira, orçamentária e patrimonial. |
| Empresa Pública | Instituída por Lei para intervir no espaço econômico em igualdade de condições. |
| Sociedade Anônima | Forma do Estado intervir no domínio econômico, criando sociedades anônimas por ações, como a Petrobras, o Banco do Brasil etc. |
| Serviço Social Autônomo | Foi utilizada para gerenciar serviços de saneamento básico, ou seja, dar condições ao Estado para construir, operar e cobrar por esse serviço. |

| | |
|---|--|
| | Também é a forma de se expressarem os serviços sociais de apoio à indústria e ao comércio. São criados por lei federal e financiados com recursos dos empregadores (todo o Sistema “S”, como: SESC, SESI, SENAC, SENAI). |
| Organização Social | É regida pela Lei nº 9.637/98. Tem personalidade jurídica de direito privado, não estando submetida às normas do direito público. As obrigações são estabelecidas no CG; associação sem finalidade lucrativa ou fundação de direito privado qualificada pelo poder público para exercer atividade pública descentralizada, com o objetivo específico de oferecer mais autonomia e flexibilidade ao serviço público aumentando a eficiência e a qualidade. Trabalhadores contratados sob regime CLT, sem concurso público. Tem incentivos tributários. Na área da saúde, foi implementada como alternativa à gestão hospitalar pública. |
| Organização Social Civil de Interesse Público | É regida pela Lei nº 9.790/99. São entidades civis sem fins lucrativos, instituídas por iniciativa de particulares, qualificadas pelo poder público, não estando submetida às normas do direito público. As obrigações são estabelecidas pelo Termo de Parceria. Objetivos: ampliar o universo de entidades com possibilidade de parceria com o setor público fora daquelas definidas como utilidade pública e fortalecer o terceiro setor para o fomento de projetos relevantes. |
| Outras situações Fundações de Apoio | Nasceram como instituições privadas, voltadas exclusivamente para apoiar um órgão público. Assim, elas têm um patrimônio (como de resto todas as Fundações), instituído por particulares, mas afetado pelo objetivo de apoiar o setor público. |

Fonte: Ibañez e Vecina Neto (2007), adaptado pela autora.

2.2.2 Organizações Sociais

A marca da Reforma Gerencial foi a modificação na forma de administrar a oferta dos serviços. O principal objetivo da reforma era tornar o Estado democrático e eficiente mediante implantação de uma gestão de qualidade, voltada para resultados, seguindo a linha da NGP; e o estado de São Paulo foi onde essa forma de gestão mais se difundiu (SANO; ABRUCIO, 2008; FERNANDES, 2017).

Nesse contexto, as OS são um modelo de organização pública não estatal proposto para absorver atividades publicizáveis mediante qualificação específica. Essas organizações são instituídas por associações sem fins lucrativos e têm o objetivo de atender ao interesse público. São qualificadas pela própria Administração Pública e, a partir disso, estão aptas a receber recursos públicos, além de administrar bens e equipamentos do Estado (FERNANDES, 2017).

A relação da OS com o Estado se dá por meio de um CG, o qual estabelece metas de desempenho que garantam a qualidade e a efetividade dos serviços prestados ao público

(BRASIL, 1997). No período 1995 a 1998 — primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), defendiam-se o modelo de OS porque essas organizações garantiriam maior autonomia e flexibilidade de gestão nos serviços públicos de saúde e educação. Em pouco tempo, no estado de São Paulo, qualificaram-se 9 entidades como OS na área da Saúde, responsáveis pelo gerenciamento de 16 hospitais; e o estado da Bahia foi pioneiro na adoção desse modelo de gestão hospitalar por meio de uma política de incentivo às OSS, sob o discurso da eficiência.

A Lei Estadual nº 7.027, que instituiu o Programa de Incentivo às Organizações Sociais, na Bahia, foi promulgada em janeiro de 1997; sendo regulamentada em junho de 1997 pelo Decreto nº 6.480 e, em novembro, pelos Decretos nº 7.007 e nº 7.008. Entretanto, no Congresso Nacional, a Medida Provisória (MP) nº 1.591/97 foi transformada na Lei nº 9.637, em 1998 (BRASIL, 1997, 1998). Esta última, além de dispor sobre a qualificação das OS, instituiu o Programa Nacional de Publicização e extinguiu órgãos federais, que tiveram suas funções absorvidas pelas novas entidades (FERNANDES, 2017; SANO; ABRUCIO, 2008).

Percebe-se que a Lei das OS, na Bahia, foi estabelecida antes da lei federal, destacando o protagonismo do estado da Bahia na criação e inclusão dessas entidades. A promulgação da lei federal e estadual não foi suficiente para a atuação das OS. As discussões na sociedade remetiam a irregularidades jurídicas dessas organizações não estatais. Em pouco tempo, apesar das ideias inovadoras trazidas pelo Novo Gerencialismo, o PDRAE sofreu uma reação do Congresso Nacional e do funcionalismo, além de um apoio difuso por parte da sociedade civil. Essas reações afetaram as medidas mais inovadoras de reforma da Administração Pública, e as OS nasceram então fragilizadas, sendo pouco implementadas no governo federal (PINTO, 2004).

Nesse contexto, vários movimentos foram desencadeados. No âmbito nacional, foi impetrada a Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1923-5 no STF, com questionamentos referentes ao processo discricionário da seleção da OS, pelo governo federal, à cessão de servidor público para a entidade, com ônus para a Administração Pública com o entendimento de que ao Poder Público não é facultado pôr à disposição de entidades privadas servidores públicos por ela custeados; a desobrigação da OS de licitar, em suas compras e contratações, e de realizar concurso público para a contratação de seus empregados; entre outros. No estado da Bahia, o Ministério Público instaurou ação civil pública contra o Estado, durante o processo de tentativa da publicização do Hospital Geral Roberto Santos, em Salvador, pois o próprio diretor

do hospital era dirigente da OS candidata à seleção pública, o que beneficiava, diretamente, pessoas vinculadas à Administração Pública (PINTO, 2004).

Assim, mudou-se o rumo da gestão indireta na Bahia; e, a partir de 1996, a terceirização passou a ser a principal modalidade de gestão dos hospitais públicos estaduais. Desse modo, em 2001, havia 12 unidades hospitalares administradas pela iniciativa privada, sob terceirização, distribuídas em dez municípios do estado. Na Bahia, as terceirizações eram alicerçadas pela Lei nº 8.666/93, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a serviços, no âmbito dos poderes concernentes aos entes federados (BRASIL, 1993). Porém, o contrato administrativo deveria ser utilizado para a aquisição de serviços de saúde, não para a terceirização da gestão de unidades de saúde da rede própria. Dessa maneira, as terceirizações foram se “apossando” da gestão indireta hospitalar, sem uma legislação que autorizasse, de fato, esse tipo de contrato (REIS; COELHO, 2018).

Ao longo da reforma gerencial, na Bahia, havia argumentos contrários e favoráveis às OSS, influenciados por ideologia dos grupos políticos em disputa. Esses argumentos respaldavam tanto os discursos do sucesso da implantação das OSS quanto os que relativizavam o sucesso do empreendimento, levantando seus verdadeiros custos ao tesouro. Em 2003, as OSS reemergiram a partir da Lei Estadual nº 8.647/03, que atualizou o PEOS, e do Decreto nº 8.890/04, dando-lhe nova regulamentação. As terceirizações, a partir de então, foram perdendo espaço para as OSS, sendo estabelecido, em 2005, o primeiro contrato com OSS na Bahia (REIS; COELHO, 2018).

Ainda sobre publicização de unidades hospitalares, Santos e colaboradores (2018) registraram baixa correlação entre metas contratuais e necessidades de saúde do território. Outrossim, sobre a metodologia de monitoramento e controle da tecnoestrutura, perceberam grande fragilidade devido à insuficiência de indicadores e à incipiente análise crítica do desempenho hospitalar apresentadas nos relatórios. Consideraram que o modelo, com base doutrinária gerencialista, foi implementado sem simultânea melhoria do monitoramento, o que fragiliza o poder regulatório do Estado.

Soares e colaboradores (2016), em estudo de revisão, afirmam que até o ano de 2015, os estudos publicados sobre as OSS são metodologicamente insuficientes e não permitem generalizações sobre a maior eficiência dessas organizações em relação à Administração Pública direta, mas, ainda assim, há fortes argumentos legais, administrativos e políticos que sugerem que as OSS não se constituem soluções para resolver os problemas de gestão de serviços no SUS. Concluem que, embora esse modelo se apresente como “sem fins lucrativos”

ou filantrópico e fundamentado em técnicas gerenciais modernas e eficientes, as OSS tendem a fortalecer a privatização do sistema público de saúde brasileiro.

Santana (2014), em estudo comparativo, avaliou como estímulos trazidos pelos programas focados no aumento da eficiência influenciaram no desempenho dos diferentes hospitais públicos de ensino, no estado de São Paulo, concluindo que os Hospitais de Ensino e gerenciados por OS tiveram evolução significativamente crescente dos indicadores assistenciais, bem como a produtividade mais elevada quando comparados com os demais grupos. Segundo o autor, as OS foram as entidades administrativas que apresentaram melhor elevação do desempenho assistencial ao longo dos cinco anos estudados, quando imersas em um ambiente lastreado pelo princípio da eficiência e pela busca de melhorias contínuas de resultados.

2.3 QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Esta seção objetiva apresentar o histórico da avaliação da qualidade em serviços de saúde, sua conceituação, enfocando-se a acreditação nesses serviços. Para tanto, o presente estudo se fundamenta principalmente na obra de Avedis Donabedian (1986, 1990, 2005, 2015), referência pioneira utilizada em muitas pesquisas na perspectiva da avaliação em serviços de saúde, e no Manual de Acreditação, versão 2018 da ONA.

2.3.1 Histórico da avaliação da qualidade em serviços de saúde

Nos EUA, em 1910, a publicação do Relatório Flexner, cujo objetivo foi avaliar a educação médica americana e canadense, identificou falhas comprometedoras da qualidade do cuidado em hospitais, daí propôs e divulgou medidas para a melhoria da qualidade nos serviços hospitalares. A partir dessa divulgação, algumas ações foram tomadas, tais como: o Colégio Americano de Cirurgiões propôs, em 1913, parâmetros de avaliação da qualidade para o controle do exercício profissional e, em meados de 1924, foi implantado o Programa de Padronização Hospitalar (PPH).

Após a Segunda Guerra Mundial, aumentou a procura por especialidades médicas não cirúrgicas, elevaram-se os custos da assistência médico-hospitalar, houve também aumento da quantidade de organizações prestadoras de serviços de saúde. Em 1949, o Colégio Americano de Cirurgiões iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, a Associação Médica

Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e à promoção da acreditação hospitalar (MENDES, 1994; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005; MENDES *et al.*, 2016; SILVA JÚNIOR, 2018).

Essa união deu origem, nos EUA, em 1951, à Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que, logo em dezembro de 1952, delegou oficialmente o Programa de Acreditação a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCHO). Na década de 1960, a JCHO buscou modificar o grau de exigência, enumerando como atributos dos padrões: a) foco nas funções e aspectos da assistência são essenciais para a qualidade dos cuidados e para um ambiente seguro; b) ser aplicável a todas as organizações e serviços; c) ser consensuais quanto ao estado da “arte” — desenvolvimento da medicina; d) possuir princípios e objetivos; e) ser razoáveis e alcançáveis; e) ser passíveis de apuração, ou seja, mensuráveis.

O médico e pesquisador norte-americano Avedis Donabedian realizou inúmeras pesquisas sobre avaliação em serviços de saúde, com base nas abordagens de: estrutura, processo e resultado, que ainda hoje norteiam a maioria dos trabalhos sobre o tema. No que se refere à estrutura, avalia-se tudo o que está relacionado com o cuidado, como, por exemplo: infraestrutura física, equipamentos, número de especialistas, número de profissionais da enfermagem por leito etc. No que corresponde ao processo, há padrões de como proceder, observando-se se estes foram ou não seguidos. Para avaliar os processos, é recomendável a técnica da revisão por pares, ou seja, cada *expert* da categoria profissional avalia o trabalho da mesma categoria (médicos avaliam médicos, odontólogos avaliam odontólogos etc.). Já os resultados da assistência são avaliados mediante indicadores epidemiológicos, a exemplo de: taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar em cirurgia limpa, taxa de satisfação dos usuários etc.

No Brasil, a primeira avaliação relativa à melhoria da qualidade em hospitais data de 1935, quando foi elaborada uma ficha de inquérito para a Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde. Em 1941, criou-se a Divisão de Organização Hospitalar (DOH); e, em 1951, foi realizado o 1º Congresso do Capítulo Brasileiro do Colégio Internacional de Cirurgiões. Nesse Congresso, foram estabelecidos os primeiros padrões¹ mínimos para Centros

¹ Padrão: é o modelo ou o valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto, considerado como ideal, podendo ou não ser expresso numericamente.

Cirúrgicos e os componentes do prontuário médico, entre outras normas² gerais para o bom funcionamento de hospitais (SOUZA; SCATENA, 2013).

Os estudos sobre a qualidade do cuidado hospitalar ganharam volume, no Brasil, principalmente, a partir do ano de 2004, quando trabalhos de revisão acerca do tema de avaliação da qualidade tornaram-se públicos (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013; SILVA JÚNIOR, 2018). Em sua maioria, os trabalhos utilizam a abordagem de Donabedian referentes à estrutura e ao processo do cuidado. A avaliação de resultados é mais complexa e pode sofrer interferência de muitas variáveis, que nem sempre são controladas (MENDES, 1994).

Os resultados do atendimento médico, frequentemente, têm sido utilizados como indicador de qualidade da assistência. As dimensões aí estudadas — recuperação, restauração e sobrevivência — dificilmente serão questionadas quando se fala em qualidade do cuidado (DONABEDIAN, 2005).

No entanto, esse autor aponta limites no uso dos resultados como indicador para avaliação de qualidade do cuidado em saúde. A primeira limitação diz respeito ao resultado do atendimento se é, de fato, uma medida relevante, pois muitos fatores podem influenciar nos resultados, como a tecnologia médica, o tipo de paciente, o tempo da prestação do cuidado; e, ainda, mesmo que os resultados possam indicar bons ou maus cuidados em conjunto, eles não mostram onde estão as deficiências ou os pontos fortes. Contudo, essas limitações ao uso de resultados como critérios de avaliação da atenção à saúde não determinam que essa abordagem seja inadequada à avaliação de qualidade.

A segunda abordagem para a avaliação é analisar o processo de cuidado, e não seus resultados, avaliando se o que se conhece como uma boa prática de atendimento médico foi aplicada. Nessa abordagem, o juízo de valor se baseia não só na adequação, integridade, justificativas de diagnóstico e terapias, como também na competência técnica da execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em evidência de gestão preventiva em saúde. Os resultados dessa análise do processo do cuidado médico trazem respostas para a seguinte questão: a medicina é praticada adequadamente? (DONABEDIAN, 2005).

A terceira abordagem de avaliação proposta por Donabedian (2005) é o estudo do contexto no qual ocorre o atendimento e os instrumentos que constituem o produto. O que pode ser entendido como a avaliação da estrutura, que pode incluir a avaliação de processos

² Norma corresponde à regra geral acerca do que é desejável.

administrativos relacionados que apoiam e direcionam a prestação de cuidado. A análise sob essa perspectiva preocupa-se com a adequação de recursos e equipamentos, as qualificações da equipe médica, a estrutura administrativa e as instituições que prestam o serviço, porque:

[...] supõe-se que, dadas as configurações e os instrumentos adequados, bons cuidados médicos sejam seguidos. Essa abordagem oferece a vantagem de lidar, pelo menos em parte, com informações bastante concretas e acessíveis. Ele tem a principal limitação de que o relacionamento entre a estrutura e o processo ou a estrutura e o resultado muitas vezes não está bem estabelecido. (DONABEDIAN, 2005, p. 695)

A relação das três dimensões se dá assim: boa estrutura provavelmente garante bom processo, mas não necessariamente bom processo produz bom resultado. Portanto, ao selecionar uma abordagem de avaliação, é necessário guiar-se pelas características precisas dos elementos escolhidos, ter certeza da relação causa e efeito entre elas, além da relevância para o objetivo do cuidado. Sugere-se que nem sempre boa estrutura garante um bom processo, pois é fraca a relação entre estrutura e processo. Infere-se, contudo, que as condições podem ser favoráveis ou não ao bom atendimento, mas não garantem que o resultado seja exitoso (DONABEDIAN, 1986).

A avaliação da estrutura tem como objetivo conhecer em que medida os recursos estão sendo empregados de modo adequado para atingir os objetivos esperados. Questiona-se: a equipe possui qualificação técnica para realizar os procedimentos ofertados pela unidade? Os recursos humanos, materiais e financeiros são suficientes? A organização administrativa favorece a realização das atividades? A avaliação do processo objetiva identificar em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados e é baseada nas seguintes dimensões: a) técnica: corresponde à adequação dos serviços às necessidades (padrões); b) relações interpessoais: refere-se à interação psicológica e social entre usuários e profissionais (a exemplo de cortesia e respeito) — esta é a dimensão do cuidado mais visível e avaliada pelo usuário; c) dimensão organizacional: avalia a acessibilidade aos serviços, a extensão da cobertura, integralidade e continuidade do cuidado, assim como as amenidades (salas de espera limpas e confortáveis, sinalização, iluminação etc.) (MENDES, 1994).

A avaliação dos resultados tem como objetivo avaliar se os resultados alcançados correspondem aos esperados, ou seja, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir. Para tanto, são necessários critérios e normas de resultados esperados e deve empregar uma pesquisa avaliativa que analise a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimento

de uma intervenção e suas relações com o contexto no qual a organização prestadora do serviço de saúde está inserida (MENDES, 1994).

As dimensões e os valores usados para avaliar o cuidado estão agrupados nos critérios e padrões selecionados para a avaliação. As dimensões selecionadas, avaliadas para se determinar qualidade dos cuidados médicos e o juízo de valor a elas associados, são a operacionalização da avaliação da qualidade.

Quanto às dimensões estudadas, apesar de não haver consenso na delimitação das medidas, a construção de indicadores³ de qualidade abrange efetividade, eficiência e segurança do paciente (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). Esses são atributos referentes aos efeitos das ações de saúde. A efetividade corresponde ao resultado de uma medida, é a ação na prática. A eficiência mede os custos das ações em relação aos benefícios. Sabe-se que, em serviços de saúde, é necessário buscar o equilíbrio entre os custos e os benefícios, pois, em determinadas situações, adicionar mais recursos diagnósticos e terapêuticos pode não elevar os benefícios para o usuário, além do que as ações de saúde envolvem riscos para a vida de quem recebe o cuidado. Disso resulta que, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou o Programa Mundial para Segurança e Monitoramento de Pacientes; e, em 2004, a OMS/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram a Aliança Mundial para Segurança do Paciente, da qual o Brasil é signatário.

Segundo Bittar (2008), os principais indicadores hospitalares para avaliar qualidade são os seguintes: taxa bruta de infecções; taxa de cesáreas; taxa de cirurgias desnecessárias; taxa de complicações ou intercorrências; taxa de infecção hospitalar; taxa de mortalidade geral hospitalar; taxa de mortalidade institucional; taxa de mortalidade materna hospitalar; taxa de mortalidade operatória; taxa de mortalidade pós-operatória; taxa de mortalidade por anestesia; taxa de mortalidade transoperatória; taxa de remoção de tecidos normais. Já a satisfação do usuário é considerada como indicador de imagem segundo o mesmo autor.

Apesar da ampla divulgação de pesquisas sobre avaliação da qualidade em serviços de saúde, Klein e colaboradores (2015) e Silva Júnior (2018) apontaram que poucos estudos trouxeram a visão de gerentes, gestores e profissionais de saúde. Já em relação aos usuários, houve vasta publicação de estudos que utilizaram como indicador de avaliação de resultados, a satisfação dos usuários acerca da qualidade do atendimento hospitalar (TAHARA *et al.*, 1997, MENDES *et al.*, 2016, ANDRADE *et al.*, 2019).

³ Indicador corresponde à razão entre variáveis ou critérios capazes de guardar relação com o que se deseja medir.

Nesse sentido, conforme Andrade e colaboradores (2019), a avaliação de qualidade, segundo Modelo amplamente difundido na literatura para aferir qualidade em serviços de saúde pela satisfação do usuário, é composta pelas seguintes dimensões: **aspectos tangíveis** — aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e materiais de comunicação; **confiabilidade** — capacidade para realizar o serviço prometido, de forma segura e correta; **capacidade de resposta** — disposição para ajudar os clientes e fornecer pronto atendimento; **garantia** — conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança e; **empatia** — atenção personalizada dispensada aos clientes.

2.3.2 Conceituando qualidade em serviços de saúde

Ao longo dos tempos, muitos pesquisadores procuraram conceituar qualidade em saúde e suas formas de mensuração, dado que o que é quantitativo pode ser mensurável, mas o que é qualitativo necessita de parâmetros. No Brasil, no final da década de 1980, com a morte do presidente eleito Tancredo Neves por infecção hospitalar, iniciou-se a discussão sobre qualidade nos serviços de saúde. O termo qualidade é associado a um conceito positivo de que ter qualidade, necessariamente, é algo bom (MENDES, 1994; MALIK, 2005).

Mendes (1994) sustenta que o conceito de qualidade em serviços de saúde é um julgamento, no qual o cuidado em saúde possui características em graus variados, pois, por ser uma área que exige qualificação profissional específica para atuação, não existem serviços de saúde sem qualidade. Na sua concepção, a qualidade é a melhor combinação de recursos disponibilizados para satisfazer necessidades dos serviços sentidas pelos usuários, ou identificadas por profissionais, para desenvolver as ações e os cuidados na esfera individual ou coletiva.

Donabedian (1986) argumenta que a qualidade é característica do cuidado médico, sendo proporcional à sua capacidade em promover as melhorias desejadas na saúde e no bem-estar dos beneficiários. Para tanto, ele considera as seguintes dimensões: 1) a qualidade do cuidado técnico; 2) o relacionamento interpessoal entre os prestadores de cuidados e usuários; 3) as amenidades ou comodidades do atendimento; e 4) os princípios éticos que regem a conduta profissional em serviços de saúde. O autor pondera que a satisfação do usuário também seja uma medida de avaliação da qualidade do cuidado, geralmente avaliado pelas relações interpessoais, já que os estoques de conhecimentos técnicos dos usuários sobre saúde são diferentes dos conhecimentos/julgamento técnico dos profissionais de saúde.

Sobre a relação custo e qualidade, Donabedian (1986) estabelece a diferença entre otimização e eficiência ao distinguir a primeira como o cuidado efetivo, que pode ser obtido mediante a relação custo-benefício mais favorável ao usuário. Ele ressalta que qualidade custa dinheiro e que, frequentemente, os cuidados são prestados com desperdício, ressaltando que alguns cuidados, além de desnecessários, podem, a partir de certa medida, ser prejudiciais à saúde dos usuários. Entretanto, mesmo reduzindo essa frequência de cuidados prejudiciais, melhorias na qualidade podem inicialmente elevar os custos, não sendo estes sempre proporcionais aos benefícios para o usuário. Nessa ótica, na conceituação de qualidade, deve-se considerar a relação entre custos, riscos e benefícios à saúde, além das expectativas individuais dos atores envolvidos no cuidado: pacientes, profissionais, financiadores e administradores (DONABEDIAN, 1986; MENDES, 1994; SILVA; FORMIGLI, 1994). Ou seja:

[...] a noção de otimização do cuidado implica que, atingido um determinado estágio de efetividade do cuidado, melhorias adicionais seriam pequenas diante da elevação dos custos, o que implicaria um ponto de corte baseado na relação custo-benefício, e não no grau máximo de efetividade possível de ser atingido. Outro atributo a ser considerado é a legitimidade, que corresponderia ao grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo. (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 80-91).

Donabedian (1986, 1990) considera que qualidade pode ser quase qualquer coisa que alguém deseje, desde que seja julgada por meio dos sete pilares sobre os quais essa definição é embasada: eficácia, efetividade, eficiência, adequação, conformidade, legitimidade e equidade. Esses pilares são assim definidos: eficácia: habilidade da ciência e da arte da atenção à saúde em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar; efetividade: relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde e o potencial esperado (ou ideal do mesmo); eficiência: relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde e seu custo econômico; adequação: estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico; conformidade: adaptação dos cuidados médicos e da atenção à saúde, às expectativas, aos desejos e aos valores dos pacientes e familiares; legitimidade: possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo; equidade: determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para a comunidade, população ou sociedade.

Não é consenso se a qualidade possui características nem se ela apresenta níveis, até porque ela pode ter vários conceitos e pode ser avaliada sob diversos aspectos. Por exemplo, os

órgãos de avaliação externa, como a ONA, consideram a qualidade como as condições de assistência médico-hospitalar, os seus processos e os seus resultados; já a OMS refere-se à qualidade como o aumento da eficiência, prestação apropriada dos serviços e da redução de riscos, corroborando Felix (2016), quando afirma que é difícil definir limites entre conceitos de qualidade e segurança; por fim, para a Vigilância Sanitária, os serviços de saúde devem ser de qualidade, reduzindo os riscos à vida e à saúde dos cidadãos.

Contudo, essas conceituações não podem ser consideradas como definitivas porque cada uma privilegia algum tipo de visão, identificando um ator interessado a ser priorizado. Para o usuário/cliente, qualidade significa diagnóstico correto e tratamento satisfatório, segundo suas percepções. Para os profissionais de saúde, a conceituação de qualidade é baseada em: critérios técnico científicos capazes de melhorar qualidade de vida do usuário. De forma ampla, a qualidade deve ser entendida como a integração e conexão entre os diversos conceitos e abordagens (MENDES, 1994; MALIK, 2005; SERAPIONI, 2009).

Geralmente, os profissionais de saúde reduzem a qualidade em saúde à eficácia técnica. Estes enfocam exclusivamente os aspectos diagnósticos e terapêuticos. Os financiadores e gestores dos serviços de saúde enfatizam a qualidade relacionada com os gastos com saúde. Um terceiro grupo considera apenas as percepções dos pacientes, excluindo, nesse caso, a perspectiva dos outros atores envolvidos. Ressalte-se que pelas especificidades dos serviços de saúde, a exemplo de depender de mão de obra especializada, não se pode desprezar a dimensão da qualidade técnica do cuidado. Considerando-se a escassez de recursos financeiros, os gastos precisam ser controlados, evitando-se duplicidade de tarefas, como a repetição desnecessária de procedimentos diagnósticos, assim como reduzindo riscos (que é a probabilidade de um evento — ameaças e vulnerabilidades *versus* consequências do evento, que correspondem a danos materiais, morais, à imagem, interrupções do serviço, lesões incapacitantes e ocorrência de mortes evitáveis), erros (desvio em relação ao que é direito ou correto, referente à norma (método) — corresponde a uma falha não intencional na realização da ação planejada) e danos (que é uma lesão física ou psíquica ou prejuízo para saúde do usuário).

Para superar esse entendimento reducionista — qualidade como eficácia técnica, ou qualidade como gastos com aspectos diagnósticos e terapêuticos, ou qualidade como as percepções dos usuários —, a qualidade deve ser compreendida como responsabilidade da organização, e não apenas como medida de avaliação. Assim, para garantir qualidade, é necessário incorporá-la ao planejamento e à gestão e monitorá-la como parte do processo de trabalho em serviços de saúde (MENDES, 1994; SERAPIONI, 2009).

2.3.3 Acreditação em serviços de saúde

A OPAS, escritório regional da OMS para América Latina e Caribe, com sede em Washington D.C., diante da necessidade de desenvolver assessoria aos hospitais, não somente aos públicos, mas também aos privados dos países latinos e caribenhos, firmou um acordo, em 1986, de cooperação técnica com a Federação Latino-Americana de Hospitais — membro permanente do Conselho Diretor da OPAS — para melhorar a relação dos Ministérios da Saúde dos países da região, os quais mantinham uma certa resistência com o setor privado, em especial com os hospitais privados (NOVAES, 2015).

O objetivo era introduzir a metodologia de acreditação hospitalar na região, para todos os hospitais públicos, mas também com compromisso de trabalhar, pela primeira vez, com hospitais privados. A acreditação era completamente desconhecida pela maioria dos administradores hospitalares, inclusive muitos estranhavam o nome. Na ocasião, identificou-se que 70% dos hospitais da região tinham menos de 70 leitos para internação e que a situação também era crítica na área de recursos humanos, com baixa resolubilidade clínica, falta de mecanismos de controle, mínima prevenção de infecção hospitalar, ausência de comissões de qualidade, insuficiente capacitação profissional e inconsistente avaliação dos custos operacionais (NOVAES, 2015).

Nesse cenário, a introdução progressiva de padrões de qualidade, por meio da acreditação, ajudaria a reverter a situação. Entretanto, muitas organizações não ofereciam condições para a oferta de serviço com um mínimo de qualidade. Para se adequar a essa situação tão específica, a OPAS/OMS desenvolveu um modelo de acreditação hospitalar apropriado para a região e suficientemente flexível, de maneira a adaptar-se às pronunciadas diferenças entre uma sub-região e outra, para ser amplamente discutido entre os países (NOVAES, 2015), observando que:

A acreditação é um método que desenvolve padrões de avaliação para a melhoria contínua da qualidade do atendimento aos pacientes e do desempenho organizacional, oferecendo confiança da comunidade no seu hospital. O passo inicial deve ser o estabelecimento de padrões de qualidade que possam servir de referência para os avaliadores neste processo para acreditação (NOVAES, 2015, p. 50).

Para formatar a implantação dos padrões de qualidade, a OPAS, em 1987, contratou o Instituto Técnico para a Acreditação de Estabelecimentos de Saúde (ITAES), de Buenos Aires, Argentina, que à época era o único Centro de Investigação em qualidade na saúde na América

Latina, para a redação do Manual de Acreditação, cujos “padrões” para cada serviço ou setor hospitalar já havia sido estabelecido. Em cada situação, o padrão inicial seria o limite mínimo de qualidade exigido, e nenhum hospital em processo de acreditação deveria estar abaixo desse nível dentro de um período de dois anos. A OPAS considerou que:

[...] não se acredita um serviço isolado. Mesmo que uma unidade do hospital esteja plenamente montada e de qualidade excepcional, com níveis de sofisticação número 3, por exemplo, a instituição continuará como acreditada no primeiro nível, se os outros serviços não passaram além do primeiro escalão (NOVAES, 2015, p. 51).

Essa metodologia reforça o fato de que as estruturas e os processos do hospital são interligados e que o mau funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto. O Manual de Acreditação foi o primeiro instrumento de avaliação técnica de forma explícita e objetiva da qualidade. A apresentação preliminar do Manual foi em Havana, Cuba, em 1989; e, posteriormente, na sede da OPAS, em Washington D.C., em 1992, para 120 representantes de 22 países, inclusive os que ofereceram novas sugestões para incorporação ao Manual. Para a divulgação, foram realizadas inúmeras reuniões nos países latino-americanos e caribenhos. Em 1992, no Brasil, Paraguai, Colômbia, Chile, Barbados, Venezuela, Bolívia, México e Nicarágua, em 1993, em São Salvador, Guatemala, República Dominicana, Honduras, Peru e Panamá; e, ainda, em 1994, no Uruguai e Costa Rica (NOVAES, 2015).

2.3.3.1 As agências brasileiras de acreditação

Na década de 1990, entre os países da América Latina e Caribe, o Brasil concentrava a metade do número total de hospitais, sendo que suas características estruturais e funcionais eram bem semelhantes com relação aos aspectos da qualidade da assistência dos demais países latinos. Em 1995, a Federação Brasileira de Hospitais foi contratada para fazer a publicação da versão, em português, do Manual editado pela OPAS e para distribuir, gratuitamente, cópias para que todos os hospitais brasileiros conhecessem a metodologia de avaliação completamente desconhecida no País (NOVAES, 2015).

Em março de 1997, o Ministério da Saúde lançou o programa “1997 — O Ano da Saúde no Brasil”. Entre as atividades para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde propôs que o processo de avaliação da qualidade da assistência aos usuários/as de hospitais públicos e privados fosse por meio de uma iniciativa conhecida por “Acreditação” de Hospitais. Criou-se uma Comissão Nacional para fazer as adaptações do Manual; e, em 1999,

foi instalada a ONA e apresentado o Manual de Acreditação de Hospitais do Brasil. Assim, nasceu o primeiro manual de acreditação hospitalar de caráter nacional editado na América Latina, com o aval de um Ministério da Saúde (NOVAES, 2015).

A ONA é a organização responsável pelo Programa Brasileiro de Acreditação, que passou a ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde. Essa proposta de avaliação vem se consolidando como estratégia potencializadora da qualidade em hospitais públicos e privados desde então. O processo deve ser voluntário, periódico e reservado. São avaliados os recursos organizacionais que possam garantir a qualidade da assistência médico-hospitalar prestada. As organizações devem atender a requisitos que têm padrões definidos de acordo com os níveis de qualificação das agências acreditadoras (ONA, 2018).

No Brasil, atuam duas das mais representativas agências acreditadoras reconhecidas internacionalmente: a ONA, brasileira, e a *Joint Commission International* (JCI), americana, representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). A metodologia da Accreditation Canadense é representada pelo Instituto Qualisa de Gestão, que é uma acreditadora também credenciada à ONA (MALIK, 2016; MENDES *et al.*, 2016).

Em pesquisa recente no *site* da ONA, constatou-se que existem 339 hospitais com acreditação ONA, sendo que destes, apenas 3,5% (14 hospitais) estão na Bahia⁴.

Considerando o total de unidades hospitalares na Bahia, tem-se que 2,6% desses hospitais são acreditados — um percentual bastante discreto quando se pensa em garantia de qualidade nos serviços hospitalares do estado, sejam eles públicos ou privados. Seguindo a tendência nacional, existe apenas um hospital (gerenciado por uma Parceria Público-Privada) acreditado na rede pública hospitalar na Bahia.

2.3.3.2 Sistema de avaliação ONA

O sistema de avaliação para acreditação tem o objetivo de estimular as organizações a melhorar continuamente. Possui padrões definidos em Manual, e este é baseado em seções e subseções (setor do hospital) e em requisitos específicos para cada subseção. De acordo com a pontuação final da avaliação, o estabelecimento pode ser acreditado em nível 1 (quando a organização atende aos requisitos de segurança e qualidade); acreditado pleno, em nível 2 (se a

⁴ Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditações>. Acesso em: 16 nov. 2019.

organização apresenta evidências de interação entre os processos, acompanhamento e avaliação dos seus resultados e promove ações de melhoria); e acreditado com excelência, em nível 3 (os requisitos contemplam evidências de uma gestão de excelência buscando melhores resultados, sustentabilidade, responsabilidade socioambiental promovendo ciclos de melhoria) (ONA, 2018). Importam, neste trabalho, os requisitos ONA para acreditação em nível 1, que tem como princípios segurança e qualidade.

O Apêndice F apresenta as tabelas com os requisitos para acreditação da Seção 1 (subseções 1 a 9 do Manual ONA, 2018) e a Seção 2 (subseções 2.1; 2.2; 2.3; 2.7; 2.13 e 2.14 do referido Manual) que serão utilizados para análise dos CG.

Em síntese, não se pode afirmar que existe a institucionalização de uma Política de Qualidade dos Serviços de Saúde no Brasil. Elas são esparsas, fragmentadas, não lineares e, por vezes, voluntárias, muito influenciadas pelos apelos do mercado. As cidades nas quais existe maior competitividade nos serviços privados de saúde são as que apresentam maior número de hospitais privados e filantrópicos acreditados. Entretanto, mesmo sem uma Política Nacional de Qualidade em Saúde definida nos marcos regulatórios e formalmente institucionalizada, o Ministério da Saúde formula estratégias que estimulam o controle e a garantia de qualidade em serviços de saúde capazes de contribuir para o estabelecimento da qualidade nesses serviços, como o Programa de Humanização da Atenção, os Programas de Acreditação e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (MENDES *et al.*, 2016).

3 METODOLOGIA

Esta seção objetiva descrever os aspectos metodológicos adotados no presente trabalho.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva, definida por Gil (2002) como aquelas pesquisas que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinado fenômeno. Sendo assim, adequa-se à finalidade deste estudo, que é avaliar como os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, asseguraram a qualidade da assistência, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no CG, no período de 2017 a 2019.

A avaliação da qualidade dos hospitais estaduais gerenciados por OS se baseia na Tríade Donabediana, na metodologia ONA de acreditação e nos CG, utilizando-se da análise documental, entrevistas com gestores da SESAB e dos hospitais estudados e interpretação dos resultados dos relatórios apresentados pelas OS sobre a avaliação de satisfação dos usuários.

3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

Foi realizado levantamento bibliográfico (referências teóricas em meio escrito e digital) e revisão de literatura, a fim de: a) demarcar o “estado da arte”; b) aprimorar o referencial teórico; c) conceber outras categorias de análise ou aprimorar as existentes. Utilizam-se de diferentes fontes para conhecer os diversos aspectos do fato estudado, empregando os seguintes procedimentos técnicos: pesquisa documental (APÊNDICES A, B e C), extração de dados e entrevistas com gestor de cada um dos hospitais estudados conforme Apêndices D e E.

3.3 *LOCUS* DA PESQUISA

O estado da Bahia, segundo o CNES, registra um quantitativo de: 479 hospitais gerais, sendo 70 hospitais especializados e 126 hospitais-dia. Destas unidades, 38 são unidades hospitalares da rede própria da SESAB, sendo 34 hospitais e quatro maternidades, segundo dados fornecidos pela Diretoria de Gestão de Serviços de Saúde da SESAB.

Verificou-se que o PEOS abrange 47% da rede hospitalar do estado, sendo sete OSS responsáveis pela gestão dos 18 hospitais, distribuídos em 11 das 28 regiões de saúde da Bahia⁵. A macrorregião Leste (que inclui Salvador) tem seis (33%) hospitais integrantes do Programa, sendo cinco na Capital (83%) e um em Itaparica. Quanto ao tipo, 89% das unidades publicizadas são hospitais gerais. Assim, os *loci* da pesquisa são as OS localizadas no município de Salvador. Estas foram selecionadas conforme os seguintes critérios de inclusão: a) interesse de conhecer a realidade local; b) proximidade geográfica com o local de trabalho da pesquisadora; e c) município com maior número de hospitais integrantes do PEOS.

São cinco unidades hospitalares, contudo, considera-se como critérios de exclusão: a) as OS com contrato vencido (1) no início da pesquisa, sendo realizado pagamento por indenização; e b) possuir menos de cinco anos de funcionamento (1). O estudo inclui três hospitais, sendo dois hospitais gerais e um hospital especializado, de acordo com o CNES, gerenciados por duas OS.

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Gestores da SESAB e das OS nos hospitais estudados.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta foi realizada pela autora da pesquisa no período de novembro e dezembro de 2020 e fevereiro de 2021. Os contratos analisados foram aqueles vigentes entre as duas OSS selecionadas e o governo estadual da Bahia no período entre 2017 e 2019.

3.5.1 Estudo da Rede Hospitalar da Bahia

Para a caracterização e o mapeamento da rede hospitalar pública do estado da Bahia sob gestão de OS, foram utilizados como fonte de dados os Planos Estaduais de Saúde 2016-2019

⁵ A Regionalização da Saúde é uma diretriz do SUS que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Um dos instrumentos de planejamento da Regionalização é o Plano Diretor de Regionalização (PDR). No estado da Bahia, o PDR divide o espaço geográfico do estado em 28 Regiões que se aglutinam em nove Macrorregiões de Saúde. Nestas regiões, dão-se todas as negociações do Planejamento Regional Integrado (PRI) conforme pesquisa em *site* da SESAB (<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>).

e 2020-2023 e as planilhas/relatórios de acompanhamento da SESAB conforme protocolo de análise apresentado no Apêndice A.

3.5.1.1 Técnicas de pesquisa

Análise documental e extração de dados do Sistema de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

3.5.2 Análise do Contrato de Gestão e Padrões de avaliação da ONA

Os contratos foram analisados, considerando padrões e requisitos ONA 2018⁶ (APÊNDICE F) para acreditação nível 1, classificando os indicadores conforme as dimensões propostas por Donabedian (estrutura, processo e resultados).

A análise teve como fio condutor a seguinte questão norteadora: o CG celebrado entre a SESAB e as OS favorece a melhoria de qualidade nos serviços hospitalares contratados, considerando-se as dimensões propostas por Donabedian e a metodologia ONA de avaliação? O objetivo foi identificar e categorizar, conforme Donabedian e a metodologia ONA, os indicadores do CG e as obrigações da OS contratada descritas no contrato.

3.5.2.1 Técnica de pesquisa

Análise documental.

3.5.3 Análise dos resultados dos indicadores de qualidade apresentados pela Organização Social

Os dados de cada hospital foram extraídos dos Relatórios de Informação Hospitalar (RIH) do período compreendido entre janeiro de 2017 e dezembro de 2019⁷, foram tabulados

⁶ Foi realizado estudo comparativo dos padrões ONA 2014 (período de celebração de um dos contratos analisados nesta pesquisa) com os padrões ONA definidos em 2018, sendo verificado que o Manual 2018 abrange o que foi definido em 2014 e amplia os requisitos para a acreditação. Dessa forma, utilizou-se apenas o Manual Brasileiro de Acreditação — ONA, versão 2018, nesta pesquisa.

⁷ Os anos de 2015 e 2016 foram excluídos da análise porque um dos hospitais da amostra entrou no Programa de OS apenas em 2017.

em planilhas Excel[®], sendo calculadas as médias aritméticas anuais para cada indicador. Os resultados são apresentados na seção de resultados sob a forma de gráficos e tabelas.

3.5.3.1 Técnicas de pesquisa

Análise documental e análise estatística simples.

3.5.4 Entrevistas com os gestores: da SESAB e dos hospitais estudados

As entrevistas com os Diretores-Gerais dos três hospitais selecionados foram realizadas em dezembro de 2020; e, com a gestora da SESAB, em fevereiro de 2021. O conteúdo das entrevistas foi submetido a um processo de categorização, que é uma operação que classifica elementos constitutivos de uma comunicação por diferenciação e por reagrupamento, considerando suas características particulares (BARDIN, 2011). A categorização representa um esforço de síntese de uma comunicação, destacando sempre os aspectos mais importantes do texto, com o propósito de facilitar a análise da informação.

A análise foi realizada considerando a seguinte questão norteadora: os hospitais gerenciados pelas OS encontram limites estruturais e processuais que dificultam assegurar a qualidade da atenção, em conformidade com o pactuado no CG? O objetivo é identificar, na visão dos gestores da SESAB e dos hospitais, quais os limites e as potencialidades do modelo de gestão de hospitais por OS para melhoria de qualidade dos serviços hospitalares no Estado.

3.5.4.1 Técnicas de pesquisa

Entrevista e análise documental.

3.5.5 Análise da satisfação dos usuários, por hospital, no período de 2017 a 2019

Como categoria de análise, foram utilizados os percentuais de respostas de usuários satisfeitos por tipo de serviço, ano e hospital. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2020 e extraídos dos relatórios produzidos e encaminhados para a SESAB pelas OS gestoras de cada hospital. Foram tabulados em planilhas Excel[®], sendo apresentados os percentuais de usuários que responderam ÓTIMO/BOM à pesquisa aplicadas pela OS. Foi calculada a média

por ano do indicador para cada serviço avaliado. Os dados estão apresentados sob a forma de tabelas.

3.5.5.1 Técnicas de pesquisa

Análise documental e análise estatística simples.

3.6 PLANO DE ANÁLISE

O Plano de Análise baseia-se nas seguintes categorias e subcategorias:

3.6.1 Estudo da Rede Hospitalar

Categoria de Análise: identificação da rede pública estadual por modelo de gestão;

Subcategoria: caracterização dos hospitais gerenciados por OS segundo distribuição nas regiões de saúde do estado, número de leitos, tipo de unidade e valor do Contrato.

3.6.2 Análise dos Contratos de Gestão

Categorias de análise: análise dos CG conforme metodologia ONA de acreditação: Padrão ONA 2018 Seção 1 — Gestão organizacional; e Padrão ONA 2018, Seção 2 — Atenção ao paciente;

Subcategorias: indicadores de qualidade presentes no CG e cláusulas contratuais referentes à qualidade e da obrigação da OS contratada.

3.6.3 Análise dos resultados dos indicadores de qualidade apresentados pela Organização Social

Categorias de análise: indicadores do CG no que se referem a estrutura, processo e resultados;

Subcategorias: indicadores do CG referentes a estrutura, processo e resultados e cláusulas contratuais da obrigação da contratada quanto a estrutura, processo e resultados.

A classificação dos indicadores de qualidade e do contrato no que diz respeito a estrutura, processo e resultados foi realizada considerando-se a revisão de literatura e o Manual da ONA.

3.6.4 Análise da satisfação dos usuários, por hospital, no período de 2017 a 2019

Categorias de análise: grau de satisfação dos usuários, por OS, de 2017 a 2019;

Subcategorias: percentual de usuários satisfeitos por tipo de serviço, por ano e OS.

3.6.5 Entrevistas com gestores: SESAB e dos hospitais estudados

Categorias de análise: percepções do gestor da SESAB e diretores dos Hospitais quanto às limitações para garantir padrão de qualidade conforme determina o PEOS na Bahia;

Subcategorias referentes às limitações: a) Dimensão estrutura — núcleo de qualidade instituído, quantitativo de Recursos Humanos, qualificação dos Recursos Humanos, manutenção da estrutura física, suprimentos; b) Dimensão Processos: monitoramento de indicadores; padronização de procedimentos; Relação da OS com a SESAB; c) Dimensão resultado — Pesquisa de satisfação com usuário.

Subcategorias referentes às potencialidades para melhoria da qualidade: a) Dimensão estrutura: núcleo de qualidade instituído, quantitativo e qualificação dos Recursos Humanos, manutenção da estrutura física, suprimentos; b) Dimensão Processos: monitoramento de indicadores; padronização de procedimentos; Relação da OS com a SESAB; c) Dimensão resultado: relatórios de pesquisa de satisfação dos usuários, apresentados pelas Hospitais estudados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa obedeceu à Resolução nº 466/12 do CNS (BRASIL, 2012). O estudo apresentou riscos e benefícios. Entre os riscos, encontra-se a possibilidade de o entrevistado apresentar desconforto em responder às questões, sendo assim interrompida a qualquer momento, sem prejuízos para ele. Como medida para minimizar os riscos, foram garantidos o anonimato do respondente e a realização da entrevista em local reservado. Entre os benefícios,

encontra-se a contribuição para identificar os aspectos limitadores da qualidade da assistência, introduzindo-se medidas de melhorias contínuas para a qualidade e a segurança do paciente.

Cada entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE — APÊNDICE G)

O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA) por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CEP conforme Parecer nº 3.938.759.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

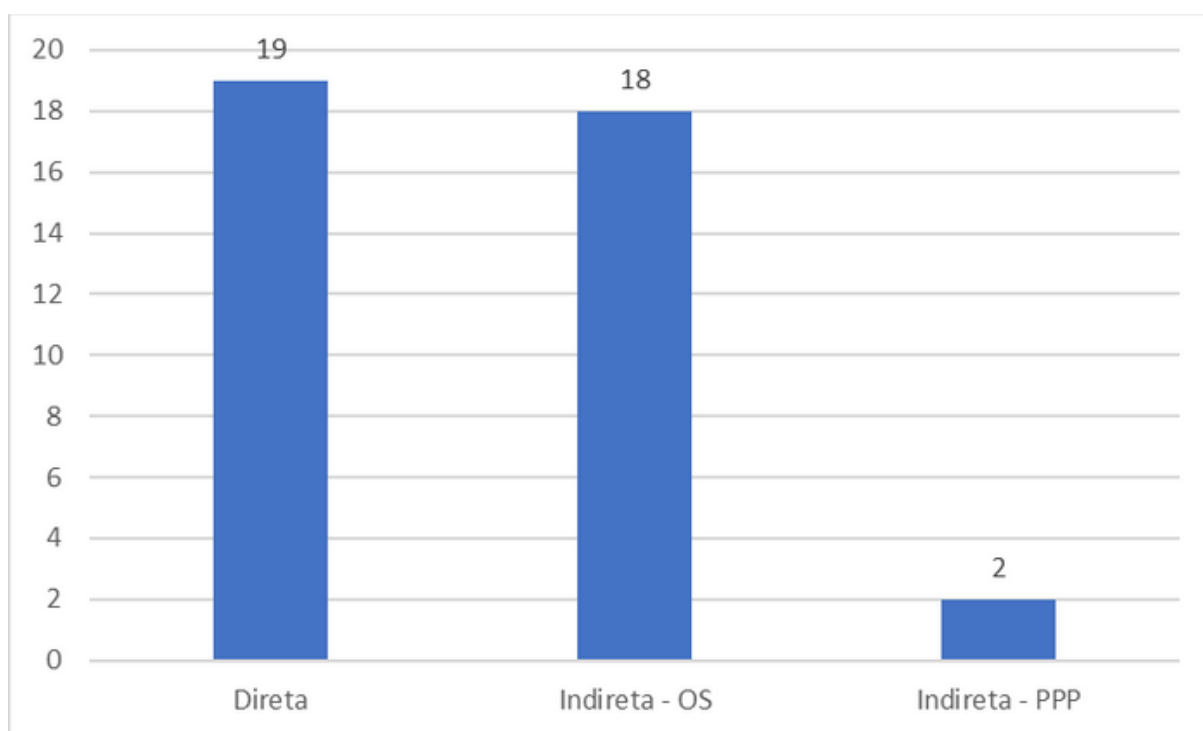
Nesta seção, são apresentados e discutidos os resultados conforme os objetivos da pesquisa. Inicialmente, realiza-se a identificação da rede pública hospitalar estadual, por modelo de gestão, caracterizando-se os hospitais gerenciados por OS conforme distribuição nas regiões de saúde do estado, número de leitos, tipo de unidade e valor do CG. Posteriormente, apresenta-se a análise dos CG conforme metodologia ONA, discutem-se os indicadores do CG no que se refere a estrutura, processo e resultados e o grau de satisfação dos usuários, por OS, de 2017 a 2019. Ao final, discutem-se as percepções do gestor da SESAB e diretores dos Hospitais quanto às limitações para garantir padrão de qualidade conforme determina o PEOS na Bahia.

4.1 REDE PÚBLICA HOSPITALAR ESTADUAL POR MODELO DE GESTÃO

A atenção hospitalar está inserida no componente da atenção especializada no SUS que, de acordo com o Ministério da Saúde, é feita por meio de um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial e hospitalar que exigem maior densidade tecnológica. Esse cuidado deve ser, preferencialmente, ofertado de forma hierarquizada e regionalizada para garantir boa relação custo-benefício e qualidade da atenção, proporcionando acesso equânime em tempo oportuno.

4.1.1 Caracterização dos hospitais gerenciados por OS conforme distribuição nas regiões de saúde, número de leitos, tipo de unidade e valor do Contrato de Gestão

O Gráfico 1 demonstra a distribuição dos hospitais por modelo de gestão. Da análise, observou-se que os hospitais públicos do estado da Bahia possuem modelo de gestão direta pelo poder público (19 unidades) e indireta (20 unidades), sendo 18 pelo modelo de gestão por OS e duas por PPP. Configura-se, então, a gestão indireta por OS o modelo predominante na rede hospitalar, o que coaduna com um dos pilares da reforma gerencial do Estado, que é de transferência dos serviços públicos não exclusivos de Estado, como os do setor saúde para outras organizações não estatais (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Gráfico 1 — Rede hospitalar da Bahia por modelo de gestão, SESAB, 2020

Fonte: Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS)/SESAB, 2020.

A Tabela 1 demonstra que o município de Salvador sedia a maior parte (33%) das unidades hospitalares integrantes do PEOS. Destes, três são hospitais gerais e dois são especializados. No entanto, um hospital especializado estava com o contrato vencido no início desta pesquisa, sendo realizado pagamento por indenização e um outro, tinha menos de cinco anos de funcionamento, por isso foram excluídas do estudo. A pesquisa incluiu então três hospitais: dois gerais e um especializado de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Tabela 1 — Distribuição dos hospitais gerenciados por meio de Contrato de Gestão no estado da Bahia, 2020

| Região de Saúde | Nº de hospitais | Município | Nº de leitos | Tipo de unidade (SCNES) |
|------------------|-----------------|----------------------|--------------|-------------------------|
| Alagoinhas | 1 | Alagoinhas | 116 | Hospital Geral |
| Barreiras | 1 | Barreiras | 214 | Hospital Geral |
| | 1 | Santa Rita de Cássia | 24 | Hospital Geral |
| Feira de Santana | 1 | Feira de Santana | 252 | Hospital Geral |
| Ilhéus | 1 | Ilhéus | 184 | Hospital Geral |

| | | | | |
|------------------------|---|------------------------|-----|-----------------------------|
| Irecê | 1 | Irecê | 120 | Hospital Geral |
| Juazeiro | 1 | Juazeiro | 151 | Hospital Geral |
| Jacobina | 1 | Mairi | 28 | Hospital Geral |
| Porto Seguro | 1 | Porto Seguro | 140 | Hospital Geral |
| Salvador | 5 | Salvador | 514 | Gerais(4); especializado(1) |
| | 1 | Itaparica | 52 | Hospital Geral |
| Santo Antônio de Jesus | 1 | Castro Alves | 30 | Hospital Geral |
| | 1 | Santo Antônio de Jesus | 150 | Hospital Geral |
| Seabra | 1 | Seabra | 101 | Hospital Geral |

Fonte: SAIS/SESAB.

No Quadro 5, identificam-se sete OS atuando na gestão hospitalar do estado. Na capital, são três OS atuando na gestão de cinco hospitais.

Quadro 5 — Rede hospitalar da Bahia sob gestão de Organização Social. SESAB, 2020

| Organização Social | Hospital | Município |
|--|---|------------------------|
| Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar — IBDAH | Hospital Manoel Victorino | Salvador |
| Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar — IBDAH | Hospital Dantas Bião | Alagoinhas |
| Instituto Brasileiro de Desenvolvimento da Administração Hospitalar — IBDAH | Hospital Costa do Cacau | Ilhéus |
| Fundação José Silveira | Hospital Geral de Itaparica | Itaparica |
| Instituto Fernando Filgueiras — IFF | Hospital Professor Carvalho Luz | Salvador |
| Instituto Fernando Filgueiras — IFF | Hospital Professor Eládio Lassérre | Salvador |
| Instituto Fernando Filgueiras — IFF | Hospital da Mulher | Salvador |
| Instituto Fernando Filgueiras — IFF | Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus | Santo Antônio de Jesus |
| Associação de Proteção da Maternidade e da Infância de Castro Alves — APMICA | Hospital Regional de Juazeiro | Juazeiro |
| Associação de Proteção da Maternidade e da Infância de Castro Alves — APMICA | Hospital da Chapada | Seabra |

| | | |
|--|--|----------------------|
| Associação Obras Sociais Irmã Dulce | Hospital Eurídice Santana | Santa Rita de Cássia |
| Associação Obras Sociais Irmã Dulce | Hospital do Oeste | Barreiras |
| Associação Obras Sociais Irmã Dulce | Hospital Regional Doutor Mario Dourado Sobrinho | Irecê |
| Liga Álvaro Bahia | Hospital Estadual da Criança | Feira de Santana |
| Instituto de Gestão e Humanização | Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Neto | Salvador |
| Instituto de Gestão e Humanização | Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães | Porto Seguro |
| Instituto de Gestão e Humanização | Hospital Deputado Luís Eduardo Magalhães | Mairi |
| Associação de Proteção da Maternidade e da Infância de Castro Alves — APMICA | Hospital Regional de Castro Alves | Castro Alves |

Fonte: SAIS/SESAB.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos recursos financeiros mensais e anual repassados pela SESAB por OS e o número de leitos contratados. Verifica-se que o volume de recursos é diretamente proporcional ao número de leitos contratados. No ano de 2020, o valor anual dos contratos com OS para gestão de hospitais é de R\$ 975.968.451,68. As OS que atuam na região de Salvador obtiveram, em 2020, 43% do total de recursos financeiros previstos para o Programa, valor que é proporcional ao percentual de hospitais integrantes do PEOS na Capital do estado.

Tabela 2 — Distribuição de recursos por OS. SESAB, 2020

| OS | Valor mensal (\$) | Valor anual (\$) | Nº de leitos |
|-------|-------------------|------------------|--------------|
| A | 15.830.039,18 | 189.960.470,16 | 408 |
| B | 1.099.843,75 | 13.198.125,00 | 52 |
| C | 15.482.608,92 | 185.791.307,04 | 436 |
| D | 11.312.976,56 | 218.385.440,84 | 472 |
| E | 7.987.742,31 | 95.852.907,72 | 282 |
| F | 14.292.871,41 | 171.514.456,92 | 358 |
| G | 8.438.812,00 | 101.265.744,00 | 252 |
| TOTAL | 74.444.894,13 | 975.968.451,68 | 2.260 |

Fonte: Planilha de acompanhamento dos contratos de hospitais em parceria SAIS/SESAB, adaptado pela autora.

Visando assegurar o anonimato, os hospitais localizados em Salvador e as OS gestoras são denominados conforme Quadro 6, em que se encontram os hospitais de Salvador e a correspondente OS gestora, sendo selecionados para este estudo os hospitais (H1 gerenciado pela OS A; H2 e H3, ambos gerenciados pela OS C).

Quadro 6 — Hospitais localizados em Salvador por OS gestora. SESAB, 2020.

| Organização Social Gestora | Hospital |
|-----------------------------------|-----------------|
| A | H1 |
| C | H2 |
| C | H3 |
| C | H4 |
| E | H5 |

Fonte: Elaborado pela autora.

4.2 ANÁLISE DOS CONTRATOS DE GESTÃO

Os contratos analisados foram aqueles celebrados entre o governo estadual e as OS A e C. Assim, os dados foram coletados nos CG dos hospitais (H1, H2 e H3), os quais são o principal instrumento legal de celebração do acordo entre a Administração Pública estadual e as organizações públicas de direito privado. As cláusulas apresentam, entre outras informações: as obrigações das partes, os valores transferidos, a vigência, os serviços contratados, as metas quantitativas e as qualitativas que são os objetos desta análise.

Os três contratos analisados tiveram igual período de vigência, 24 meses, e todos tiveram seu prazo prorrogado por meio de Termos Aditivos, sendo que o contrato do H1 esteve vigente até 28 de janeiro de 2020, e os outros dois encontram-se vigentes até o ano de 2022.

Observou-se que existiram dois modelos de CG vigentes na relação entre SESAB e OS no período estudado. O contrato do H1 difere dos outros dois na metodologia de avaliação das metas pactuadas e ainda na lista de indicadores, interessando, neste trabalho, aqueles utilizados para avaliação da qualidade.

Assim, encontram-se os seguintes indicadores de qualidade pactuados com as OS, classificados conforme as dimensões propostas por Donabedian (1986) e adaptadas pela autora.

Quadro 7 — Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão do H1. SESAB, 2020

| Nº | Indicadores | Classificações (Donabedian e Contratos) |
|----|--|--|
| 1 | Implantar e implementar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | Processo |
| 2 | Implantar e implementar a Comissão de Avaliação do prontuário do paciente | Processo |
| 3 | Implantar e implementar a Comissão de Avaliação e Revisão de óbitos | Processo |
| 4 | Implantar e implementar a Comissão de Ética Médica | Processo |
| 5 | Implantar e implementar a Comissão de Ética de Enfermagem | Processo |
| 6 | Implantar e implementar a Comissão de Humanização da Assistência | Processo |
| 7 | Implantar e implementar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho | Processo |
| 8 | Implantar e implementar o Comitê de Fármaco-tecnologia e Vigilância | Processo |
| 9 | Taxa de ocupação hospitalar | Resultado |
| 10 | Mortalidade Institucional | Resultado |
| 11 | Mortalidade geral | Resultado |
| 12 | Taxa de Infecção Hospitalar | Resultado |
| 13 | Percentual de casos discutidos pela equipe multiprofissional no trimestre | Resultado |
| 14 | Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da unidade, objetivando a educação permanente | Processo |
| 15 | Implantar o SAC | Estrutura |
| 16 | Aplicar questionário de satisfação a, no mínimo, 10% dos clientes internados ou seus familiares, e 3% dos pacientes de ambulatório atendidos na unidade hospitalar | Resultado |
| 17 | Percentual de cuidadores treinados para alta do paciente, através de atividade de educação permanente | Resultado |

Fonte: Donabedian (1986) e contrato, adaptado pela autora.

O Quadro 7 demonstra os indicadores para avaliação propostos no CG do H1. Verificaram-se 17 medidas para avaliação da qualidade, sendo nove medidas que avaliam processo, sete indicadores de resultados e um indicador de avaliação da estrutura, em consonância com Donabedian (1986) que propõe avaliação da qualidade nas três dimensões encontradas nos indicadores do Contrato.

Entretanto, quanto ao que avaliar, encontrou-se a seguinte situação: no que se refere à estrutura, o indicador existente é relacionado com a implantação de um Serviço de Atendimento

ao Cliente (SAC), que é uma estrutura necessária para avaliar a satisfação do usuário, sendo considerado um dos principais indicadores de resultados conforme afirmaram Tahara e colaboradores (1997), Mendes *et al.* (2016) e Andrade (2019).

Já com relação aos processos, os indicadores propostos referem-se à implantação e ao funcionamento de comissões e grupos de trabalho, portanto, significa que há intenção de padronizar condutas clínicas, técnicas e normas administrativas. No entanto, essas podem ser consideradas estratégias ou requisitos para melhoria da qualidade. Esses indicadores não são capazes de determinar se há e onde estão os problemas nos processos de cuidado, que são atributos necessários a um indicador conforme Bittar (2008). Ademais, Mendes (1994) afirma que, na avaliação dos processos, é necessário também medir aspectos que estão mais relacionados com a gestão do que com o cuidado, tais como: acessibilidade aos serviços, a extensão da cobertura, a integralidade e a continuidade do cuidado.

Considerou-se, portanto, que houve aderência ao que Donabedian (1986) propõe em relação à avaliação dos processos na dimensão técnica que corresponde à adequação dos serviços à necessidade (padronização). Contudo, há deficiência na avaliação do processo no que se refere à dimensão organizacional/gerencial, na qual é importante avaliar acesso, cobertura, integralidade e continuidade do cuidado, assim como as amenidades conforme afirma Mendes (1994).

No que tange à avaliação dos resultados, são utilizados indicadores clássicos de eficiência, como é o caso do indicador taxa de ocupação de leitos, além da medida da efetividade hospitalar, como os indicadores taxa de mortalidade e de infecção hospitalar. Coaduna também com o que afirmam Machado, Martins, Martins (2013), que a construção de indicadores de qualidade deve abranger a efetividade, a eficiência e a segurança do paciente. Esta última categoria não está presente na avaliação proposta pela SESAB nesse CG, apesar de estar definido como obrigação contratual da OS a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente, determinado pela RDC nº 36 da ANVISA (BRASIL, 2013a) e pela Portaria de Consolidação nº 5 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

Assim, o CG analisado não estabelece indicadores capazes de avaliar a estrutura, considerando que não se verifica a adequação de recursos humanos e materiais nem a disponibilidade deles conforme recomenda Mendes (1994), tampouco o processo do cuidar, além de excluir da análise as questões relativas à segurança do paciente que é requisito necessário segundo a metodologia ONA de acreditação em nível 1.

Quadro 8 — Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão do H2 e H3, SESAB, 2020.

| Nº | Indicador | Classificação |
|----|--|-------------------------|
| 1 | Relação entre valor repassado mensalmente pelo contratante para custeio da unidade, sem Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), e a quantidade de saídas hospitalares, comprovadas através de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em todas as clínicas no período avaliado | Resultado — eficiência |
| 2 | Percentual de AIH pagas em relação à quantidade de AIH apresentadas | Resultado — efetividade |
| 3 | Taxa de infecção hospitalar | Resultado — eficiência |
| 4 | Mortalidade Institucional | Resultado — eficiência |
| 5 | Taxa de Ocupação | Resultado — eficiência |
| 6 | Percentual de profissionais de nível técnico, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego | Estrutura |
| 7 | Percentual de profissionais de nível técnico, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego | Estrutura |

Fonte: Donabedian (1986) e contratos H2 e H3, adaptado pela autora.

O Quadro 8 apresenta os indicadores para avaliação da qualidade nos contratos do H2 e H3 assinados no ano de 2017 e com vigência de 2 anos, podendo ser prorrogado por igual período. Observou-se redução do número de indicadores e predominância daqueles que medem resultados centrados na dimensão da eficiência. Não existem indicadores da avaliação dos processos, e os dois indicadores de avaliação da estrutura não coadunam com a literatura estudada, pois não são medidas que refletem a disponibilidade ou adequação dos recursos avaliados conforme Mendes (1994). Representam a dimensão social no que se refere à política de contratação de Recursos Humanos.

Os “novos contratos” continuam sem avaliar aspectos da segurança do paciente, embora seja uma obrigação da OS implantar o Núcleo de Segurança do Paciente, que é um requisito ou uma estratégia para ter controle de processos com vistas à garantia da qualidade por meio da assistência segura ao paciente/cliente. Convém salientar que, embora os hospitais H2 e H3 tenham perfis diferentes, são os mesmos indicadores para ambos.

Quadro 9 — Análise resumida dos Contratos de Gestão H1, H2 e H3. SESAB, 2020

| Todos os contratos | Contrato H1 – difere dos outros dois na metodologia de avaliação das metas pactuadas e na lista de indicadores | Contrato H2 – houve redução do número de indicadores |
|--|---|---|
| Período de vigência: Os três contratos analisados foram de 24 meses, e todos tiveram seus prazos prorrogados por Termos Aditivos. | Não estabelece indicadores capazes de avaliar a estrutura. Não se verifica a adequação de recursos humanos e materiais nem sua disponibilidade conforme recomenda Mendes (1994). | Os dois indicadores de avaliação da estrutura, presentes no CG do H2 e H3 não coadunam com o referencial teórico estudado, pois não são medidas que refletem a disponibilidade ou adequação dos recursos avaliados. Donabedian (1986); Mendes (1994). |
| Modelos de CG vigentes: existiram dois na relação entre SESAB e OS. | Na dimensão dos processos: há aderência ao que Donabedian (1986) propõe em relação à avaliação dos processos na dimensão técnica que corresponde à adequação dos serviços à necessidade (padronização). Há deficiência na avaliação do processo no que se refere à dimensão organizacional/gerencial, na qual é importante avaliar acesso, cobertura, integralidade e continuidade do cuidado, assim como as amenidades (MENDES,1994). | Não existem indicadores da avaliação dos processos. |
| A segurança do paciente não está presente na avaliação proposta pela SESAB nesse CG, apesar de estar presente como obrigação contratual da OS a implantação do Núcleo de Segurança do Paciente. Em desacordo com Machado, Martins e Martins (2013), que a construção de indicadores de qualidade deve abranger a efetividade, a eficiência e a segurança do paciente. | Na dimensão resultados: são utilizados indicadores clássicos na avaliação da eficiência, como é o caso do indicador taxa de ocupação, além da medida da efetividade hospitalar como os indicadores taxa de mortalidade e de infecção hospitalar. (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013). | Houve predominância de indicadores que medem resultados centrados na dimensão da eficiência. |

Fonte: Contratos H1, H2 e H3, adaptado pela autora.

Verificou-se ainda que os contratos estabelecidos para gestão de unidade hospitalar da rede estadual na Bahia refletem os pilares da reforma gerencial, quando em suas cláusulas e anexos técnicos, determinam-se as obrigações à contratada voltadas para a prestação dos serviços que são pactuados por meio de metas mínimas a serem alcançadas, sendo o repasse financeiro mensal vinculado ao cumprimento de metas na proporção de 40% do valor total do contrato. A partir da análise dos contratos do H2 e H3, observou-se que a avaliação da qualidade considerou os aspectos difundidos pelo estado gerencial valorizando a medida da eficiência desses hospitais.

O Apêndice H apresenta um quadro comparativo entre as obrigações da OS e a aderência aos requisitos ONA para acreditação. Da análise do quadro, verificou-se que a Cláusula 3ª, que sobre as obrigações da contratada, está em acordo com os padrões e requisitos ONA para acreditação em nível 1. Dos 70 itens presentes no Contrato de Gestão, 26 (37%) têm correspondência com, pelo menos, uma das seções/subseções do Manual ONA para acreditação, versão 2018.

No anexo técnico II dos CG analisados, no item 5 da Gestão Administrativa, também constam obrigações relacionadas com a gestão da unidade e que abrangem os padrões da ONA em sua totalidade.

No entanto, não é possível afirmar que esse contrato favorece a melhoria da qualidade, visto que o Sistema Brasileiro de Acreditação, representado pela ONA, estabelece que a avaliação deve ser transversal e sistêmica e permitir analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados. Assim, o SBA considera que as organizações de saúde são complexas e que a sua estrutura, processos e resultados estão interligados, sendo que o funcionamento de um desses componentes interfere no outro e no resultado. Desse modo, não é possível acreditar um setor, mas o hospital inteiro.

Como foi descrito anteriormente, os itens da Cláusula 3ª do Contrato, que contém os requisitos de avaliação desse documento, não apresentam indicadores de avaliação da estrutura e dos processos que possam refletir se existem e onde estão as possíveis falhas do serviço. Considerando que os indicadores de avaliação existentes no CG não são bons medidores de estrutura e processo, conclui-se que o contrato existente não favorece a avaliação da qualidade dessas Organizações. Além disso, o item 35 desestimula a acreditação, ao determinar que:

[...] a contratada manterá (ou adotará medidas visando à obtenção de acreditação hospitalar em caso de haver proposto em sua oferta) a sua acreditação atual durante todo o período de vigência do contrato. Sua perda será objeto de análise pela SESAB.

Assim, conclui-se que o modelo de avaliação da qualidade instituído nos CG analisados, além de não garantir, desestimula a acreditação e pode contribuir para fragilizar o poder regulatório do Estado, que é um dos pilares do Estado Gerencialista, conforme afirmam Santos e colaboradores (2018).

4.3 INDICADORES DO CONTRATO DE GESTÃO NO QUE SE REFEREM À ESTRUTURA, AO PROCESSOS E AOS RESULTADOS

Nesta seção, são apresentados os dados no que se referem aos resultados dos indicadores de qualidade apresentados pelas OS, com base na Tríade Donabediana (estrutura, processo e resultado) tendo como referências as metas contratuais estabelecidas entre 2017 e 2019.

Após a coleta, os dados foram dispostos nos Quadros 10, 11 e 12 a seguir:

Quadro 10 — Avaliação Indicadores do Contrato do H1. SESAB, 2020

| Indicadores de Qualidade | Meta Contratual Permanente | Resultado 2017 | Resultado 2018 | Resultado 2019 |
|---|--|---|---|---|
| Implantar e implementar a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar | Reunião mensal com registro em ata. Calendário das reuniões. Identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas. Manual de rotinas e procedimentos implantado. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar a Comissão de Avaliação do prontuário do paciente | Calendário das reuniões com registro em ata do número de prontuários analisados, Identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas. Realizar revisão de, no mínimo, 10% dos prontuários de saídas hospitalares. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar a Comissão de Avaliação e revisão de óbitos | Calendário das reuniões com registro em ata do número de óbitos analisados. Realizar revisão em, no mínimo, 80% dos óbitos ocorridos. Identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar a Comissão de Ética Médica | Reunião mensal com registro em ata. Calendário das reuniões periódicas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar a Comissão de Ética de Enfermagem | Reunião mensal com registro em ata. Calendário das reuniões periódicas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar a Comissão de Humanização da Assistência | Calendário das reuniões. Reunião Mensal com registro em ata. Adotar os princípios de assistência hospitalar/PNH. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e Implementar a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA) | Calendário das reuniões periódicas; reunião mensal com registro em ata, com identificação de pontos críticos e soluções encaminhadas; Ações realizadas, segundo as orientações da rotina implantada. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |
| Implantar e implementar o Comitê de Fármaco-Tecno e Vigilância | Calendário das reuniões periódicas; listas padronizadas de medicamentos atualizadas periodicamente; critérios definidos de inclusão e exclusão de fármacos. Comunicação de efeito adverso a medicamento. | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas | Implantada, mas sem informação nas atas |

| | | | | |
|---|--|----------------|----------------|----------------|
| Taxa de Ocupação Hospitalar (%) | 85 | 87,32 | 95,12 | 96,05 |
| Mortalidade Institucional (%) | 3 | 0,82 | 0,37 | 0,35 |
| Mortalidade Geral (%) | 3,8 | 0,74 | 0,23 | 0,40 |
| Taxa de infecção hospitalar (%) | 5 | 0,97 | 0,55 | 0,58 |
| Percentual de casos discutidos pela equipe multiprofissional no trimestre. | 3% dos pacientes internados | 3 | 3 | 3 |
| Número de reuniões realizadas com os profissionais da equipe multiprofissional da unidade, objetivando a educação permanente | 1 reunião por mês | 5,82 | 5,28 | 8,25 |
| Implantar o SAC | Serviço implantado em até 3 meses de operação e resposta com resolução, em até 10 dias, de 100% das demandas registradas | SAC implantado | SAC implantado | SAC implantado |
| Aplicar questionário de satisfação com no mínimo, 10% dos clientes internados ou seus familiares, e 3% dos pacientes de ambulatório atendidos na unidade hospitalar | 80% de usuários e familiares entrevistados satisfeitos | 91,67 | 93,83 | 95,05 |
| Percentual de cuidadores treinados para alta do paciente, através de atividade de educação permanente | 100% de cuidadores dos pacientes que tiveram alta treinados, no trimestre | 100,00% | 100,00% | 100% |

Fonte: RIH, SAIS/SESAB.

No que concerne à dimensão da estrutura, consta um indicador que se refere à implantação do SAC, observando-se o cumprimento da meta inicial. Entretanto, em relação à meta “resolução em até 10 dias de 100% da demanda”, que seria um indicador de resultados, não foi possível avaliar, pois o instrumento utilizado pela Secretaria Estadual de Saúde, responsável pela avaliação das metas, o RIH, não contempla o registro dessas informações. Observou-se que os contratos assinados após 2018 não têm essa meta.

Quanto à dimensão processo, também a OS cumpriu a meta inicial para esses indicadores, pois estão todas as comissões implantadas. No entanto, a meta permanente, relacionada com os seus resultados, não foi possível avaliar neste trabalho, considerando que a fonte de informação utilizada foram os RIH, que são o instrumento utilizado pela SESAB para avaliação de metas dos contratos e não contempla informação referente aos trabalhos das comissões, embora o pagamento esteja relacionado com o cumprimento dessas metas. Isso indica que o RIH necessita de melhorias quanto às informações.

No que tange à dimensão resultados, verificou-se para os três hospitais o cumprimento parcial das metas estabelecidas para os indicadores. Observa-se que no H1 não existe o indicador “Percentual de AIH pagas em relação à quantidade de AIH apresentadas”; já no H2 e H3, para esse mesmo indicador, as metas ficaram abaixo do estabelecido em 2017 e 2018; e para o Indicador Taxa de Ocupação, os três hospitais superaram em mais de 10% a meta estabelecida. Isso necessariamente não significa um bom resultado, já que quanto maior a taxa de ocupação, maiores são os riscos para os usuários, podendo indicar também baixa rotatividade de leitos e baixa resolubilidade. Sugere-se que seja monitorado este indicador mediante avaliação de outros indicadores, a exemplo de taxa de infecção hospitalar, tempo de permanência e satisfação dos usuários.

Um indicador que merece destaque é o Percentual de profissionais de nível técnico/nível superior sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego, que, em princípio, seria para estimular o primeiro emprego do trabalhador da saúde, apresenta uma meta fixada em 10%. Inicialmente, os hospitais não atingem a meta, mas o H2 a duplica em 2018, e o H3 mais que duplica em 2018 e 2019. A continuidade da adoção desse indicador, acriticamente, pode ter efeito contrário, ou seja, estimular a rotatividade de profissionais e a sua substituição por *trainees*.

Quanto ao indicador taxa de infecção hospitalar, embora os resultados apresentados pelos hospitais estudados tenham sido abaixo de 5% (parâmetro aceitável pela OMS), merece

destaque a meta de 18% estipulada para o H2, não favorece garantia da qualidade da assistência hospitalar.

Em relação à mortalidade institucional, observaram-se médias anuais abaixo dos parâmetros estabelecidos nos contratos, sendo que o H2, no ano de 2019, ultrapassou a meta em aproximadamente três pontos percentuais. Ressalte-se ainda que esse mesmo hospital teve elevação da taxa de infecção hospitalar no mesmo período.

Os quadros 11 e 12 a seguir contemplam os resultados dos hospitais H2 e H3.

Quadro 11 — Avaliação Indicadores do H2. SESAB, 2020

| Indicadores de Qualidade | Meta Contratual Permanente | Resultado 2017 | Resultado 2018 | Resultado 2019 |
|---|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Percentual de AIH pagas em relação à quantidade de AIH apresentadas | 90% | 74,73 | 76,17 | 99,23 |
| Taxa de infecção hospitalar (%) | 18% | 2,1 | 2,07 | 4,01 |
| Mortalidade institucional (%) | 5% | 2,05 | 2,05 | 7,93 |
| Taxa de ocupação (%) | 85% | 97,49 | 97,95 | 92,77 |
| Percentual de profissionais de nível técnico, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego (%) | 10% | 5,16 | 22,62 | 15,63 |
| Percentual de profissionais de nível superior sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego (%) | 10% | 2,8 | 15,45 | 14,08 |

Fonte: RIH, SAIS/SESAB.

Quadro 12 — Avaliação dos Indicadores do H3. SESAB, 2020

| Indicadores de Qualidade | Meta Contratual | Resultado 2017 | Resultado 2018 | Resultado 2019 |
|---|------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Percentual de AIH pagas em relação à quantidade de AIH apresentadas | 90% | 74,48 | 62,06 | 54,95 |
| Taxa de infecção hospitalar (%) | 3% | 2,1 | 2,07 | 0,87 |
| Mortalidade institucional (%) | 3% | 2,05 | 2,05 | 2,33 |
| Taxa de ocupação (%) | 86% | 97,49 | 97,95 | 90,01 |
| Percentual de profissionais de nível técnico, sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego (%) | 10% | 8,93 | 18,74 | 25,46 |
| Percentual de profissionais de nível superior sem experiência anterior comprovada, contratados a título de primeiro emprego (%) | 10% | 7,68 | 22,87 | 25,95 |

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

O modelo de contrato dos hospitais H2 e H3 propõe a avaliação da qualidade, majoritariamente, por meio de indicadores na dimensão dos resultados, sendo quatro deles medidas da eficiência (Relação entre valor repassado mensalmente pelo contratante para custeio da unidade, sem Órteses Próteses e Materiais Especiais, e a quantidade de saídas hospitalares, comprovadas por meio de AIH, em todas as clínicas no período avaliado; Taxa de infecção hospitalar; Mortalidade Institucional e Taxa de Ocupação), em que os dois hospitais tiveram bom desempenho e um outro indicador que mede a efetividade (Percentual de AIH pagas em relação à quantidade de AIH apresentadas). Este último, ambos os hospitais tiveram desempenho abaixo da meta estabelecida em contrato, exceto no último ano, 2019, que o H2 atingiu o resultado esperado para o indicador.

Na dimensão da estrutura, para os dois indicadores propostos, os hospitais tiveram baixo desempenho no ano 2017 e atingiram o esperado nos anos subsequentes.

Da análise, conclui-se que houve limitações para avaliação da qualidade desses serviços conforme os indicadores propostos, considerando a falta de informações relacionadas com os indicadores do H1, além da seleção de indicadores ser inadequada para avaliação da qualidade, segundo recomenda o referencial teórico da área. Faltam indicadores para avaliação da estrutura referentes à capacidade instalada, além dos indicadores de resultados com foco na segurança do paciente que são requisitos para qualidade definidos pelo Ministério da Saúde e ANVISA, além de ser o recomendado para atingir o primeiro nível de acreditação da ONA.

4.4 GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS POR ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE 2017 A 2019

Nesta seção, são apresentados os dados no que se refere ao grau de satisfação dos usuários com base nos resultados das pesquisas realizadas pelas OS no período compreendido entre 2017 e 2019.

Da análise dos relatórios encaminhados pelas OS, observou-se diferença na metodologia de pesquisa de satisfação de usuário e nos seus registros.

No H1, o relatório é descritivo, são informados os números de pacientes atendidos por setor (ambulatório e/ou internação) e os percentuais de pacientes entrevistados, que, pelo contrato, devem ser 10% de usuários ou familiares de pacientes internados e 3% dos pacientes atendidos no ambulatório. No período analisado, cumpriu-se a determinação contratual. A partir

disso, são determinados os percentuais de usuários satisfeitos com o serviço, separados por setor.

A Tabela 3 apresenta os resultados, sendo observado que a unidade atingiu percentual de usuários satisfeitos acima de 90% para os dois setores, nos três anos avaliados, sem muita variação de um ano para o outro. No modelo de relatório apresentado pela OS, não é possível perceber quais os pontos de insatisfação para que sejam adotadas medidas corretivas ou de melhorias, como recomenda a literatura. Sugere-se fazer uma pesquisa mais detalhada, na qual o usuário possa avaliar cada serviço do hospital e os resultados apresentem um maior detalhamento sobre aqueles insatisfeitos.

Tabela 3 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H1 distribuídos por setor, SESAB, 2017 a 2019

| Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H1 por setor. 2017 a 2019 | | | |
|--|-------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Ambulatório | 92,32 | 93,30 | 95,10 |
| Internamento | 91,02 | 94,35 | 94,99 |
| Todos os setores | 91,67 | 93,83 | 95,05 |

Fonte: Relatórios de pesquisa de satisfação dos usuários do H1, adaptado pela autora.

No H2, os resultados das pesquisas são apresentados em planilhas de Excel[®], detalhando a avaliação por serviço oferecido. Não foi separado por setor ou pela característica do hospital, não tem setor de emergência e ambulatório; apenas internação. Os dados são apresentados em planilhas, nas quais constam o número de pacientes entrevistados e quantos responderam ótimo, bom, regular e ruim para cada serviço do hospital. Ressalve-se que o contrato da SESAB com a OS gestora desse hospital não exige avaliação da satisfação de usuários como indicador.

A tabela 4 demonstra o percentual de usuários que responderam ótimo e bom, considerados como usuários satisfeitos com os serviços oferecidos.

Tabela 4 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H2 SESAB, 2017 a 2019

| Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do H2 período 2017 a 2019 por setor | | | |
|---|-------|-------|-------|
| | 2017 | 2018 | 2019 |
| Portaria | 87,13 | 94,05 | 90,90 |
| Recepção | 92,33 | 98,18 | 86,45 |
| Enfermagem | 92,56 | 91,01 | 77,95 |
| Nutrição | 87,4 | 92,11 | 86,1 |

| | | | |
|----------------------------|-------|-------|-------|
| Serv Social | 97,41 | 99,23 | 90,02 |
| Higienização | 93,68 | 77,2 | 81,21 |
| Médicos | 87,5 | 87,23 | 73,99 |
| Fisioterapia | 80,64 | 85,74 | 73,88 |
| Psicologia | 80,32 | 84,98 | 69,88 |
| Terapia Ocupacional | 80,32 | 78,14 | 67,03 |
| Todos os setores | 88,64 | 88,79 | 79,74 |

Fonte: Relatórios de pesquisa de satisfação dos usuários do H2, adaptado pela autora.

Da análise, observou-se que, no ano de 2017, todos os serviços tiveram 80% e mais dos usuários satisfeitos, sendo os mais bem avaliados serviço social, seguidos de higienização, enfermagem e recepção, todos com mais de 90% de usuários satisfeitos. A média global de usuários/familiares satisfeitos com esse hospital, no ano de 2017, foi de 88,64%. No ano de 2018, a média global de todos os setores foi de 88,79% de usuários satisfeitos, sendo que a melhor avaliação foi do serviço social com 99,23% de usuários satisfeitos, seguido de recepção, portaria, nutrição e enfermagem que variaram em percentual de 91,01% a 98,18% de satisfação. Já no ano de 2019, o hospital teve uma queda de, aproximadamente, 10 pontos percentuais na média geral de satisfação, sendo de 79,74% a média global de usuários satisfeitos. Quanto aos serviços individualmente, o de Portaria obteve o maior percentual de aprovação (90,9%), seguido do serviço social, recepção e nutrição que variaram os percentuais de 86,1% a 90,02%. As médias dos serviços médicos e de enfermagem no período foram de 82,9% e 87,17% respectivamente.

Contudo, essa análise do serviço médico não discrimina se a avaliação é da qualidade técnica ou confiabilidade, considerada difícil de avaliação pelo usuário, se é da qualidade das relações interpessoais ou capacidade de resposta conforme Mendes (1994) e Andrade *et al.* (2019).

Os dados apresentados pelo H3 também permitiram avaliação por serviço e por setor, já que esse é um hospital que possui emergência, ambulatório e internação, embora o CG também não contemple esse indicador como forma de avaliar a qualidade.

Da análise dos dados, observou-se que o ambulatório teve uma melhor avaliação dos usuários no ano de 2019 para todos os serviços, sendo as melhores avaliações para o serviço de psicologia em 2018 (79,67%) e em 2019 (87,87%). A avaliação global do hospital foi de 61,86% de aprovação dos usuários em 2018, tendo melhorado esse percentual, em 2019, para 80,87%.

Cabe ressaltar que não foram fornecidos os registros dessas avaliações referentes ao ano de 2017, sendo justificado que não tinham esses dados, considerando que foi o ano em que a OS assumiu a gestão dessa unidade que antes era terceirizada para uma empresa privada.

Tabela 5 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços do ambulatório do H3. SESAB, 2018 e 2019

| Ambulatório | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| | 2018 | 2019 |
| Portaria | 45,15 | 77,44 |
| Recepção | 51,8 | 80,81 |
| Enfermagem | 60,7 | 78,058 |
| Nutrição | 68,8 | 81,1 |
| Serv Social | 69,99 | 74,49 |
| Higienização | 50,75 | 76,67 |
| Médicos | 61,71 | 82,03 |
| Fisioterapia | 71,08 | 84,95 |
| Rouparia | 59,8 | 79,14 |
| Laboratório | 63,8 | 83,46 |
| Agência transfusional | 66,24 | 85,97 |
| Bioimagem | 60,41 | 84,31 |
| Central Interna de Regulação | 58,32 | 81,45 |
| Maqueiro | 57,31 | 77,37 |
| Manutenção | 64,15 | 78,82 |
| Psicologia | 79,67 | 87,87 |
| Todos os serviços | 61,86 | 80,87 |

Fonte: Relatórios de pesquisa de satisfação dos usuários do H3, adaptado pela autora.

Quanto aos serviços da emergência, observou-se também melhoria no percentual de usuários satisfeitos, sendo a média global, em 2018, de 60,92%, tendo acréscimo, em 2019, para 79,07% de satisfação. Os serviços de psicologia e fisioterapia foram os únicos que tiveram média acima de 70% no primeiro ano. Já em 2019, os serviços de psicologia, fisioterapia, serviço social, bioimagem, recepção, médicos, nutrição e maqueiros tiveram percentuais de satisfação acima de 80% dos usuários entrevistados. Os serviços de higienização e maqueiro foram os que tiveram menor índice de satisfação no ano de 2018, inclusive com médias abaixo de 50%. Em 2019, o menor percentual de usuários satisfeitos foi o com serviço de higienização (67,1%).

Tabela 6 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços da emergência do H3. SESAB, 2018 e 2019

| Emergência | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| | 2018 | 2019 |
| Portaria | 60,33 | 76,66 |
| Recepção | 56,32 | 83,77 |
| Enfermagem | 61,57 | 76,28 |
| Nutrição | 60,77 | 80,85 |
| Serv Social | 69,23 | 83,47 |
| Higienização | 45,85 | 67,1 |
| Médicos | 59,85 | 81,86 |
| Fisioterapia | 73,98 | 84,8 |
| Rouparia | 60,15 | 78,87 |
| Laboratório | 64,68 | 78,82 |
| Agência transfusional | 61,05 | 72,41 |
| Bioimagem | 57,44 | 83,04 |
| Central Interna de Regulação | 63,27 | 79,07 |
| Maquero | 48,09 | 80,16 |
| Manutenção | 55,1 | 70,2 |
| Psicologia | 76,98 | 87,82 |
| Todos os serviços | 60,92 | 79,07 |

Fonte: Relatório de pesquisa de satisfação dos usuários do H3, adaptado pela autora.

Os serviços no setor de internação seguiram a tendência do ambulatório e emergência, apresentando melhores avaliações no ano de 2019; sendo os serviços de fisioterapia e psicologia com maior percentual de usuários satisfeitos em 2019, ambos com mais de 80% de aprovação. No ano de 2018, o maior percentual ficou para os seguintes serviços: serviço social, fisioterapia e nutrição, 73,32%, 72,59% e 70,09% respectivamente. O percentual global de usuários satisfeitos com os serviços foi em média de 60,89% e 77,7% nos dois anos avaliados.

Tabela 7 — Percentual de usuários satisfeitos com os serviços da internação do H3. SESAB, 2018 e 2019

| Internamento | | |
|---------------------|-------------|-------------|
| | 2018 | 2019 |
| Portaria | 53,5 | 80,94 |
| Recepção | 60,02 | 81,35 |
| Enfermagem | 58,87 | 74,54 |
| Nutrição | 70,09 | 75,91 |
| Serv Social | 73,32 | 73,33 |

| | | |
|-------------------------------------|--------------|--------------|
| Higienização | 53,31 | 74,22 |
| Médicos | 59,29 | 82,95 |
| Fisioterapia | 72,59 | 84,94 |
| Rouparia | 53,5 | 72,08 |
| Laboratório | 67,61 | 81,88 |
| Agência transfusional | 65,52 | 76,95 |
| Bioimagem | 59,9 | 80,64 |
| Central Interna de Regulação | 58,88 | 72,96 |
| Maqueiro | 52,2 | 73,31 |
| Manutenção | 56,03 | 73,48 |
| Psicologia | 59,6 | 83,7 |
| Todos os serviços | 60,89 | 77,70 |

Fonte: relatório de pesquisa de satisfação dos usuários do H3, adaptado pela autora.

Esses percentuais, por si sós, não explicam os motivos da insatisfação nem implicam medidas corretivas para o alcance das metas contidas nos contratos. Assim, as medidas de resultado baseadas na satisfação dos usuários, embora sejam um indicador considerado relevante pela literatura, no caso estudado, não têm apresentado consequências práticas.

4.5 PERCEPÇÕES DO GESTOR DA SESAB E DIRETORES DOS HOSPITAIS QUANTO ÀS LIMITAÇÕES PARA GARANTIR PADRÃO DE QUALIDADE CONFORME DETERMINA O PEOS NA BAHIA

O conteúdo das entrevistas foi analisado conforme Bardin (2011), que define o método de análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O conteúdo transcrito foi categorizado e organizado conforme as categorias e subcategorias definidas anteriormente com base na literatura estudada, a fim de responder ao seguinte questionamento: os hospitais gerenciados pelas OS encontram limites estruturais e processuais que dificultam assegurar a qualidade da atenção, em conformidade com o pactuado no CG?

Os hospitais pesquisados e seus respectivos gestores entrevistados foram identificados pelos três primeiros números cardinais; e as OS gestoras, identificadas com as letras do alfabeto conforme consta no Quadro 6, com a finalidade de manter o sigilo sobre a identidade dos hospitais, as OS e os gestores entrevistados.

4.5.1 Caracterização dos participantes

Foram três diretores de hospitais entrevistados, sendo denominados gestor H1, gestor H2 e gestor H3. Dos entrevistados, houve predominância do gênero masculino, sendo apenas uma das gestoras do gênero feminino. Quanto a formação e experiência profissional, um deles tem formação na área da saúde, pós-graduação na área de saúde coletiva e experiência na gestão hospitalar de aproximadamente 3 anos. Os outros dois são administradores e têm pós-graduação em gestão de saúde e experiência de 15 anos ou mais na gestão de hospitais.

Quanto à entrevista na Secretaria Estadual de Saúde, foi realizada com a subsecretária de saúde; que é médica, tem especialização em gestão hospitalar e experiência de, aproximadamente, 15 anos na diretoria de hospitais e que, neste trabalho, é denominada de gestora SESAB.

4.5.2 Limites que dificultam assegurar a qualidade nos hospitais gerenciados por OS

Na dimensão da estrutura, foram definidas as seguintes subcategorias: núcleo de qualidade instituído; quantitativo e qualificação dos recursos humanos; manutenção da estrutura física e suprimentos.

Quanto ao núcleo de qualidade, 100% dos gestores informaram que não têm o Núcleo de Qualidade Hospitalar conforme determina a Política Nacional de Assistência Hospitalar (BRASIL, 2017).

Em relação a esse tópico, os gestores respondem:

A OS sim, tem um escritório da qualidade que é destinado a todos os hospitais geridos pela OS. Eles fazem auditorias em todos os hospitais sob sua administração, duas vezes por ano, baseada nos critérios da ONA e tem o Manual como referência. (Gestor H1).

A gente não tem um grupo específico, mas a gente trabalha qualidade dentro das próprias comissões. (Gestor H2).

Nós temos um setor de qualidade hospitalar, onde tem uma pessoa de nível médio que organiza as informações baseadas nos indicadores do contrato e também eventuais demandas das lideranças assistenciais ou da direção médica assistencial ou da direção geral para que a gente faça as análises, mais qualitativas, mas ela não faz a crítica (Gestor H3).

Com relação aos recursos humanos, apenas o gestor do H3 declarou uma limitação, pois, devido às dificuldades financeiras, o dimensionamento adequado e a qualificação dos profissionais nem sempre são garantidos devido às questões de valor de mercado e cita:

É uma questão de mercado, a gente não consegue os melhores porque a gente tá preso no valor. [...] eu observo que não há um alinhamento ou uma correspondência dentro desse item de custo que é pessoal. (Gestor H3).

Sobre o dimensionamento, esse mesmo gestor afirma que é uma dificuldade, considerando que o contrato não tem esse dimensionamento para os profissionais de nível superior nem para os de nível médio, dificultando atuação da OS nesse sentido. Segundo afirma:

Isso se dá de forma muito empírica e por força de movimentos de vetores de força tanto de sindicatos quanto de conselhos porque a gente não tem um parâmetro estadual que defina, não tem no contrato o dimensionamento. (Gestor H3).

Observam-se, assim, o poder regulador dos órgãos de classes de cada categoria profissional.

Os demais gestores não relacionaram essas questões de pessoal como oportunidades de melhoria.

Sobre a estrutura física predial e de equipamentos e mobiliários, os gestores do H1 e H3 relacionaram como dificuldade, conforme se observa nos textos transcritos:

A dificuldade é a estrutura física antiga. Essa estrutura não daria para ser um hospital pela RDC. Teve uma reforma, mas na verdade tinha que ser outra unidade. A Vigilância Sanitária vem e diz que é tudo não conforme. Eu encaminho para a SESAB, mas fica tudo travado. A gente faz paliativos. A parte de prover a estrutura física adequada e equipamentos não é satisfatório. É uma grande dificuldade. (Gestor H1).

Já o gestor do H3 afirma:

Como se trata de uma gestão que é compartilhada, a gente tem muitas dificuldades no que tange às competências do nível central. Basicamente se a gente fala de estrutura física de equipamentos. Posso dizer que a gente tem processo desde 2018, de solicitação de equipamento ou de mobiliário, que até hoje não chegou. Eu estou aqui há um ano e não consegui colocar um parafuso aqui dentro, dos processos que a gente disparou. (Gestor H3).

Sobre suprimentos de medicamentos, materiais e insumos, todos os gestores afirmaram não ter dificuldades em garantir esses itens. A descentralização das compras de medicamentos e materiais de consumo é uma das facilidades do modelo de OS.

Na dimensão dos processos, foram utilizadas as seguintes subcategorias: monitoramento de indicadores; padronização de procedimentos e relação da OS com a SESAB.

Quanto ao monitoramento de indicadores de qualidade, os gestores do H1 e H3 responderam que seguem o que está no contrato, sendo que o gestor do H3 informou que não tem ação efetiva de monitoramento. São realizadas ações pontuais por demanda. O que se faz, sistematicamente, é organizar as informações que o contrato exige, que sejam passadas mês a mês para a SESAB.

Já o gestor do H2 informou que são monitorados os seguintes indicadores:

[...] infecção hospitalar, indicadores de mortalidade, taxa de ocupação e média de permanência do paciente. Os indicadores são acompanhados tanto pela área assistencial como pela área administrativa, inclusive a própria direção do hospital avalia mês a mês os indicadores. (Gestor H2).

Nesse caso, priorizam-se indicadores de resultados sem avaliar a estrutura e os processos, em desacordo com a referência principal deste trabalho, no entanto, coaduna com Bittar (2008) que relaciona estes como principais indicadores para avaliação de resultados, ao passo que também está conforme com as diretrizes do Novo Gerencialismo.

Sobre padronização de procedimentos, os gestores foram unânimes em afirmar que existem normas, protocolos e regulamentos, tanto na área clínica e de assistência quanto para os procedimentos administrativos; sendo este considerado um dos aspectos positivos, pois a padronização de procedimentos e rotinas favorecem o alcance de padrões de qualidade na assistência, que garantam intervenções seguras e resolutivas e evitam ações desnecessárias. Ademais, é um dos requisitos para acreditação em nível 1 pela ONA.

Na relação da OS com a SESAB, o gestor do H1 afirmou que:

A SESAB descumpra o que é da sua obrigação no que se refere ao repasse mensal que, nunca ocorre conforme com o que está disposto no contrato, além de ter muitos processos de pagamento das OPM – órtese, prótese e material que a SESAB não liberou. Apesar de não prover a unidade de equipamentos importantes para o funcionamento da unidade, mas em relação à fiscalização e monitoramento do cumprimento de metas, a SESAB tem feito frequentemente. (Gestor H1)

Para o entrevistado do H2, existem dois tipos de relacionamento entre OS e Secretaria Estadual de Saúde:

O primeiro refere-se ao acompanhamento, avaliação e auditoria do contrato que ocorre normalmente conforme previsão contratual. O segundo está na obrigação da SESAB em prover a unidade de estrutura física e material permanente para o desempenho das funções. A Secretaria é cumpridora do seu dever. Entretanto há dificuldade em reajustar o valor do contrato, que não acompanha o mercado. (Gestor H2).

O gestor do H3 respondeu:

A SESAB faz o monitoramento e, em caso do descumprimento da meta, a OS pode justificar e a Secretaria pode acatar ou não a justificativa para o descumprimento da meta. Mas há uma grande dificuldade com relação ao planejamento das metas contratuais. Por exemplo: a internação em pediatria, o hospital nunca atinge essa meta porque não tem demanda suficiente e a SESAB não faz avaliação dessas metas contratuais e nem planejamento baseado em série histórica ou perfil epidemiológico da região de cobertura de cada hospital. Assim, é uma relação conflituosa. (Gestor H3).

Com relação ao indicador na **dimensão dos resultados**, foi selecionada a pesquisa de satisfação do usuário; e, na percepção de todos os gestores, não há limitações quanto a isso.

Contudo, na visão desses gestores, há grande dificuldade em relação aos repasses que não acontecem conforme contrato e ainda o reajuste do valor contratual, que, embora esteja previsto no instrumento contratual, não é algo que se faz conforme a necessidade de mercado, o que influencia diretamente na contratação de pessoal qualificado e na dimensão necessária ao funcionamento do hospital.

4.5.3 Potencialidades do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais

No que se refere às potencialidades, os entrevistados citaram aspectos relacionados com os processos e com os resultados.

[...] a produção dobrou com muito menos funcionários, há um cuidado maior com a estrutura e diferença na prestação do serviço. Enxergo só vantagens para o estado e para o cidadão, pois não vai faltar medicamento, não vai faltar médico, existe celeridade nos processos, não precisa de licitação para comprar insumos, não vai precisar concurso público para substituir funcionário. (Gestor do H1).

Os gestores do H2 e H3 afirmaram que há maior autonomia e celeridade nos processos de contratação e na forma como a OS se relaciona com os empregados. Além disso, citaram que há celeridade nos processos de compras, o que interfere positivamente na provisão dos insumos/suprimentos — além de relacionar a eficiência dos hospitais sob gestão de OS que é maior quando comparado a outras formas de gestão hospitalar.

Em síntese, observou-se que, na visão dos gestores, o modelo de gestão hospitalar por meio de CG com OS é mais eficiente quando comparado com outros, percepção que reafirma os achados do estudo realizado por Santana (2014), bem como com os princípios da reforma administrativa brasileira (BRESSER-PEREIRA, 1997).

4.5.4 Limites e oportunidades de melhorias do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais na percepção da SESAB

Do ponto de vista da estrutura, a entrevistada avalia que, nos últimos anos, tem sido uma preocupação frequente e que, com relação ao enfrentamento da pandemia da Covid-19, foi feito um trabalho de excelência; e hoje há unidades bem diferentes do que se tinha antes, em termos de melhorias do parque tecnológico. Entretanto, reconhece que existem problemas na estrutura predial dos hospitais, especialmente, os mais antigos. Citou exemplo do Hospital Manoel Vitorino e afirmou que, para esse hospital, há perspectiva de construção de outra unidade.

Em relação ao processo, considera uma limitação o planejamento de metas contratuais. Afirmou o seguinte:

É exatamente o planejamento de metas onde possa ser incluído mais qualidade de assistência do que quantidade. [...] a demanda termina às vezes vamos dizer assim selecionada por códigos de procedimentos ou grupos ou alinhamento de procedimentos que são elegíveis para determinada unidade. Acho que melhorar as metas qualitativas é um avanço que a gente precisa ter. Para mim isso hoje é uma dificuldade... As metas que são quantitativas por muitas vezes não refletem a real necessidade de oferta. (Gestora SESAB).

A maior dificuldade para implementar um sistema de avaliação e monitoramento da qualidade nos hospitais gerenciados por OS, na sua visão, é instituir o processo de trabalho na Superintendência de Atenção à Saúde (SAIS), que é responsável pela função. Segundo ela, já foi feita a qualificação dos servidores, mudanças na estrutura administrativa com vistas a implementar um planejamento na elaboração dos contratos e na elaboração de metas contratuais, considerando as necessidades da população.

Quanto à avaliação dos resultados da OS, por meio da pesquisa de satisfação do usuário, afirmou que, embora seja um indicador importante para medir resultados, existem outros aspectos também que devem ser acrescentados, como a resolutividade.

No geral esses, modelos de avaliação da satisfação do usuário são bem evasivos, eles protegem a unidade, ou seja, quem faz a gestão ao invés de proteger o cliente. Avaliar satisfação tem um peso no resultado qualitativo, mas também tem outras questões mais importantes que é dar resolutividade. [...] porque o sistema de saúde é um trabalho em rede, e resolutividade é após a alta hospitalar o paciente estar encaixado na atenção primária. Estamos trabalhando para dar o que realmente é a necessidade do SUS. (Gestora SESAB).

Contudo, na visão da gestora da SESAB, o sistema de avaliação dos contratos e de planejamento das metas contratuais são fatores limitadores na garantia da qualidade, o que está em consonância com os outros resultados encontrados nesta pesquisa.

4.5.5 Potencialidades do modelo de gestão por OS para assegurar qualidade nos hospitais na percepção da SESAB

Ao ser questionada sobre as potencialidades desse modelo de gestão, a entrevistada respondeu que está relacionado à possibilidade de fazer um planejamento para contratar um produto/oferta de serviço relativo às diretrizes ministeriais e à necessidade da população de referência, por meio de metas previamente definidas conforme se observa no texto transcrito.

Fazer um planejamento para que a gente possa ter um produto contratualizado e contratado para ofertar esse tipo de atendimento. [...] dimensionar a capacidade instalada e fazer com que metas sejam cumpridas. Quando a gente consegue mensurar e essa oferta de trabalho está diretamente relacionada com as diretrizes e políticas de saúde Ministério esse é o objetivo final que a organização social pode oferecer mais rapidamente falando. Adequar a gestão à política nacional de saúde e à necessidade mesmo porque o ambiente hospitalar tem que produzir a qualidade da assistência ao paciente com as necessidades inerentes daquela população ou daquela referência que se proponha hospital. (Gestora SESAB).

Além de mudanças no planejamento das metas contratuais, a SESAB vem trabalhando na construção de novos instrumentos para os hospitais sob gestão de OS na perspectiva da acreditação como uma estratégia para garantir qualidade desses serviços.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação objetivou avaliar como os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, asseguraram a qualidade da assistência, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no CG, no período de 2017 a 2019. Como principais referências, foram utilizadas as dimensões de qualidade baseada na Tríade Donabediana de estrutura, processos e resultados, os parâmetros da ONA (2018) e as cláusulas dos CG entre a SESAB e as OS.

A publicização de hospitais da rede estadual configura-se como uma Política de Saúde instituída na Bahia, sendo este o modelo de gestão hospitalar predominante na rede sob gestão indireta no estado. A análise dos resultados indica que o PEOS não cumpriu seus objetivos iniciais, na medida em que foram detectadas fragilidades na gestão dessas unidades, principalmente no que se refere à dimensão da estrutura, além do baixo desempenho no alcance das metas contratuais e limitações da SESAB para o efetivo acompanhamento dos CG.

Os gestores do H1 e H3 relacionaram deficiências na estrutura física predial, de equipamentos e mobiliários como dificuldades para atingir a qualidade.

Posto isso, confirma-se a premissa de que os hospitais gerenciados pelas OS encontram limites estruturais e processuais que dificultam assegurar a qualidade da atenção, em conformidade com o pactuado no CG.

Os indicadores de qualidades existentes no CG instituído pela SESAB não favorecem o fortalecimento do poder regulador do Estado, pois não avaliam aspectos da estrutura relativos ao dimensionamento e à qualificação de pessoal, a avaliação dos processos não contempla aspectos referentes ao acesso e à integralidade da assistência. A avaliação dos resultados é, também, baseada na pesquisa de satisfação dos usuários, contudo, quando os hospitais não alcançam as metas contratualizadas, nenhuma medida de diagnóstico do não atingimento das metas e de melhoria são adotadas. Não existem nos CG estímulos para a realização de avaliação para a acreditação, e os indicadores de avaliação existentes não enfocam a estrutura, o que é considerado pela ONA como principal requisito para o primeiro nível de acreditação dessa Organização. Não existem Núcleos de Qualidade e Segurança Hospitalar, o que pode comprometer a implantação de uma política de segurança ao paciente nos Hospitais gerenciados por OS.

A baixa frequência de indicadores de avaliação dos aspectos da estrutura relacionados com a capacidade instalada e com os recursos humanos, assim como a fragilidade encontrada nos indicadores de processos, a exemplo da não avaliação do acesso, da segurança do paciente

e dos profissionais e da integralidade do cuidado, sendo priorizada avaliação de resultados baseado na medida da eficiência desses hospitais, coadunam com a abordagem do Novo Gerencialismo que privilegia as avaliações baseadas em resultados.

Assim, propõe-se que a SESAB reformule o Sistema de Avaliação da Qualidade, reveja os indicadores de qualidade existentes nos CG com vistas a fortalecer o poder de decisão do gestor e a função regulatória do Estado. Para tanto, faz-se necessário considerar o perfil da unidade e a avaliação sistemática dos resultados da assistência prestada por meio de indicadores que demonstrem a efetiva implementação da Política Nacional de Segurança do Paciente, amplamente difundida na literatura e sistematizada por meio de normas editadas pelo Ministério da Saúde, além dos indicadores clássicos propostos na literatura para avaliação da qualidade, quais sejam: taxa bruta de infecções, taxa de cesáreas, taxa de cirurgias desnecessárias, taxa de complicações ou intercorrências, taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica, respiratória, urinária), taxa de mortalidade geral hospitalar, taxa de mortalidade institucional, taxa de mortalidade materna hospitalar, taxa de mortalidade operatória, taxa de mortalidade pós-operatória, taxa de mortalidade por anestesia e taxa de mortalidade transoperatória.

Sugere-se ainda unificação do modelo de contrato, acrescentando-se às obrigações da contratada todos os requisitos propostos pela ONA para o primeiro nível de acreditação, considerando que os gestores entrevistados citaram o alto custo como empecilho para submeter os hospitais ao processo de acreditação e a falta de incentivos financeiros no contrato para isso, além da incapacidade do Estado em garantir a estrutura física necessária, exigida pela legislação sanitária. Por fim, recomenda-se a elaboração e implementação do plano estadual de segurança do paciente.

Apesar dos cuidados metodológicos e esforços empreendidos para assegurar a qualidade e validade dos resultados, o presente estudo esteve sujeito a algumas limitações, tais como: mudança dos cargos de gestão da SAIS/SESAB; o período da pesquisa de campo que foi realizada durante a pandemia da Covid-19, dificultando acesso aos hospitais da rede, sendo uma das entrevistas realizada por meio de aplicativo, o que pode influenciar na interação entrevistado/entrevistador; ausência de informações relativas a alguns resultados de indicadores e escassez de padronização dos instrumentos para a pesquisa de satisfação do usuário.

Em relação à continuidade da pesquisa, indica-se a ampliação do número de hospitais avaliados e a realização de outros estudos avaliativos utilizando métodos quantitativos que permitam estudos comparativos entre os modelos de gestão e sua influência sobre a qualidade. Tais estudos podem contribuir para a tomada de decisões baseadas em evidências e fortalecer

a Política de Atenção Hospitalar no Estado, beneficiando os usuários, contribuintes e trabalhadores do SUS.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Luiza Amélia Freitas de *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde segundo o nível de satisfação dos idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 40, e20180389, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1983-14472019000100428&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 fev. 2021.
- BAHIA. Lei nº 7.027, de 29 de janeiro de 1997. Institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 30 jan. 1997. Disponível em: <https://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/85980/lei-7027-97>. Acesso em: 24 jun. 2019.
- BAHIA. Lei nº 8.647, de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre o Programa Estadual de Organizações Sociais e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 30 jul. 2003. Disponível em: http://www.saeb.ba.gov.br/arquivos/File/Lei_8647_29_de_Julho_de_2003.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019.
- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da (Org.). Plano Estadual de Saúde 2016-2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 40, n. 3, out./dez.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 226 p.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, São Paulo, v. 3, n. 12, jul-set 2008. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/indicadorQualidadeI.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2021.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 15 set. 2020.
- BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Organizações Sociais. **Cadernos MARE da Reforma do Estado**, Brasília, DF, v. 2, p. 74, 1997. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/cadernosmare/caderno02.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Dispõe sobre a instituição de ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em: 28 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Plano Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1 abr. Brasília; 2013b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 28 fev.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jul. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acesso em: 13 jan. 2020.

BRASIL. **Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República, Câmara da Reforma do Estado, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1995. 86 p. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2018.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451998000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 jan. 2020.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 07-40, 22 jan 2015. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/702>. Acesso em: 31 jan. 2020.

CHAMPAGNE, François *et al.* A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid (Org) *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução Michel Colin. 2ª reimpressão. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 292 p. cap. 2, p. 41-60. Tradução de: L'Evaluation: concepts et méthodes.

COELHO, Silvana Márcia Pinheiro Santos. **Avaliação dos Indicadores presentes nos contratos da gestão terceirizada de hospitais públicos**: um estudo na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia — SESAB. 2016. 102 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, p. 691-729, 2005.

DONABEDIAN, Avedis. Quality Assurance in Our Health Care System. **American Journal of Medical Quality**, v. 1, n. 1, p. 6-12, february 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0885713X8600100104>. Acesso em: 13 nov. 2019.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed? **ProQuest Nursing Journals**, v. 1145, 2015.

DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars of Quality Archives. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115-1118, 1990.

DUBOIS, Carl-Ardy; CHAMPAGNE, François; BILODEAU, Henriette. Histórico da Avaliação. In: BROUSSELLE, Astrid (Org) *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução Michel Colin. 2ª reimpressão. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 292 p. cap. 1, p. 19-39. Tradução de: L'Evaluation: concepts et méthodes.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 2, p. 213-219, abr-jun 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015. Acesso em: 2 nov. 2019.

FELIX, Evandro Penteadó Villa. **Existe trade-off entre eficiência e qualidade nas organizações hospitalares?** 2016. 155 p. Tese (Doutorado) — Fundação Getúlio Vargas Escola de Administração de Empresa de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/16246>. Acesso em: 2 nov. 2019.

FERNANDES, Lorena Estevam Martins. **Gestão de Recursos Humanos em Hospitais Estaduais sob Contrato com Organizações Sociais de Saúde**. 2017. 156 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2017. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10116>. Acesso em: 2 ago. 2019.

FLEXA, Raquel Gonçalves Coimbra; BARBASTEFANO, Rafael Garcia. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 325-338, dez/2019-jan/2020 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>. Acesso em: 6 out. 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. **Demonstrações Contábeis Consolidadas do Estado: Exercício 2018**. Salvador, 2019. 822 p. Disponível em: [/www.sefaz.ba.gov.br/administracao/contas/balanco_anual/balancogeral_2018.pdf](http://www.sefaz.ba.gov.br/administracao/contas/balanco_anual/balancogeral_2018.pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p, p. 50-55. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25955>. Acesso em: 13 nov. 2019.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de Gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000700006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out. 2019.

KLEIN, Débora Poletto *et al.* Análise bibliométrica sobre avaliação de serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7609-7614, abr. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10500/11368>. Acesso em: 23 jul. 2019.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; MARTINS, Mônica Silva. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>. Acesso em: 2 nov. 2019.

MALIK, Ana Maria. Gestão da Qualidade e segurança do paciente: Ações e Resultados. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, n. 1, p. 86-97, jan/mar 2016.

MALIK, Ana Maria. Quem é o responsável pela qualidade em saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 351-364, jan 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6573/5157>. Acesso em: 10 nov. 2019.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 3, 1998. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <http://ead.saude.riopreto.sp.gov.br/pluginfile.php/303/course/summary/Saude%20%20Cidadania%20Volume03.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2019.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Gerenciando Qualidade em Serviços de Saúde**. 1994. 200 p. Dissertação (Mestrado em Administração) — Universidade Federal da Bahia, 1994.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. **Inovação gerencial na administração pública: um estudo na esfera municipal do Brasil**. 2000. 325 p. Tese (Doutorado em Administração) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos *et al.* Política de Qualidade, Acreditação e Segurança do paciente em Debate. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 40, n. 1, p. 232-249, jan-mar 2016.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

NOVAES, Humberto de Moraes. História da acreditação hospitalar na América Latina: o caso Brasil. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 4, 26 maio 2015. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2693>. Acesso em: 16 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO — ONA. **Manual Digital para avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, v. 1, 2018. 152 p. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação). Disponível em: <https://www.ona.org.br/visualizador/1>. Acesso em: 5 out. 2020.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. **Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais de saúde na Bahia**. 2004. 255 f. Tese (Doutorado em Administração) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

RAVIOLI, Antônio Franco; SOÁREZ, Patrícia Coelho de; SCHEFFER, Mário César. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica de saúde coletiva no Brasil (2005-2016). **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, abr 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00114217>. Acesso em: 23 out. 2019.

REIS, Manoela Cerqueira; COELHO, Thereza Christina Bahia. Publicização da gestão hospitalar no SUS: reemergência das organizações sociais de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 1-32, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280419>. Acesso em: 20 out. 2019.

RIOS, Sadraque Oliveira; MENDES, Vera Lúcia Peixoto Santos. Qualidade e Avaliação em Serviços Públicos Federais no Brasil: Panorama Histórico e Normativo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, jan-mar 2016.

SANO, Hironobu; ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902008000300007>. Acesso em: 19 jun. 2019.

SANTANA, Douglas Nascimento. **Hospitais públicos de ensino de São Paulo: evolução do desempenho sob diferentes estruturas gerenciais**. 2014. 296 f. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SANTOS, Thadeu Borges Souza *et al.* Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. número especial 2, p. 247-261, out 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000600247&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 9 ago. 2019.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, 01 junho 2009. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SILVA, Ligia Maria Vieira da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Jan./Mar 1994. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13873>. Acesso em: 8 dez. 2019.

SILVA JÚNIOR, Danyllo do Nascimento. **Qualidade do atendimento hospitalar no Rio Grande do Norte**: avaliação de usuários e acompanhantes. 2018. 87 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26469/1/Qualidadeatendimentohospitalar_SilvaJ%C3%BAnior_2018.pdf. Acesso em: 6 mai. 2019.

SOARES, Gabriella Barreto *et al.* Artigo de Revisão Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 828-50, 2016. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3547>. Acesso em: 31 out. 2019.

SOUZA, Paulo César de; SCATENA, João Henrique G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **Revista Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 59, p. 79-88, abr-jun 2013. Disponível em:

https://cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=689&p_nanexo=399. Acesso em: 2 nov. 2019.

TAHARA, Angela Tamiko Sato *et al.* Satisfação do paciente: refinamento de instrumento de avaliação de serviços de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal/Brasília, v. 50, n. 4, p. 497-506, out-dez 1997. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0034-71671997000400005>. Acesso em: 5 out. 2020.

TURA, Marco Antônio Ribeiro. Nova Administração Pública?: o desempenho dos hospitais paulistas sob administração de organizações sociais segundo dados do Tribunal de Contas do Estado. **RDB**, São Paulo, v. 10, p. 11767-11793 /, 2013. Disponível em: <http://www.idb-fdul.com>. Acesso em: 7 set. 2019.

APÊNDICE A — Protocolo de análise do Plano Estadual de Saúde e planilha de acompanhamento da Sais

Identificação dos hospitais da rede pública estadual

| Hospital | Região de Saúde | Modelo de Gestão |
|----------|-----------------|------------------|
| | | |

Fonte: Elaborado pela autora.

Hospitais gerenciados por meio de contrato de gestão no estado da Bahia

| Nº | Unidade | Região de Saúde | Município | Nº de leitos | Tipo SCNES |
|----|---------|-----------------|-----------|--------------|------------|
| | | | | | |

Fonte: Elaborado pela autora.

Identificação das OSS e volume de recursos repassados por mês e ano

| Ordem | Organização Social | Hospital | Município | Repasse mensal | Valor do contrato |
|-------|--------------------|----------|-----------|----------------|-------------------|
| | | | | | |

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE B — Roteiro de Análise Documental: Contrato de Gestão

Dados de identificação do contrato

| | |
|---|--|
| Nº Contrato | |
| Identificação da OSS | |
| Razão social da OSS | |
| CNPJ da OSS | |
| Endereço da OSS | |
| UF origem da OSS | |
| Nome do representante no contrato atual | |
| Identificação do contrato | |
| Objeto do contrato | |
| Data de assinatura/publicação do contrato | |
| Prazo do contrato em meses | |
| Nome do estabelecimento | |
| Valor do contrato (R\$) | |
| Valor do aditivo | |

Fonte: Elaborado pela autora.

Comparativo: obrigações da OS e aderência aos requisitos ONA 2018

| Cláusulas Contratuais referentes a obrigações da contratada (OSS) | Classificação conforme padrão ONA 2018 |
|--|---|
| | |

Fonte: Elaborado pela autora.

Classificação dos indicadores do contrato

| Indicadores de Qualidade do Contrato de Gestão | Classificação conforme Tríade Donabedian |
|--|--|
| | |

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE C — Roteiro de coleta dos resultados dos indicadores apresentados pela OSS

Resultados dos indicadores apresentado pelas OSS

| Indicador | Meta Contratual | Resultado da OSS 2017 | Resultado da OSS 2018 | Resultado da OSS 2019 |
|-----------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | | |

Fonte: Elaborado pela autora.

APÊNDICE D — Roteiro de entrevista com gestor do hospital/OSS**I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

1. Nome do Hospital
2. Nome da OSS Gestora
3. Hospital acreditado? Se sim, quando e em qual nível?
4. Cargo do entrevistado
5. Formação do entrevistado (tem especialização em Administração Hospitalar)
6. Experiência profissional em gestão hospitalar do entrevistado em anos

II – DADOS SOBRE O HOSPITAL

1. O Hospital tem Núcleo de Qualidade Hospitalar?
2. Quais os indicadores utilizados pelo hospital para avaliação da qualidade? (estrutura, processo e resultado)
3. Qual a taxa de infecção em cirurgia limpa?
4. São publicizadas os resultados das avaliações da qualidade? (satisfação do cliente? se sim de que forma?)
5. Quais ações para melhoria/monitoramento da qualidade estão implantadas no hospital?
6. Fale sobre as potencialidades de ter uma organização social de saúde na gestão hospitalar
7. Fale sobre as principais dificuldades (ou limites) enfrentados pelas OS na Gestão Hospitalar no estado da Bahia
8. Como se dá a relação entre o Hospital e a SESAB em relação ao cumprimento de metas?
9. Como se dá a relação entre o Hospital e a SESAB em relação ao CG?

APÊNDICE E — Roteiro de entrevista Gestor da SESAB

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1. Nome da Superintendência a qual o entrevistado faz parte
2. Cargo do entrevistado
3. Formação do entrevistado (Formação do entrevistado (tem especialização em Administração Hospitalar)
4. Experiência profissional em gestão hospitalar do entrevistado em anos
5. Experiência profissional em gestão pública em saúde do entrevistado:

II – AVALIAÇÃO E QUALIDADE E ACREDITAÇÃO

1. Fale sobre as potencialidades, no que se refere a qualidade, de ter uma organização social de saúde na gestão hospitalar
2. Quais são as principais dificuldades (ou limites) e facilidades enfrentados pela SESAB no que se refere ao monitoramento da qualidade da assistência hospitalar nos hospitais sob as modalidades de gestão por OS na Bahia?
3. Como o(a) Sr.(a) avalia o processo de acreditação?
4. Há pretensão de incentivar que os hospitais da rede estadual gerenciados por OS decidam por aderir ao processo de acreditação?
5. Como a SESAB avalia a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais gerenciados por OS?
6. Como o CG contribui para avaliar a qualidade dos serviços ofertados pela OS?
7. A SESAB recebe e analisa os relatórios sobre satisfação do cliente em relação ao atendimento hospitalar da OS?
8. Em caso afirmativo, quais os encaminhamentos sobre as não conformidades e não cumprimento de metas?

APÊNDICE F — Padrões e requisitos ONA para acreditação Nível 1

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|--|
| Seção 1 – Gestão Organizacional |
| Subseção 1.1 Liderança Organizacional |
| Padrão – Determina a direção da organização estabelecendo objetivos, modelo de gestão e políticas institucionais com foco na segurança e na qualidade do cuidado, acompanhamento e provendo recursos necessários para sustentar seu cumprimento |
| REQUISITOS |
| Estabelece identidade organizacional e dissemina para as partes interessadas. |
| Estabelece o modelo assistencial e os serviços prestados, considerando a identificação do perfil epidemiológico e as necessidades da população atendida. |
| Estabelece e implanta o planejamento estratégico, considerando o desejo ou necessidade de novos negócios, partes interessadas e opinião dos clientes, disseminando-a o toda a organização. |
| Atende às referências legais para execução das atividades propostas. |
| Define e acompanha os protocolos assistenciais conforme perfil da organização. |
| Provê recursos humanos, equipamentos, insumos e de infraestrutura que permitem a execução das atividades propostas. |
| Constitui e acompanha as comissões obrigatórias e de apoio à gestão. |
| Acompanha e monitora sistematicamente a satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios. |
| Estabelece política documentada de gestão da qualidade, contemplando a gestão de riscos. |
| Estabelece política documentada de comunicação institucional. |
| Estabelece política documentada para gestão de pessoas. |
| Estabelece política documentada para gestão de custos. |
| Estabelece política documentada de consentimento informado e esclarecido. |
| Estabelece política documentada para gestão das informações da organização |
| Estabelece política documentada para gestão ambiental. |
| Estabelece política documentada para gestão de fornecedores de serviços e produtos. |
| Estabelece política documentada de segurança do paciente. |
| Estabelece modelo de comunicação a respeito das responsabilidades dos pacientes/clientes e acompanhantes. |
| Estabelece modelo de comunicação a respeito dos direitos dos pacientes/clientes buscando comprometimento organizacional com o cumprimento destes. |
| Estabelece e formaliza estrutura hierárquica institucional considerando suas responsabilidades e níveis hierárquicos. |
| Acompanha e verifica se as atividades de ensino e pesquisa estão alinhadas às diretrizes organizacionais e boas práticas clínicas, se aplicável. |
| Acompanha os riscos organizacionais. |
| Estabelece um código de conduta pessoal documentado. |
| Estabelece política para cuidados paliativos e terminalidade. |
| Divulga a diversidade de serviços prestados para clientes e partes interessadas, de forma transparente e de fácil acesso. |

Fonte: Elaborado pela autora com base no Manual ONA 2018.

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|--|
| Seção 1 – Gestão Organizacional |
| Subseção 1.2 Gestão da Qualidade e Segurança |
| Padrão – Desenvolve modelo de gestão sistêmico com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços |
| REQUISITOS |
| Estabelece método de padronização, elaboração, validação, acompanhamento da aprovação disponibilização, atualização e controle de documentos. |
| Estabelece sistemática para padronização e implementação dos protocolos e procedimentos pertinentes aos processos assistenciais, processos de apoio e institucionais. |
| Estabelece sistema de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| Estabelece um fluxo prioritário para notificação e controle de incidentes com dano grave e catastrófico. |
| Estabelece os protocolos institucionais de segurança do paciente e atendimento das doenças de maior prevalência e gravidade, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| Estabelece sistemática para identificação dos riscos da assistência ao paciente/cliente e apoia o desenvolvimento de ações para a mitigação ou eliminação, baseadas nos protocolos de segurança do paciente. |
| Estabelece diretrizes institucionais de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| Estabelece protocolo institucional de transporte intra e extra-hospitalar e/ou ambulatorial dos pacientes/clientes. |
| Estabelece protocolo institucional de transição do cuidado nas passagens de plantão, bem como nas transferências internas e externas, com troca de informação para continuidade da assistência. |
| Estabelece protocolo institucional com critérios para identificação de sinais de deterioração clínica e atendimento destes pacientes/clientes. |
| Mapeia e formaliza os processos estratégicos e suas interações. |
| Estabelece sistemática para identificação, análise e controle dos riscos organizacionais. |
| Estabelece mecanismos de desdobramento do planejamento estratégico considerando cenário interno e externo e legislações vigentes. |
| Estabelece procedimento para atendimento a pacientes/clientes vítimas de agressão física, moral, psicológica, abandono e tentativa de suicídio. |
| Subseção 1.3 Gestão Administrativa e Financeira |
| Padrão – Planeja, promove e controla os recursos necessários para o alcance dos objetivos institucionais |
| REQUISITOS |
| Estabelece método de acompanhamento, avaliação e classificação por criticidade das manifestações dos pacientes/clientes e acompanhantes. |
| Acompanha e monitora sistematicamente a satisfação dos clientes e as reclamações/queixas/sugestões/elogios. |
| Estabelece sistemática para acompanhamento e desenvolvimentos dos fornecedores, alinhada às estratégias institucionais. |
| Estabelece sistemática para acompanhamento e gerenciamento dos contratos com base na política institucional. |
| Estabelece plano de gerenciamento de resíduo. |
| Estabelece sistemática de acompanhamento da segregação, acondicionamento, identificação, transporte interno, armazenamento temporário, tratamento, armazenamento externo, coleta, transporte e disposição dos resíduos gerados pela organização. |
| Estabelece sistemática para apoiar o uso racional dos recursos financeiros, ambientais, insumos e pessoas. |
| Estrutura e gerencia os custos conforme política estabelecida. |
| Estabelece processo de planejamento orçamentário da instituição. |
| Apresenta processo sistematizado de análise de viabilidade de investimentos. |
| Estabelece processo para a gestão e revisão das contas às fontes pagadoras. |
| Apoia o processo de tomada de decisão institucional em demonstrativos financeiros. |

Fonte: Elaborado pela autora com base no Manual ONA 2018.

| |
|--|
| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
| Seção 1 – Gestão Organizacional |
| Subseção 1.4 Gestão de Pessoas |
| Padrão – Estrutura e desenvolve a gestão de pessoas, alinhada às competências essenciais da instituição, com foco na segurança e na qualidade do cuidado e dos serviços |
| REQUISITOS |
| Possui profissionais dimensionados para atender o perfil epidemiológico e as necessidades dos pacientes/clientes. |
| Define responsabilidades e competências conforme função exercida. |
| Estabelece processo de recrutamento, seleção e desligamento de pessoas alinhado às competências essenciais e individuais. |
| Estabelece procedimentos para credenciamento e a admissão de pessoas e para atualização das informações. |
| Estabelece regimento documentado do corpo clínico alinhado ao conselho de classe. |
| Estabelece regimento documentado das categorias profissionais alinhadas aos conselhos de classe. |
| Estabelece a documentação e os registros correspondentes à segurança e saúde ocupacional. |
| Estabelece um plano de prevenção de riscos de acidentes com materiais perfurocortantes com probabilidade de exposição a agentes biológicos. |
| Estabelece um plano de prevenção de riscos ocupacionais. |
| Identifica o perfil epidemiológico das pessoas. |
| Capacita os profissionais para situações de catástrofes internas. |
| Estabelece um programa de preparação e acompanhamento de novas pessoas para o exercício de suas funções e integrando-as à cultura organizacional. |
| Identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento considerando as competências, a estratégia organizacional e as necessidades das pessoas para o exercício das funções atuais e futuras. |
| Planeja e realiza programas de capacitação e de desenvolvimento, conforme necessidades identificadas. |
| Capacita as lideranças. |
| Promove e desenvolve a cultura da aprendizagem em equipe, o compartilhamento de informações, as inovações e as melhores práticas. |
| Estabelece diretriz de treinamento para utilização de equipamentos e materiais críticos. |
| Subseção 1.5 Gestão de Suprimentos e Logística |
| Padrão – Planeja, qualifica e controla os recursos entrantes, necessários para execução dos processos, de forma eficiente, atendendo aos objetivos da organização e focando a segurança e a qualidade do cuidado e dos serviços |
| REQUISITOS |
| Qualifica e avalia o desempenho dos fornecedores críticos, de acordo com os critérios definidos pela política de gestão de fornecedores de serviços e produtos. |
| Planeja aquisição de suprimentos conforme critérios técnicos e necessidade da organização. |
| Estabelece critérios técnicos e multidisciplinares para padronização de suprimentos. |
| Estabelece sistemática de disponibilização de suprimentos atendendo à necessidade dos processos. |
| Estabelece critérios de recebimento e armazenamento de materiais, insumos e medicamentos. |
| Avalia serviços terceirizados com base na política de gestão de fornecedores de serviços e produtos. |
| Estabelece diretrizes de farmacovigilância e tecnovigilância. |
| Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência. |
| Verifica as exigências legais para a totalidade dos fornecedores. |
| Promove instruções ao cliente interno quanto ao uso e armazenamento de suprimentos. |
| Estabelece critérios para identificação, segregação, descarte e inativação de materiais, insumos e medicamentos. |
| Estabelece critérios e procedimentos de segurança para a utilização de materiais, com base em diretrizes e evidências científicas. |

Fonte: Elaborado pela autora com base no Manual ONA 2018.

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|--|
| Seção 1 – Gestão Organizacional |
| Subseção 1.6 Gestão da Informação e Comunicação |
| Padrão – Apresenta atividades relacionadas à segurança das informações em meio físico e digital, contemplando coleta, processamento, armazenagem e distribuição de informações. Estabelece meios de comunicação interna e externa |
| REQUISITOS |
| Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| Define plano de contingência visando o acesso à integridade das informações em sistemas ou físicas. |
| Organiza e integra as informações do paciente/cliente permitindo acesso ao histórico dos atendimentos realizados. |
| Estabelece método para registro do paciente/cliente permitindo a continuidade do cuidado e a assistência adequada pela equipe multiprofissional. |
| Estabelece mecanismos visando à qualidade e à integridade dos registros e informações dos pacientes/clientes. |
| Estabelece mecanismos e procedimentos para movimentação, disponibilização, rastreabilidade, sigilo, segurança, conservação e descarte da informação do paciente/cliente. |
| Estabelece mecanismos e procedimentos para gerenciar segurança e o sigilo da informação do paciente/cliente, seja por meios físicos ou virtuais. |
| Estabelece método para coleta, organização, análise, e disponibilização de dados estatísticos e epidemiológicos, relativos ao prontuário do paciente/cliente. |
| Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à política institucional. |
| Estabelece diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| Estabelece e orienta os usuários quanto às regras de segurança da informação. |
| Estabelece diretrizes para uso e acesso do prontuário visando à privacidade e confidencialidade da informação. |
| Estabelece procedimento para avaliação sistemática dos registros e informações relativas à assistência prestada e do paciente/cliente. |
| Organiza e disponibiliza os registros clínicos de forma integrada e de fácil acesso à equipe de trabalho nos pontos de cuidado. |
| Estabelece mecanismos para organização e padronização dos documentos de prontuário do paciente/cliente. |
| Estabelece canais de comunicação externa com fontes pagadoras, sociedade, órgãos de classe, terceiros e meios de comunicação, de forma periódica e em situação de crise. |
| Estabelece canais de comunicação interna com paciente/cliente e acompanhantes. |
| Estabelece canais de comunicação institucional entre diferentes níveis hierárquicos e para os diferentes perfis profissionais. |
| |
| Subseção 1.7 Gestão do Acesso ao Cuidado |
| Padrão – Define ações voltadas à agilidade na identificação das necessidades do paciente/cliente e articula as relações necessárias para a continuidade do cuidado |
| REQUISITOS |
| Demonstra condições operacionais e de infraestrutura que permitam a execução das atividades relacionadas ao atendimento, de acordo com o perfil da organização. |
| Demonstra que os serviços de remoção, próprios ou não, são qualificados para o transporte seguro dos pacientes/clientes. |
| Define planos de contingência que promovam a continuidade do acesso. |
| Define fluxos e critérios para admissão de pacientes/clientes, incluindo os provenientes de outras organizações e serviços. |
| Define fluxos e critérios para alta ou transferência de pacientes/clientes. |
| Considera as características individuais dos clientes/pacientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, preferências e valores pessoais, para o planejamento do acesso. |

| |
|---|
| Estabelece um método sistemático de acompanhamento da eficiência dos objetivos definidos e metas propostas. |
| Monitora os leitos e os serviços para disponibilização em tempo e condições adequadas ao paciente/cliente. |
| Desenvolve plano de continuidade assistencial do paciente/cliente, com envolvimento da equipe multidisciplinar. |
| Estabelece formalmente as relações com a rede de referência, para onde devem ser transferidos ou referidos os casos em que a organização não tenha capacidade resolutive. |
| Estabelece formalmente as relações de contrarreferência, conforme perfil da instituição. |
| Registra as informações do paciente/cliente, incluindo solicitação do serviço ou motivo de transferência interna e externa. |
| Define canais de comunicação entre equipes e serviços, que permitam as transferências. |
| Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes os encaminhamentos necessários à continuidade do tratamento. |
| Demonstra fluxo preferencial para as prioridades previstas em lei no acesso aos diferentes serviços. |
| Subseção 1.8 Gestão da Segurança Patrimonial |
| Padrão – Planeja as situações de rotina, a atuação frente a crises geradas por falhas de segurança e as ações de prevenção, para sustentar um ambiente seguro |
| REQUISITOS |
| Possuem profissionais com competência e capacitação compatíveis para atender às necessidades da organização |
| Dimensiona profissionais de acordo com a realidade da organização, considerando as boas práticas. |
| Estabelece mecanismos para a identificação e o controle da entrada e saída de pessoas, materiais e equipamentos. |
| Controla e orienta quanto ao acesso e à circulação nos ambientes da organização. |
| Promove a educação permanente dos profissionais para situações de emergência relacionadas à segurança patrimonial. |
| Estabelece mecanismos para divulgação e orientação do plano de evacuação. |
| Dispõe de plano de contingência para situações de incêndio, acidente, explosão e desastres naturais. |
| Estabelece sistemática para realização e controle dos bens e mobiliários. |
| Estabelece procedimentos de controle de acesso especialmente voltados às áreas críticas de internação e circulação de paciente/clientes. |
| Estabelece procedimento para situações de evasão, invasão, porte de armas, agressão e tentativa de suicídio. |
| Subseção 1.9 Gestão da Infraestrutura e Tecnologia |
| Padrão – Controle e manutenção da infraestrutura predial e tecnológica apropriada ao perfil e à complexidade da organização, promovendo segurança estrutural e da informação |
| REQUISITOS |
| Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| Planeja e implementa sistematicamente a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| Monitora o desempenho dos fornecedores críticos, alinhado à política de gestão de fornecedores de serviços e produtos. |
| Estabelece plano de contingência para atender a situações de emergência. |
| Provê local adequado para o manejo dos resíduos. |
| Estabelece periodicidade para a realização da inspeção das instalações. |
| Monitora a manutenção preventiva e corretiva dos sistemas de informática. |
| Estabelece mecanismos e procedimentos para armazenamento de dados de forma segura e realização de backup. |
| Estabelece sistemática para qualificar e testar os sistemas de informática e software antes de entrar em uso, periodicamente. |
| Capacita os usuários periodicamente para utilização correta dos sistemas de informática e software. |
| Identifica, planeja e implementa ações para aquisição, manutenção e atualização de software e hardwares, com a participação da equipe multidisciplinar. |
| Estabelece plano de contingência para recuperação de dados dos sistemas de informação. |
| Estabelece critérios para aquisição e incorporação de novas tecnologias. |
| |
| |

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|---|
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.1 Internação |
| Padrão – Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente/cliente através de um processo constante de identificação e prevenção de riscos assistenciais |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 7. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências. |
| 8. Estabelece plano terapêutico individualizado. |
| 9. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência. |
| 10. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 11. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 12. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 13. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 14. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre protocolo de atendimento destes pacientes/clientes. |
| 15. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos pacientes/clientes. |
| 16. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 17. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 18. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e acompanhantes para a continuidade do cuidado extra-hospitalar. |
| 19. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 20. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 21. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 22. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 23. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 24. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| 25. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 26. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia. |
| 27. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação ante as demandas assistenciais. |
| 28. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| 29. Estabelece protocolo para atendimento de urgências, com base em diretrizes e evidências científicas. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Manual ONA 2018.

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|---|
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.2 Atendimento Ambulatorial |
| Padrão – Define ou promove ações voltadas à acessibilidade, agilidade e continuidade do atendimento ao paciente/cliente com identificação e prevenção dos riscos assistenciais |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Estabelece método para agendamento e acompanha a demanda. |
| 7. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 8. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 9. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 10. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 11. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 12. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre protocolo de atendimento destes pacientes/clientes. |
| 13. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências. |
| 14. Estabelece plano terapêutico individualizado. |
| 15. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e acompanhantes para a continuidade do cuidado extra-ambulatorial. |
| 16. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 17. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 18. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 19. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 20. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 21. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 22. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 23. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 24. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| 25. Disponibiliza o histórico clínico durante o atendimento para continuidade do cuidado ao paciente/cliente. |
| 26. Dispõe de plano interdisciplinar da assistência considerando as características do paciente/cliente. |
| 27. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 28. Desenvolve atividades voltadas para promoção da saúde de acordo com perfil epidemiológico. |
| 29. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia. |
| 30. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação perante as demandas assistenciais. |
| 31. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| 32. Cumpre os critérios para prática de transporte intra e extra-ambulatorial dos pacientes/clientes. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Manual ONA 2018.

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|---|
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.3 Atendimento Emergencial |
| Padrão – Define ou promove ações voltadas à acessibilidade, agilidade no atendimento ao paciente/cliente articulado aos serviços assistenciais e de diagnóstico com identificação e prevenção dos riscos assistenciais |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 7. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências com base em diretrizes e evidências científicas |
| 8. Estabelece protocolo de triagem para priorização do atendimento. |
| 9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 10. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 11. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 12. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 13. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre protocolo de atendimento destes pacientes/clientes. |
| 14. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos pacientes/clientes. |
| 15. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 16. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 17. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 18. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 19. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 20. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 21. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 22. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| 23. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 24. Estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células. |
| 25. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia. |
| 26. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação diante das demandas assistenciais. |
| 27. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| Subseção 2.4 Atendimento Cirúrgico |
| Padrão – Define um plano de cuidado, voltado para estabelecimento de práticas para a segurança cirúrgica, identificação e prevenção de riscos assistenciais |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Cumpre sistemática de agendamento cirúrgico e acompanha a demanda |

| |
|---|
| 7. Estabelece protocolo para atendimento de urgências e emergências com base em diretrizes e evidências científicas |
| 8. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao paciente/cliente cirúrgico, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 9. Estabelece protocolo de segurança para administração de anestésicos |
| 10. Estabelece protocolo de cirurgia segura. |
| 11. Estabelece protocolo para atendimento de cirurgias de urgência e emergência. |
| 12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 13. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 14. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 16. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre protocolo de atendimento destes pacientes/clientes. |
| 17. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência, para procedimentos eletivos. |
| 18. Estabelece plano terapêutico individualizado para procedimentos eletivos. |
| 19. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências. |
| 20. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e acompanhantes para a continuidade do cuidado extra-hospitalar quando aplicável. |
| 21. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos pacientes/clientes. |
| 22. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 23. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 24. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 25. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 26. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 27. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 28. Dispõe de critérios para o processamento e liberação dos diferentes tipos de material biológico humano. |
| 29. Cumpre com os critérios e procedimentos de aceitação, restrição e rejeição de células e tecidos, incluindo componentes sanguíneos. |
| 30. Dispõe de mecanismos de validação do processo de rastreabilidade dos dados relativos ao material biológico humano e a amostra de material biológico humano. |
| 31. Dispõe de mecanismos e procedimentos para o armazenamento, conservação, transporte, rastreabilidade e descarte apropriado do material biológico humano e a amostra de material biológico humano, visando a sua integridade e preservação. |
| 32. Monitora as condições de armazenamento e transporte de material biológicos humanos. |
| 33. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 34. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| 35. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 36. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia. |
| 37. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação ante as demandas assistenciais. |
| 38. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| 39. Estabelece protocolos para atendimento de urgências e emergências, com base em diretrizes e evidências científicas. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Manual ONA 2018.

| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
|---|
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.7 Cuidados Intensivos |
| Padrão – Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente/cliente através de um processo constante de identificação e prevenção de risco assistencial |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Estabelece protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 7. Estabelece protocolos e procedimentos para atendimento ao paciente/cliente em cuidados intensivos, com base em evidências científicas. |
| 8. Dispõe de critérios para admissão e alta de paciente/cliente. |
| 8. Estabelece plano terapêutico individualizado. |
| 9. Utiliza metodologia para classificação da gravidade do paciente/cliente, relacionando a taxa de mortalidade predita e ocorrida. |
| 10. Estabelece protocolos de assistência ao paciente/cliente crítico. |
| 11. Identifica sinais de deterioração clínica e cumpre protocolo de atendimento destes pacientes/clientes. |
| 12. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 13. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 14. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 15. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 16. Estabelece plano terapêutico individualizado. |
| 17. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência. |
| 18. Cumpre critérios para identificação de pacientes/clientes críticos e fluxo de atendimento às urgências e emergências. |
| 19. Cumpre os critérios para a prática segura de transporte intra e extra-hospitalar dos pacientes/clientes. |
| 20. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 21. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 22. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 23. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 24. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 25. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 26. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 27. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| 28. Dispõe de plano de alta multidisciplinar de conhecimento do paciente/cliente e acompanhantes para a continuidade do cuidado extra-hospitalar. |
| 29. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 30. Estabelece sistemática de identificação e mobilização de doadores de órgãos, tecidos e células. |
| 31. Aplica termo de consentimento para procedimentos invasivos e anestesia. |
| 32. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação perante as demandas assistenciais. |

| |
|--|
| 34. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| 35. Estabelece protocolo para atendimento de urgências, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.13 Assistência Farmacêutica |
| Padrão – Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente/cliente através de um processo constante de identificação de risco |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Estabelece protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 6. Estabelece plano de contingências para a cadeia medicamentosa. |
| 7. Estabelece diretrizes voltadas para a interação, o preparo, a diluição, a administração, o armazenamento, a estabilidade e vigilância dos medicamentos. |
| 8. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 9. Cumpre critérios e procedimentos de segurança para a utilização de medicamentos. |
| 10. Monitora a compra, o recebimento, o armazenamento e a distribuição de suprimentos. |
| 11. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 12. Estabelece plano terapêutico individualizado. |
| 13. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência. |
| 14. Avalia tecnicamente as prescrições, de acordo com critérios validados pela prática clínica, considerando o risco medicamentoso. |
| 15. Estabelece critérios e procedimentos específicos para medicamentos de alto risco/potencialmente perigosos. |
| 16. Dispõe de sistema de distribuição seguro de medicamentos conforme doses e intervalos posológicos prescritos. |
| 17. Estabelece mecanismos e procedimentos para a administração de medicamentos considerando: o paciente/cliente certo, medicamento certo, via certa, dose certa, hora certa, registro certo, indicação certa, apresentação farmacêutica certa e resposta terapêutica esperada. |
| 18. Compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes informações relacionadas aos medicamentos prescritos. |
| 19. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 20. Cumpre as diretrizes de transição do cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 21. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação diante das demandas assistenciais. |
| 22. Monitora a indicação, a eficácia terapêutica e as reações adversas de medicamentos, com base na evolução do paciente/cliente. |
| 23. Monitora o desempenho de fornecedores, alinhado à política institucional. |
| 24. Desenvolve diretrizes para notificação de farmacovigilância e ações de melhoria. |
| 25. Dispõe de ações interdisciplinares para as práticas de conciliação e reconciliação medicamentosa. |
| 26. Dispõe de registros em prontuário com informações relacionadas à terapêutica medicamentosa e evolução do paciente/cliente, promovendo a continuidade da assistência. |
| 27. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 28. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 29. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 30. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |

| |
|--|
| 31. Dispõe de área/local exclusivos para armazenamento de medicamentos antineoplásicos separados dos medicamentos comuns, contemplando estrutura e procedimento de contenção de derramamento. |
| 32. Dispõe de estrutura física e procedimento para o preparo e a manipulação de medicamentos antineoplásicos. |
| 33. Mantém o registro e gerenciamento de medicamentos controlados. |
| 34. Dispõe de sistemática para recebimento, validação e gerenciamento de produtos manipulados por serviços externos. |
| 35. Dispõe de sistemática para controle de recebimento, validação, dispensação e rastreabilidade de amostras grátis e medicamentos próprios do paciente/cliente. |
| 36. Estabelece critérios farmacotécnicos para manipulação de medicamentos. |
| 37. Estabelece mecanismos e procedimentos para os casos de recusa do uso de medicamento por parte do paciente/cliente. |
| 38. Dispõe de ações interdisciplinares para controle de interação fármaco-nutriente. |
| 39. Dispõe de ações interdisciplinares para controle de interação medicamentosa. |
| 40. Dispõe de protocolos para uso de medicamentos. |
| 41. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |
| 42. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a evolução do paciente/cliente, que promova a continuidade da assistência. |
| PADRÕES E REQUISITOS ONA PARA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NÍVEL 1 |
| Seção 2 – Atenção ao Paciente |
| Subseção 2.14 Assistência Nutricional |
| Padrão – Assistência planejada, segura, integral e individualizada, com propostas terapêuticas articuladas, na busca de um único resultado para o paciente/cliente através de um processo constante de identificação de risco |
| REQUISITOS |
| 1. Identifica o perfil assistencial. |
| 2. Dimensiona recursos humanos, tecnológicos e insumos de acordo com a necessidade do serviço. |
| 3. Dispõe de profissionais com competências e capacitação compatíveis com a necessidade do serviço. |
| 4. Planeja as atividades, avaliando as condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura. |
| 5. Monitora a manutenção preventiva e corretiva das instalações e dos equipamentos, incluindo a calibração. |
| 6. Cumpre os critérios e procedimentos de segurança para utilização de equipamentos. |
| 7. Monitora a demanda de dietas, lactação e procedimentos de terapia nutricional. |
| 8. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a manipulação, preparação, fracionamento, armazenamento, distribuição e transporte de alimentos. |
| 9. Cumpre com as diretrizes dos protocolos de segurança do paciente. |
| 10. Estabelece plano interdisciplinar da assistência, com base no plano terapêutico definido, considerando o grau de complexidade e dependência. |
| 11. Cumpre as diretrizes de transferência de informação entre as áreas assistenciais e profissionais para a continuidade da assistência. |
| 12. Avalia tecnicamente as prescrições dietéticas, considerando o risco nutricional, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 13. Estabelece protocolos e procedimentos para uso de dietoterapia enteral e parenteral, com base em diretrizes e evidências científicas. |
| 14. Orienta pacientes/clientes e/ou acompanhantes quanto à assistência nutricional. |
| 15. Considera as características individuais dos pacientes/clientes e acompanhantes, respeitando suas tradições culturais, crenças, sexualidade, valores pessoais e privacidade para o planejamento do cuidado. |
| 16. Dispõe de prontuário com registros multidisciplinares atualizados sobre a assistência nutricional do paciente/cliente, que promova continuidade da assistência. |
| 17. Dispõe de mecanismos e procedimentos para a identificação, rastreabilidade, conservação e encaminhamento ou descarte apropriado de alimentos, amostras, leite humano, dietas enterais e parenterais. |
| 18. Dispõe de plano de contingência para atender situações de emergência. |

| |
|---|
| 19. Qualifica e avalia o desempenho de fornecedores críticos, alinhado à política institucional. |
| 20. Cumpre protocolos de prevenção e controle de infecção e biossegurança. |
| 21. Cumpre as diretrizes de notificação de incidentes e eventos adversos. |
| 22. Identifica os riscos assistenciais do paciente/cliente e estabelece ações de prevenção para a redução da probabilidade de incidentes. |
| 23. Cumpre com as determinações do plano de gerenciamento de resíduos. |
| 24. Monitora a qualidade da água em todas as etapas que envolvem a assistência nutricional. |
| 25. Cumpre critérios e procedimentos de segurança para utilização de materiais. |
| 26. Cumpre diretrizes de transição de cuidado, bem como nas transferências internas e externas. |
| 27. Identifica necessidade de treinamentos e capacitação ante as demandas assistenciais. |
| 29. Cumpre protocolos de assistência ao paciente/cliente crítico. |
| 30. Cumpre protocolos de atendimento das doenças de maior prevalência/gravidade/risco. |
| 31. Registra e compartilha com os pacientes/clientes e/ou acompanhantes as decisões relacionadas ao tratamento. |
| 32. Cumpre protocolo multidisciplinar para a segurança da cadeia medicamentosa. |
| 33. Dispõe de sistemática para mobilizar doadoras de leite humano. |
| 34. Dispõe de processos de esclarecimento da doadora de leite humano ou responsável quanto aos procedimentos de doação. |
| 35. Atualiza as informações necessárias para a triagem das doadoras de leite humano com base em mudanças epidemiológicas e evidências científicas. |
| 36. Dispõe de mecanismos de validação dos procedimentos para rastreabilidade de alimentos, amostras, leite humano, dietas enterais e parenterais. |
| 37. Monitora a demanda de dietas enterais e parenterais. |
| 38. Monitora demanda de leite humano. |
| 39. Dispõe de condições operacionais e de infraestrutura, viabilizando a execução dos processos de trabalho de forma segura, no banco de leite humano e lactário. |
| 40. Dispõe de equipe multidisciplinar de terapia nutricional devidamente constituída e atuante. |
| 41. Dispõe de critérios para o processamento e liberação do leite humano. |
| 42. Cumpre com os critérios para o processamento e liberação do leite humano. |
| 43. Dispõe de mecanismos e procedimentos para rastreabilidade, conservação e descarte apropriado de leite humano. |
| 44. Dispõe de mecanismos de validação de procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos ao leite humano. |
| 45. Dispõe de mecanismos de validação dos procedimentos de rastreabilidade dos dados relativos às amostras de leite humano. |
| 46. Dispõe de critérios para armazenamento e transporte de amostras de leite humano, visando sua integridade e preservação. |
| 47. Monitora as condições de armazenamento e transporte de leite humano. |
| 48. Cumpre as diretrizes de notificação de hemovigilância, farmacovigilância e tecnovigilância. |

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Manual ONA 2018.

APÊNDICE G — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Participante,

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS DE SALVADOR GERENCIADOS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE” que faz parte do Projeto de mestrado de Gabriela do Nascimento Souza, do Programa de Mestrado Profissional do Núcleo de Pós-graduação em Administração da UFBA, sob orientação da professora Dra. Vera Lúcia Peixoto Santos Mendes. Tal estudo tem como objetivo avaliar em que medida os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por Organizações Sociais, asseguram a qualidade da assistência, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no Contrato de Gestão, no período de 2015 a 2018. A coleta de dados será realizada por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores das OSS, nos hospitais estudados, e utilização de roteiros de análise dos contratos celebrados entre SESAB e as Organizações Sociais. Os resultados obtidos trazem benefícios à sociedade na medida em que contribuem para identificar aspectos limitadores da qualidade da assistência, introduzindo-se medidas de melhorias contínuas para a qualidade e a segurança do paciente. Trata-se de uma investigação teórica e empírica de abordagem quantitativa e qualitativa. Assim, solicitamos sua autorização para participar deste estudo. Asseguramos que você receberá resposta a qualquer dúvida sobre a pesquisa, em qualquer momento que desejar, terá total liberdade para retirar o seu consentimento e deixar de participar da pesquisa sem nenhuma penalização ou prejuízo para você. Seu anonimato será assegurado, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Entre os riscos, encontra-se a possibilidade de você apresentar desconforto em responder às questões, sendo assim, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Os prováveis riscos serão minimizados mediante a garantia de que o sigilo será resguardado; a realização da entrevista será em local reservado (de acordo com cada unidade), e o momento de realização será no horário mais conveniente para o participante. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. Caso seja verificado algum prejuízo com a pesquisa, você será indenizado se comprovado o prejuízo mediante avaliação judicial. Os documentos do projeto serão utilizados para construção de relatórios de pesquisa, bem como para divulgação para fins científicos, os dados serão armazenados por um período de cinco anos em posse dos pesquisadores responsáveis; e, após esse período, serão incinerados.

No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa, você poderá entrar em contato com o Núcleo de Pós-Graduação em Administração da UFBA, Telefone: (71) 3283-7658/7341, ou com a pesquisadora Gabriela do Nascimento Souza por e-mail: gabriela.do.souza@gmail.com ou celular (71) 99929-2838.

Será garantido ainda que você terá acesso aos resultados. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa com a pesquisadora responsável pelo projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa CEPEE.UFBA, endereço: Rua Augusto Viana S/N, Campus Do Canela, Cep 40110-060. Telefone: 3283-7615 E-Mail: Cepee.Ufba@Ufba.br.

Este documento será assinado em duas vias, sendo que você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com rubrica em todas as páginas e assinatura na página final.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

Obs.: não assine o Termo se ainda tiver dúvida a respeito.

_____, _____ de _____ 20_____

Assinatura do participante da pesquisa

GABRIELA DO NASCIMENTO SOUZA

Pesquisadora responsável pela aplicação do TCLE

APÊNDICE H — Comparativo: obrigações da OS e aderência aos requisitos ONA, 2018

| Cláusula terceira do Contrato de Gestão entre SESAB e OS — obrigações da contratada | Requisitos ONA conforme descrição disposta no Apêndice F |
|---|--|
| Garantir em exercício na unidade hospitalar, quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis ao porte da unidade e serviços combinados, conforme estabelecido nas normas ministeriais atinentes à espécie, tendo definida como parte de sua infraestrutura técnico-administrativa nas 24h dia do hospital, por plantões, a presença de pelo menos um profissional da medicina que responderá legalmente pela atenção oferecida à clientela. | 1.1 liderança organizacional; 1.4 Gestão de pessoas; 1.8 Gestão da segurança patrimonial; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica; 2.14 Assistência nutricional |
| Consolidar a imagem do HGMV, como entidade prestadora de serviços públicos da rede assistencial do SUS, comprometido com sua missão de atender às necessidades terapêuticas dos pacientes, primando pela melhoria na qualidade da assistência. | 1.1 liderança organizacional |
| Manter em perfeitas condições de higiene e conservação as áreas físicas e instalações do HGMV. | 1.9 Gestão da Infraestrutura e tecnologia; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica; 2.14 Assistência nutricional |
| Prestar assistência técnica e manutenção preventiva e corretiva de forma contínua aos equipamentos e instalações hidráulicas, elétricas e de gases em geral. | 1.9 Gestão da Infraestrutura e tecnologia; 2.1 Internação; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica; 2.14 Assistência nutricional |
| Deverá implementar o uso de protocolos médicos, de enfermagem, administrativos, de atendimentos e movimentação de pacientes. | 1.1 liderança organizacional; 1.2 Gestão da qualidade e segurança; 1.6 Gestão da informação e comunicação; 1.7 Gestão do acesso ao cuidado; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos |
| Manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico considerando os prazos previstos em lei. | 1.6. Gestão da informação e comunicação; 1.7 Gestão do acesso ao cuidado; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica; 2.14 Assistência nutricional |
| A contratada obriga-se a fornecer ao paciente por ocasião de sua alta hospitalar, relatório circunstanciado do atendimento que lhe foi prestado, denominado Informe de Alta Hospitalar, do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados [...] | 1.1 liderança organizacional; 1.7 Gestão de acesso ao cuidado; 2.1 Internação; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos |
| A contratada deverá, quando for o caso, referenciar o paciente, após a alta para outros serviços da rede, objetivando a continuidade do cuidado e, conseqüentemente a integralidade da assistência. | 1.6. Gestão da informação e comunicação; 1.7 Gestão do acesso ao cuidado |

| | |
|--|---|
| Incentivar uso seguro de medicamentos tanto ao paciente internado como ambulatorial, procedendo à notificação de suspeita de reações adversas, através dos formulários e sistemáticas da SESAB. | 1.5 Gestão de suprimentos e logística; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica |
| Implantar um modelo normatizado de pesquisa de satisfação pós-atendimento, previamente aprovado pela SESAB, desde o início das atividades previstas neste contrato. | 1.1 liderança organizacional; 1.3 Gestão administrativa e financeira; 1.6 Gestão da informação e comunicação |
| Realizar leitura, análise e adoção de medidas de melhoria, no prazo máximo de 30 dias úteis, em relação às sugestões, às queixas e às reclamações que receber através da aplicação da pesquisa de satisfação dos usuários, visando a qualidade do atendimento. | 1.1 liderança organizacional; 1.3 Gestão administrativa e financeira; 1.6 Gestão da informação e comunicação |
| Instalar SAC, conforme diretrizes estabelecidas pela SESAB, produzindo relatórios mensais sobre suas atividades, arquivando-os para ser objeto de avaliação em visita técnica realizada pelo contratante. | 1.1 liderança organizacional; 1.3 Gestão Administrativa e financeira; 1.6 Gestão da informação e comunicação |
| Acompanhar e monitorar o tempo de espera dos pacientes, definido pelas diferentes listas de espera de internação e cirurgia eletiva. Enviar relatório mensal à SESAB, segundo modelo por ela definido. | 2.4 Atendimento cirúrgico |
| Em se tratando de serviço de hospitalização, possuir e manter em pleno funcionamento Comissões Clínicas e Grupos de trabalho. | 1.1 liderança organizacional |
| A contratada manterá (ou adotará medidas visando à obtenção de acreditação hospitalar em caso de haver proposto em sua oferta) a sua acreditação atual durante todo o período de vigência do contrato. Sua perda será objeto de análise pela SESAB. | |
| Para realizar os serviços de regulação. A unidade deverá: utilizar os protocolos de regulação do acesso aprovados pela SESAB e implantar no pronto atendimento o acolhimento com classificação de risco. | 1.2 Gestão da Qualidade e segurança; 2.3 Atendimento emergencial |
| Designar para a função de Diretor-Geral da unidade profissional de escolaridade superior com comprovada experiência na gestão de serviços de saúde ou com titulação de especialista, Mestre ou doutor em administração hospitalar. | 1.1 liderança organizacional; 1.4 Gestão de pessoas |
| Realizar ações que colaborem com a articulação da rede de serviços, objetivando assegurar a integralidade do cuidado. | 1.2 Gestão da qualidade e segurança; 1.7 Gestão do acesso ao cuidado |
| Implantar um programa de gerenciamento de resíduos sólidos de saúde (PGRSS) mantendo-o atualizado de acordo com as normas do Conama e do Ministério da Saúde, que passará pela avaliação da Divisa até o 6º (sexto) mês da contratação. | 1.1 liderança organizacional; 1.3 Gestão administrativa e financeira ;1.9 Gestão da Infraestrutura e tecnologia; 2.1 Internação; 2.2 Atendimento ambulatorial; 2.3 Atendimento emergencial; 2.4 Atendimento cirúrgico; 2.7 cuidados intensivos; 2.13 Assistência farmacêutica; 2.14 Assistência nutricional |

| | |
|---|---|
| Implantar Comissão de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde das Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência (CCAISCAFSV), como instrumento para detectar sinais e sintomas de violência entre pacientes assistidos e seus familiares, contribuindo através do acolhimento, atendimento, notificação e acompanhamento dos casos registrados. | 1.1 liderança organizacional; 1.2 Gestão da qualidade e segurança |
| Disponibilizar espaço físico e acesso à internet para possibilitar o funcionamento da ouvidoria do SUS/Bahia na unidade. | 1.1 liderança organizacional; 1.3 Gestão administrativa e financeira |
| Implantar e implementar o sistema de apuração de custos da unidade (APURASUS) ou sistema equivalente disponibilizado pelo Ministério da Saúde em até 90 dias após assinatura do contrato. | 1.3 Gestão administrativa e financeira |
| A contratada deverá adotar práticas de planejamento sistemático das ações mediante instrumentos de programação, orçamentação e acompanhamento e avaliação de suas atividades, de acordo com as metas pactuadas, nos termos do art. 21, inciso III, da Lei estadual nº 8.647/2003. | 1.1 liderança organizacional; 1.2 Gestão da qualidade e segurança; 1.3 Gestão administrativa e financeira |
| É obrigatório, por parte da CONTRATADA, a elaboração de regulamento próprio contendo as regras e procedimentos que adotará para a contratação de obras e serviços, bem como para compra, alienação e locação de bens móveis e imóveis, nos termos do art. 29, do Decreto Estadual nº 8.890/2004. | 1.1 liderança organizacional; 1.2 Gestão da qualidade e segurança |
| Respeitar e fazer com que seus empregados respeitem as normas de segurança do trabalho, disciplina e demais regulamentos vigentes, bem como atentar para as regras de cortesia no local onde serão executados os serviços. | 1.4 gestão de pessoas |
| Disponibilizar e divulgar em local visível ao público geral o acesso dos usuários dos serviços aos meios de manifestação do Sistema de Ouvidoria do Estado, comprometendo-se a responder à CONTRATANTE, analisar e adotar as medidas de melhoria necessárias. | 1.6 gestão da informação e comunicação |

Fonte: Contratos de Gestão (2017) e Manual da ONA (2018) adaptado pela autora

ANEXO A — Parecer CEP

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UNIDADES HOSPITALARES GERENCIADAS POR ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE

Pesquisador: GABRIELA SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28940920.7.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Administração

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.938.759

Apresentação do Projeto:

Trata-se de segunda versão de protocolo de pesquisa cujo enfoque é avaliar hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, conforme indicadores de qualidade estabelecidos no contrato de gestão, no período 2015 a 2018. De um universo de 18 hospitais baianos, integrantes do programa de publicização, foi selecionada uma amostra de três hospitais localizados no município de Salvador. A coleta de dados está prevista para o período de março a maio de 2020, através da realização de entrevistas semiestruturadas com os gestores das OSS, nos hospitais estudados, e também a utilização de roteiros de análise dos contratos celebrados entre SESAB e OSS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar, em que medida os hospitais estaduais de Salvador, gerenciados por OSS, asseguram qualidade da assistência conforme indicadores de qualidade estabelecidos no contrato de gestão no período 2015 a 2018.

Objetivos Secundários:

- Selecionar, na rede hospitalar da Bahia sob gestão de organizações sociais, hospitais estaduais em Salvador, para avaliar a qualidade dos serviços;

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.938.759

- Analisar, criticamente, os contratos de gestão da SESAB, no que se refere a qualidade, identificando requisitos para promoção da qualidade classificando conforme os indicadores do CG se aproximam ou distanciam dos padrões da ONA;
- Analisar, com base na tríade donabediana, os indicadores de qualidade apresentados pelos hospitais pesquisados, tendo como padrões aqueles da ONA e as metas contratuais estabelecida entre 2015 e 2018;
- Identificar o grau de satisfação dos usuários, no que se refere a qualidade da assistência, considerando os resultados de pesquisas aplicadas pelas OSS entre 2015 e 2018;
- Identificar, na percepção do gestor da SESAB e da OSS, limitações para garantir padrão de qualidade conforme determina o PEOS na Bahia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito os riscos e benefícios estão explicitados de modo convergente nos documentos do protocolo de pesquisa:

Riscos:

"Possibilidade do entrevistado apresentar desconforto em responder às questões, sendo assim interrompida a qualquer momento, sem prejuízos para o mesmo. Como medida para minimizar os riscos será garantido o anonimato do respondente e a realização da entrevista em local reservado."

Benefícios:

"Contribuição para identificar os aspectos limitadores da qualidade da assistência, introduzindo-se medidas de melhorias contínuas para a qualidade e a segurança do paciente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de mestrado vinculado ao Programa de Mestrado Profissional do Núcleo de PósGraduação em Administração da UFBA. A pesquisadora afirma a identificação prévia de 7 Organizações sociais atuando no Estado da Bahia e 18 hospitais publicizados, distribuídos em 11 regiões de saúde e 14 municípios. As OSS localizadas na cidade de Salvador foram selecionadas conforme os seguintes critérios descritos na PB: a) interesse de conhecer a realidade local; b) proximidade com a pesquisadora e c) município com maior número de hospitais integrantes do PEOS. Como critérios de exclusão, foram descritos os seguintes: a) OSS com contrato vencido no início da pesquisa, sendo realizado pagamento por indenização e b) possuir menos de cinco anos de funcionamento. Assim, o estudo inclui três hospitais, sendo dois hospitais gerais e

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.938.759

um hospital especializado, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme descrição realizada no parecer 3.902.240, os documentos que precisavam de adequações foram revisados. Assim, os documentos do protocolo de pesquisa encontram-se adequados.

Recomendações:

Encaminhar relatórios parcial e final da pesquisa, como notificação, via Plataforma Brasil para este CEP e publicar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nesta segunda versão, a pesquisadora atendeu totalmente às recomendações explicitada no parecer 3.902.240. Não há pendências. Sugere-se aprovação do protocolo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado. Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer 3.902.240, emitido em 06 de março de 2020, esta segunda versão do projeto atende aos princípios éticos e bioéticos emanados das Resoluções n.466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495439.pdf | 15/03/2020 19:24:21 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEMODIFICADO.pdf | 15/03/2020 19:22:22 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETO1503.pdf | 15/03/2020 19:12:48 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | DECLARACAOCOLETADADOSAPO SAPROVACAOCOMITE.pdf | 15/03/2020 19:12:21 | GABRIELA SOUZA | Aceito |

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

**UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA**



Continuação do Parecer: 3.938.759

| | | | | |
|--|--|------------------------|----------------|--------|
| Declaração de concordância | DECLARACAOOREINTADOR.pdf | 15/03/2020 19:11:11 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | TERMOCOMPROMISSOPESQUISADOR.pdf | 15/03/2020 19:09:39 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | TERMOINSTITUICAPROPONENTE.pdf | 15/03/2020 19:09:11 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | CARTARESPOSTA.pdf | 11/02/2020 10:46:19 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | DOCUMENTOSDOPROJETO.pdf | 11/02/2020 10:39:09 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | ANUENCIACOPARTICIPANTEFINAL.pdf | 11/02/2020 09:42:17 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | INSTRUMENTOSDECOLETA.pdf | 11/02/2020 09:38:05 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | DECLARACAOCOLETEDE DADOS.pdf | 11/02/2020 09:36:55 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETODEPESQUISA.pdf | 11/02/2020 08:49:35 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMAMODIFICADO.pdf | 03/02/2020 16:18:42 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTOMODIFICADO.pdf | 03/02/2020 13:23:12 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | SOLICITACAODECAMPO.pdf | 03/02/2020 12:58:50 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 01/02/2020 23:46:05 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | TermodeCompromissodoPesquisador.pdf | 01/02/2020 23:39:35 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | TERMODEAUTORIZACAONSTITUCIONALUFBA.pdf | 01/02/2020 23:37:01 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf | 26/01/2020 14:47:35 | GABRIELA SOUZA | Aceito |
| Outros | DECLARACAODECONCORDANCIAORIENTADOR.pdf | 26/01/2020 14:46:20 | GABRIELA SOUZA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
 Bairro: Canela CEP: 41.110-060
 UF: BA Município: SALVADOR
 Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.938.759

SALVADOR, 27 de Março de 2020

Assinado por:
Daniela Gomes dos Santos Biscarde
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br