

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**Desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do
Brasil: Uma Avaliação segundo o Programa Nacional de Avaliação de
Serviços de Saúde (PNASS)**

LETÍCIA FERREIRA DA SILVA MACHADO

BELO HORIZONTE

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do Brasil: Uma Avaliação segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração: Saúde Pública).

Orientadora: Deborah Carvalho Malta

Coorientadora: Alzira de Oliveira Jorge

BELO HORIZONTE

2021

M149d Machado, Leticia Ferreira da Silva.
Desempenho da Gestão Organizacional dos serviços hospitalares do Brasil [recursos eletrônicos]: uma avaliação segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). / Leticia Ferreira da Silva Machado. - - Belo Horizonte: 2021.
106f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.
Coorientador (a): Alzira de Oliveira Jorge.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Avaliação em Saúde. 2. Programas Nacionais de Saúde. 3. Administração de Serviços de Saúde. 4. Administração Hospitalar. 5. Gestão em Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Jorge, Alzira de Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: W 84

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO ALUNO

LETÍCIA FERREIRA DA SILVA MACHADO

Às 14:00 horas do dia 13 de agosto de 2021, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Zoom, realizou-se a sessão pública para a defesa da Dissertação de **LETÍCIA FERREIRA DA SILVA MACHADO**. A presidência da sessão coube a **Professora Deborah Carvalho Malta**, orientadora. Inicialmente, o presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - Coorientadora (UFMG)**, **Prof(a). Alaneir de Fátima dos Santos (UFMG/Faculdade de Medicina)**, **Prof(a). Regina Tomie Ivata Bernal (NUPENS USP)**. Em seguida, a candidata fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Dissertação de Mestrado**, intitulada: "**Desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do Brasil: Uma Avaliação segundo o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença do(a) candidato(a) e do público e decidiu considerar **aprovada** a **Dissertação de Mestrado**. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 13 de agosto de 2021.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Regina Tomie Ivata Bernal, Usuário Externo**, em 19/08/2021, às 18:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 19/08/2021, às 20:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Deborah Carvalho Malta, Professora do Magistério Superior**, em 20/08/2021, às 15:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos, Coordenador(a)**, em 24/08/2021, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0890830** e o código CRC **AB82A8A0**.

RESUMO

Introdução: Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do Brasil é relevante, pois as ações de gestão organizacional proporcionam adequado funcionamento, planejamento e organização aos hospitais, bem como, proveem condições físicas, tecnológicas, materiais e humanas que influenciam nos resultados assistenciais. Considerando o grande número de hospitais que compõe o Sistema Único de Saúde e a importância destes serviços na assistência na saúde população, torna-se relevante avaliá-los sob ótica da gestão organizacional.

Objetivo: Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares no Brasil.

Método: Estudo transversal que utilizou dados secundários do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde 2015-2016 para avaliar o Desempenho da Gestão Organizacional de 1665 hospitais do Brasil a partir de 30 itens de verificação referentes a Gestão de contratos, Pessoas, Informação, Planejamento e Organização, Modelo Organizacional, que compuseram um escore de avaliação dos hospitais. O Desempenho foi avaliado segundo os indicadores porte hospitalar, nível de complexidade, esfera administrativa, tipo de gestão e região do país. Verificou-se a associação entre o Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais com indicadores Taxa de Ocupação, Média de Permanência, Taxa de Mortalidade Hospitalar e Valor Médio da AIH. Utilizou-se a Análise de Componentes Principais para verificar a relação de dependências entre as variáveis e explicar a variabilidades dos dados. Foi estimado o modelo de regressão logística ajustado para verificar as variáveis que melhor explicam o Desempenho da Gestão Organizacional.

Resultados: A média de Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais foi de 63,83. A avaliação por critério obteve-se os seguintes resultados: Gestão da Informação (77,59), Gestão de Pessoas (61,96), Gestão de Contratos (61,71), Modelo Organizacional (61,64), Planejamento e Organização (56,45). Os melhores resultados foram verificados nos hospitais da região Sul, nível de Complexidade 8, acima de 150 leitos, Esfera Administrativa Público Federal e Gestão Estadual. Na análise de regressão logística as variáveis que mais

explicam o Desempenho da Gestão Organizacional são: Taxa de Ocupação ($p < 9.87E-09$), Porte hospitalar ($p < 4.49E-10$), gestão municipal ($p < 0.004$), Nível Hierárquico Nível 7 ($p < 0.042$), Nível 8 ($p < 0.022$) região Sul ($p < 0.004$), Sudeste ($p < 0.002$).

Conclusão: O estudo mostra que o PNASS é um potente e qualificado instrumento de avaliação dos hospitais. Evidenciou-se lacunas importantes na Gestão Organizacional dos Hospitais frente aos critérios dos PNASS. Aponta também para a relação de escala e eficiência. Além disto, o estudo reforça a desigualdade regional com concentração de hospitais nas regiões Sul e Sudeste em termos quantitativos e qualitativos, além de demonstrar a necessidade de aprofundamento sobre a gestão dos hospitais de gestão municipal dada a insuficiência apontada neste estudo.

Palavras Chaves: Avaliação em Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Administração Hospitalar, Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: To evaluate the performance of the Organizational Management of Hospital Services in Brazil is relevant because the organizational management actions provide adequate operation, planning, and organization to hospitals as well as physical, technological, material, and human conditions that influence the care results. Considering the large number of hospitals that are part of the Brazilian Unified Health System and the importance of these services in the population health care, it becomes relevant to evaluate them from an organizational management standpoint.

Objective: To evaluate the performance of the Organizational Management of Hospital Services in Brazil.

Method: Cross-sectional study that used secondary data from the 2015-2016 National Health Services Evaluation Program to evaluate the Organizational Management Performance of 1665 hospitals in Brazil from 30 verification items referring to Contract Management, People, Information, Planning and Organization, Organizational Model, which constituted an evaluation score of the hospitals. The Performance was evaluated according to the indicators: hospital size, level of complexity, administrative system, type of management and region of the country. It was verified the association between Performance of Organizational Management of hospitals with indicators such as: Occupancy Rate, Average Length of Stay, Hospital Mortality Rate and Average Value of Hospital Admission Rate. We used Main Components Analysis in order to verify the dependent relationship among variables and to explain data variability. The adjusted logistic regression model was estimated to verify the variables that best explain the Organizational Management Performance.

Results: The average of Organizational Management Performance of the hospitals was 63.83. In the evaluation by criteria the following results were obtained: Information Management (77.59), People Management (61.96), Contract Management (61.71), Organizational Model (61.64), Planning and Organization (56.45). The best results were seen in hospitals in the South region, Complexity level 8, above 150 beds, Federal Public Administrative System and State Management. In the logistic regression analysis the variables that most

explain Organizational Management Performance are: Occupancy Rate ($p < 9.87E-09$), Hospital Size ($p < 4.49E-10$), Municipal Management ($p < 0.004$), Hierarchical Level- Level 7 ($p < 0.042$), Level 8 ($p < 0.022$) Southern region ($p < 0.004$), Southeast ($p < 0.002$).

Conclusion: The study shows that the PNASS is a powerful and qualified instrument for evaluating hospitals. Important gaps in the Organizational Management of Hospitals in relation to the PNASS criteria were highlighted. It also points to the relationship between scale and efficiency. Moreover, the study reinforces the regional inequality by concentrating hospitals in the South and Southeast regions in quantitative and qualitative terms, besides demonstrating the need for further study on the management of hospitals under municipal management given its insufficiency indicated in this study.

Keywords: Health Evaluation, National Health Programs, Health Services Administration, Hospital Administration, Health Management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização dos hospitais avaliados no PNASS, segundo região, número de leitos, complexidade, gestão e esfera administrativa.....	58
Tabela 2 -	Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo critério de Gestão de Contratos.....	60
Tabela 3 -	Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo critério Planejamento e Organização.....	61
Tabela 4 -	Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo critério de Gestão da Informação.....	62
Tabela 5 -	Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo critério Gestão de Pessoas.....	63
Tabela 6 -	Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo o critério Modelo Organizacional.....	64
Tabela 7 -	Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo região, número de leitos, complexidade, gestão e esfera administrativa, PNASS 2015 e 2016, Brasil.....	65
Tabela 8 -	Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo critérios de avaliação do PNASS 2015 e 2016, Brasil.....	66
Tabela 9 -	Matriz de covariância das variáveis de Gestão Organizacional - PNASS 2015 e 2016, Brasil.....	67
Tabela 10 -	Correlação entre as componentes de Gestão Organizacional e Variância Total Explicada pela Análise de Componentes Principais - PNASS 2015 e 2016, Brasil.....	68
Tabela 11 -	Taxa de Ocupação, Média de Permanência e Valor Médio da AIH segundo região, complexidade, esfera administrativa, gestão, estratificado por porte hospitalar segundo PNASS 2015 e 2016, Brasil.....	70
Tabela 12 -	Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo Modelo de Regressão Logística Ajustado PNASS, 2015- 2016, Brasil.....	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Classificação dos hospitais em Alto, Médio e Baixo desempenho no Bloco Gestão Organizacional do PNASS.....	68
-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 -	Anexo I - Itens de Verificação do Bloco Gestão Organizacional dos Serviços de Saúde – segundo o PNASS 2015- 2016, Brasil.....	95
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados

ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARH - Agence Régionale de l'Hospitalisation

ATS - Avaliação de Tecnologias em Saúde

CAA/DAB - Coordenação de Acompanhamento e Avaliação /Departamento de Atenção Básica

CCHSA - Canadian Council on Health Services Accreditation

CER - Centros Especializados de Reabilitação

CES - Sociedade Canadense de Avaliação

CFM - Conselho Federal de Medicina

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CMS Centers for Medicare and Medicaid Services

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DEMAGS - Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

DenaSUS - Departamento Nacional de Auditoria do SUS

DNV - Det Norske Veritas

DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

FAEC - Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação

HAP - Hospital Accreditation Program

HAS - Haute Autorité de Santé

IAC - Incentivo de Adesão à Contratualização

IFC - Instrumento Formal de Contratualização

ISO - International Organization for Standardization

JCAH - Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

JCI - Joint Commission International

JCSEE - Joint Committee on Standards for Educational Evaluation

KFA - The King's Fund Audit

LAMal - Loi Fédérale sur l'assurance-maladie

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

NIAHO - National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OHSAS - Occupational Health and Safety Assessment Series

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNASH - Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

Proesf - Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SGA - Sistema de Gestão Ambiental

SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

SIA - Sistema de Informações Ambulatorial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIPNASS - Sistema Informação do PNASS

SUS - Sistema Único de Saúde

TRS - Terapia Renal Substitutiva

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UFPeI - Universidade Federal de Pelotas

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UKES - United Kingdom Evaluation Society

UnB - Universidade Federal de Brasília

WHO - World Health Organization.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral:	12
2.2 Objetivos Específicos:.....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 Avaliação em Saúde – Teoria e Conceitos a partir dos principais teóricos ...	13
3.2 A Estruturação da Avaliação no Sistema Único de Saúde	28
3.3 Princípios e Diretrizes da Atenção Hospitalar no Brasil	33
3.4 Sobre o Programa Nacional de Serviços de Saúde (PNASS)	36
3.5 Gestão Organizacional dos Hospitais: Os cinco critérios de avaliação do PNASS	39
 Critério 1 – Gestão de Contratos	39
 Critério 2 - Planejamento e Organização.....	41
 Critério 3 – Gestão da Informação.....	44
 Critério 4 – Gestão de Pessoas.....	46
 Critério 5 – Modelo Organizacional	49
4. METODOLOGIA.....	53
5. RESULTADOS	58
6. DISCUSSÃO	72
7. CONCLUSÃO	78
8. REFERÊNCIAS	80

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde a assistência hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser organizada a partir das necessidades da população com o objetivo de garantir o cuidado multiprofissional, resolutivo e humanizado, prezando pela qualidade da assistência prestada e pela segurança do paciente (BRASIL, 2013a).

Assim, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), busca reorganizar e qualificar a atenção hospitalar, estabelecendo diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se aplica a todos os hospitais, públicos ou privados que prestem ações e serviços de saúde no SUS (BRASIL, 2013b).

O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde é um importante instrumento de Avaliação de Serviços de Saúde que tem como objetivo avaliar os estabelecimentos de atenção especializada, ambulatoriais e hospitalares quanto às dimensões de estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015a).

A avaliação dos serviços de saúde, tem sido cada vez mais utilizada como instrumento de apoio à gestão no SUS, visando contribuir para identificar problemas, reorientar o planejamento e mensurar o impacto da implementação de políticas, programas, serviços e ações sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005b).

A Gestão Organizacional é a atividade que envolve os processos de planejamento, organização, direção e controle dos recursos humanos, físicos materiais e financeiros, de forma que se produzam resultados positivos, visando assim, aumentar a *performance* da organização e possibilitando a obtenção de objetivos pré-estabelecidos para a organização (SCHULTZ, 2016).

Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do Brasil é muito relevante, entendendo que as ações de gestão organizacional proporcionam adequado funcionamento, planejamento, e organização aos hospitais, bem como proveem condições físicas, tecnológicas, materiais e humanas que influenciam nos resultados assistenciais.

Este estudo busca responder à seguinte pergunta: Qual o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares do Brasil?

Considerando o grande número de hospitais no país e a importância destes serviços para o tratamento de saúde da população é de extrema relevância avaliá-los sob ótica da gestão organizacional. A avaliação configura-se como uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das ações de saúde.

Mediante as questões iniciais apresentadas, e pautando a importância que envolve a Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares, compreende-se que os resultados obtidos neste estudo serão de grande relevância para o diagnóstico da situação da gestão organizacional dos hospitais em relação aos critérios do PNASS, os quais retratam diretrizes da PNHOSP e boas práticas de gestão.

Do ponto de vista prático, os resultados subsidiarão os hospitais avaliados, bem como poderão apoiar a tomada de decisão dos gestores do SUS em projetos de intervenção para melhoria da Gestão Organizacional dos serviços de saúde hospitalares.

Além disso, os resultados da pesquisa possibilitarão maior transparência à sociedade sobre o desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais avaliados, que são todos aqueles, instituições públicas ou privadas, que receberam incentivos financeiros do Ministério da Saúde e são mantidos sobretudo com recursos advindos da população.

Além disto, espera-se que o desenvolvimento deste estudo possa contribuir para a experiência, formação e qualificação da autora que atua na gestão de um grande hospital universitário de Belo Horizonte.

Este projeto foi organizado nas seções de revisão de literatura, objetivos, métodos, resultados, a discussão dos achados do estudo e, por fim, a conclusão. O referencial teórico foi dividido em cinco temas: o primeiro apresenta os principais conceitos dos estudiosos sobre o tema Avaliação em Saúde, o segundo apresenta, a partir de documentos ministeriais, a trajetória para estruturação da avaliação no SUS, em seguida apresenta o processo histórico da construção do PNASS, seguida dos princípios e diretrizes da Atenção Hospitalar no Brasil, e por último, à luz dos principais autores, abordou-se as áreas da Gestão Organizacional dos hospitais que foram avaliadas pelo PNASS, a fim de buscar entendimento conceitual dos itens avaliados para melhor compreensão dos resultados desta pesquisa.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares no Brasil segundo o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

2.2 Objetivos Específicos:

- Avaliar o desempenho dos Serviços Hospitalares nos critérios de Gestão de Contratos, Planejamento e Organização, Gestão da informação, Gestão de pessoas, e Modelo Organizacional do bloco de Gestão Organizacional do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
- Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares em função das variáveis: número de leitos, complexidade de atendimento, esfera jurídica administrativa, gestão e região do país;
- Avaliar o desempenho da Gestão Organizacional dos Serviços Hospitalares no Brasil correlacionando-o com indicadores hospitalares: taxa de ocupação, média de permanência e valor médio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Avaliação em Saúde – Teoria e Conceitos a partir dos principais teóricos

Para avaliar um programa como o PNAS é fundamental compreender os conceitos e referenciais teóricos relacionados ao tema de Avaliação em Saúde.

Segundo Contandriopoulos et al (1997) o termo avaliação pode ter inúmeras definições e interpretações; portanto, não existe um conceito universal e absoluto. Para este estudo adotar-se-á o conceito que atualmente possui ampla concordância:

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões” (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997, p.31).

Patton (1997) aponta três objetivos elementares da avaliação: fazer julgamentos, facilitar o desenvolvimento de ações de mudança e contribuir para o conhecimento.

A avaliação em saúde, segundo Balderrama *et al* (2019) pode potencializar e qualificar a organização na medida em que auxilia a tomada de decisão mais assertiva, possibilitando proposições que contribuam com a melhoria do cuidado, além de produzir informações importantes aos interessados e comparar o que está sendo feito com o que deveria estar acontecendo, para favorecer a busca por resultados desejáveis, auxiliando a identificação de fragilidades.

Nesse contexto, economistas emergiram, logo após a Segunda Guerra Mundial, com métodos de avaliação de custos sobre os programas de educação, saúde, emprego e assistência social do Estado. A avaliação surge para conhecer a eficácia dos programas e qualificar a decisão de destinação de recursos, para que fosse a mais eficaz possível (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997).

Em 1970 o cenário foi marcado pela implantação dos grandes programas, baseados no seguro médico, queda do crescimento econômico, e redução da participação do Estado no financiamento dos serviços de saúde. Foram reforçados os controles e a avaliação dos custos do sistema de saúde para que a acessibilidade e a qualidade dos serviços fossem mantidas. Considerando a

complexidade do sistema de saúde, o rápido desenvolvimento de novas tecnologias médicas e crescentes expectativas de vida da população com um melhor sistema de saúde, a avaliação parecia, à época, ser a melhor solução para prover informações sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde (CONTANDRIOPOULOS et al.,1997)

A qualidade é vista pelo autor Donabedian (1980) como aspecto importante a ser considerado pela avaliação. O autor acredita que a qualidade precisa ser mensurada e define que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores relacionados à estrutura, processo e resultado, por serem aspectos implícitos e impactantes nas práticas de saúde.

Pesquisas de Vignochi, Reis e Lezana (2014) afirmam que a avaliação da qualidade em serviços de saúde implica na análise das intervenções dos especialistas em relação aos resultados percebidos pelos pacientes, e identificam seis critérios para este processo avaliativo: segurança, efetividade, cuidados, adequação no tempo, eficiência e equidade.

Estudiosos do campo da avaliação têm se apoiado nas ideias do planejamento situacional de Matus (1987) que analisa o contexto político-institucional composto por quatro momentos, o Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional, e considera que “uma instituição é uma forma de organização da relação recursos-produtos-resultado, devendo estar, portanto, constantemente submetida à prestação de contas da relação recursos-produtos, produtos-resultado” (p. 349-354). Ou seja, à avaliação.

Para Oliveira e Reis (2016), a avaliação é uma das etapas fundamentais para a revisão e reorientação das trajetórias percorridas na execução das ações de saúde, além do aperfeiçoamento do planejamento, onde avaliar eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, a vulnerabilidades, ao acesso e a satisfação dos cidadãos torna-se ferramenta central.

De acordo com Silva et al (2005) as práticas de saúde constituem-se no objeto de maior interesse da avaliação, pois são resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde.

A avaliação de políticas, programas e projetos é relevante, pois visa analisar a atuação do Estado e o poder político envolvido na sua formulação e

operacionalização (VIEIRA DA SILVA, 1999). A avaliação pode fornecer também subsídios para a melhoria das intervenções em saúde, assim como, para o julgamento de atributos essenciais da saúde como a cobertura, acesso, equidade, qualidade, efetividade, eficiência e satisfação dos usuários (SILVA et al, 2005).

Nesse contexto, Silva (1994) afirma que as teorias metodológicas variam de acordo com o objeto de avaliação, caso o objeto seja o indivíduo, a centralidade estará nas questões técnicas do cuidado prestado ao usuário, e quando o objeto for um sistema de saúde, ganham destaque a acessibilidade, a cobertura e a equidade do sistema.

Sendo assim, avaliar um sistema é mensurar e monitorar o grau em que o sistema de saúde atinge seus objetivos, sendo que é imprescindível ter clareza sobre os princípios, os objetivos e as metas a serem alcançadas, uma vez que isto servirá de base para a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação (VIACAVA et al, 2011).

3.1.1 Organismos internacionais e avaliação em saúde

No Brasil, a avaliação em saúde constituiu-se como objeto de interesse em vários momentos históricos, mas adquiriu maior ênfase a partir do estímulo à utilização de práticas avaliativas pela Organização Mundial da Saúde a partir da declaração de Alma-Ata em 1978. (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) começaram a abordar e a estimular a discussão da temática, mais especificamente sobre avaliação de sistemas de saúde.

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde das nações, de acordo com Birch e Garfni (2005), tem ocupado lugar de destaque na agenda de organismos internacionais, que constitui etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantir a qualidade da atenção à saúde. A avaliação desses sistemas é uma obrigação dos governos, gestores, pesquisadores, e usuários, para promover a equidade no financiamento da atenção à saúde; atender às expectativas da população no que se refere às condições de atendimento e reduzir as desigualdades (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2012).

Nesse contexto, a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde foi tema central do *World Health Report 2000*, o qual determinou três metas: a melhoria do estado de saúde das populações, a responsividade às expectativas da população e a igualdade na contribuição financeira. Esta definição foi bastante criticada, por ter incluído aspectos políticos e ideológicos interpretados como um modelo de reforma, além da seleção do índice de medida elaborado (*Overall Health System Performance Indicator*) não permitir identificar problemas prioritários dos sistemas de saúde, devido às diversas dimensões que o compõe (WHO, 2000).

Importante mencionar que a proposta da OCDE para avaliação de sistemas de saúde insere indicadores de resultados dos serviços, e considera o acesso como componente da responsividade, estima o nível de gasto sanitário em saúde como variável macroeconômica e seleciona medidas de avaliação mais objetivas (HURST, 2002).

A OCDE consiste em promover políticas voltadas ao alcance do crescimento econômico, do nível de emprego e do melhor padrão de vida de seus 36 países-membros, entre outros setores, como combate à corrupção, educação e saúde, e ao que se refere à saúde, controlar a taxa de gastos públicos, assegurar um acesso equitativo aos cuidados, melhorar a saúde e prevenir as doenças, e estabelecer um financiamento equitativo e sustentável para os serviços de saúde e os cuidados de longo prazo (ABIIS, 2019).

O modelo de avaliação da OCDE também considera os determinantes sociais do processo saúde-doença, e nesse sentido Reis et al (2017) entendem que:

“O foco principal é direcionado para a análise do desempenho do sistema de saúde, que envolve a verificação das necessidades de saúde do usuário inter-relacionadas às categorias, a) qualidade do cuidado em saúde, b) acesso e c) despesas em saúde. O desempenho do sistema de saúde é verificado por meio da qualidade que compreende a efetividade, segurança e resolubilidade com foco nas necessidades do paciente (REIS et al, 2017, p. 335).

Lima (2016) enfatiza que a OCDE avalia as políticas econômicas e públicas bianualmente a *Health at a Glance*, que tem por objetivo fazer a

comparação dos sistemas de saúde de seus países membros, verificando gastos e financiamento em saúde, força de trabalho na saúde, utilização dos serviços de saúde, qualidade dos cuidados em saúde, entre outros indicadores.

Insta citar que o governo do Brasil e a OCDE assinaram um acordo que prevê a realização de estudos sobre o desempenho do SUS, o qual um deles é sobre todo o sistema de saúde brasileiro com foco no seu financiamento e nos sistemas de informação clínica, assim como seu desempenho em ações de promoção de saúde e de controle de condições crônicas. (ABIIS,2019)

Estudos de Viacava et al (2004) corroboram com Hurst (2002) ao relatar que vários países membros da OCDE desenvolveram quadros de referência e indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, os quais os sistemas de avaliação implementados possuíam características comuns, como a definição de quadros de referência (objetivos e metas) e distintas dimensões de desempenho (sobretudo em relação à qualidade e eficiência), dar maior ênfase às dimensões de estrutura e processo como *proxy* de resultados e a não inclusão de medidas mais gerais de eficiência.

Já a OPAS (2001) defende que a avaliação dos sistemas de saúde deve ser quantitativa e qualitativa, além de medir o alcance das metas específicas e prioritárias de cada país levando em consideração a conformação de cada sistema de saúde. Nesse sentido, a prospecção e a adoção de tecnologias da informação que possam instrumentalizar os sistemas de informação em saúde contribuem para favorecer e apoiar a utilização das informações para que as ações e serviços proporcionem a melhoria na situação de saúde da população (BRASIL, 2009b).

A Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) foi pioneira na criação de parâmetros de avaliação de programas públicos e ainda é a principal referência. Seus princípios perfazem pela utilidade da avaliação para os usuários, a exequibilidade em relação aos custos da avaliação, a ética para com os envolvidos, a acurácia das informações sobre a importância e excelência dos programas avaliados com a devida validade (JCSEE, 2018).

A Sociedade Canadense de Avaliação (CES) aprofundou em diretrizes sobre ética, competência, integridade e responsabilização dos avaliadores (HARTZ, 2006), o qual Viacava et al (2011) entende que a proposta canadense deveria considerar quatro dimensões, que deveriam ser examinadas sob a ótica

da equidade, a citar, as condições de saúde, os determinantes não médicos da saúde (sociais, biológicos e comportamentais), o desempenho do sistema de saúde, bem como as características da comunidade e do sistema de saúde.

Surgiram no Canadá duas ferramentas de avaliação do desempenho, o qual Oliveira, Sousa e Baylina (2007) citam o modelo aplicado aos hospitais, consideradas quatro áreas fundamentais, não integradas - financeira, utilização clínica (processos), perspectiva do paciente (cliente), e integração do sistema e mudança (competências), e o modelo desenvolvido pela Universidade de Montreal, o qual a avaliação de desempenho deverá ser ponderada e estabelecida de acordo com a capacidade de adaptação à sociedade em que a organização está inserida, o alcance dos objetivos (a satisfação das partes interessadas, efetividade e eficiência), a produção de serviços (qualidade, produtividade) e a manutenção da cultura e valores.

No final dos anos noventa, Cremadez (2010) relata que os serviços de saúde, inclusive franceses, começam a ser avaliados publicamente por jornalistas que desejam compensar a ausência de transparência dos hospitais e a escassez de informações provenientes dos profissionais. Nessa circunstância, surgem técnicas de análise e de avaliação que provocam uma reflexão fundamental sobre os valores em adequação permitindo uma evolução da cultura profissional.

Em 2003 a Sociedade Francesa de Avaliação aprovou sua Carta de Avaliação das Políticas e Programas Públicos, que consiste em seis princípios ou diretrizes, a citar: ética, competência, respeito à integridade dos indivíduos, pluralismo, independência, transparência e responsabilidade (HARTZ, 2006), e em 2004, foi criada a alta autoridade da saúde com a lei de 13 de agosto. A *Haute Autorité de Santé (HAS)*, consiste em avaliar a utilidade médica dos serviços e produtos reembolsados pelo seguro social, formular recomendações independentes e imparciais quanto ao reembolso destes produtos e serviços, desenvolver as boas práticas profissionais e credenciar os estabelecimentos de saúde (CREMADEZ, 2010).

Estudos de Fortes, Mattos e Baptista (2011) reportam que a acreditação francesa foi uma iniciativa do poder público, que colocou seus princípios a partir da lei nº 96-346, de 24 de abril de 1996, sobre a reforma dos hospitais públicos e privados, e definiu a necessidade de criar um organismo responsável, que veio

a ser a *Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé* - ANAES, em 8 de abril de 1997.

Nesse sentido, a acreditação objetivou os procedimentos, as práticas profissionais e os resultados, e sua aplicação se destinou a todos os setores hospitalares do país e a todos os serviços ou atividades desses estabelecimentos. A acreditação francesa é obrigatória e as unidades de saúde não têm autonomia para decidir participar desse processo, e caso a adesão ao processo não ocorresse de forma “voluntária”, o processo era induzido pela *Agence Régionale de l'Hospitalisation* - ARH, tutora financeira e administrativa regional dos hospitais. (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Retornando a 2003, a *United Kingdom Evaluation Society (UKES)* publicou um guia de boas práticas em avaliação com referência aos modelos de avaliação da Suíça, Alemanha, França e Reino Unido, países europeus com elevado grau de institucionalização da avaliação (HARTZ, 2006). De acordo com Widmer (2004), as distinções entre as normas e diretrizes decorrem de processos culturais e participativos de cada país e que há inconsistências e contradições.

De acordo com Tanaka e Oliveira (2007), o sistema de saúde britânico, recomenda para o controle e a avaliação dos serviços de saúde prestados pelos provedores com distintos níveis de complexidade, os Padrões Nacionais de Serviços (*National Service Frameworks*), com o objetivo de aumentar a qualidade e reduzir variações entre diferentes prestadores minimizando as desigualdades na atenção em saúde.

A acreditação no Reino Unido é oferecida por várias organizações independentes. As experiências que se destacam são as do *The King's Fund Audit (KFA)* e do *Hospital Accreditation Program (HAP)*, o qual a KFA é uma fundação independente cuja missão é melhorar a qualidade do gerenciamento no NHS e que desenvolveu um processo mais próximo de uma acreditação nacional, através dos padrões da JCAHO e, a HAP desenvolveu um esquema de acreditação próprio do Reino Unido e próximo ao conceito americano de acreditação que concede *status* de acreditado, emitindo um certificado na conclusão dos trabalhos de avaliação (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011)

Para além, considerando a necessidade de compatibilizar a incorporação de novas tecnologias e garantir a maior efetividade possível, foi também criado

o *National Institute for Clinical Excellence*, visando atingir padrões de desempenho e de qualidade pelos distintos provedores do *National Health Service* (NHS), o qual somados à utilização de instrumentos de monitoramento de desempenho dos serviços atrelado à remuneração dos prestadores têm possibilitado um adequado funcionamento do sistema de saúde britânico (TANAKA e OLIVEIRA, 2007).

O sistema alemão de saúde possui alto nível de recursos financeiros e capacidade instalada. O acesso da população é uniforme e fácil e os benefícios são abrangentes em todos os níveis de assistência (STEGMULLER, 2009). As avaliações realizadas por pesquisas de monitoramento possibilitaram identificar repercussões sobre gastos com alguns ganhos de eficiência, o qual resultados mais positivos demonstrados na avaliação destas redes foram na assistência farmacêutica, com redução do uso de medicação desnecessária e de gastos com medicamentos (GIOVANELLA, 2011)

A necessidade de introduzir a obrigatoriedade do seguro de saúde fazia parte da agenda política da Suíça, o qual tais preocupações levaram, em 1994, à implementação da nova lei federal sobre o seguro de saúde *Loi fédérale sur l'assurance-maladie* (LAMal), exigindo que todos os residentes suíços tenham ao menos um seguro básico de saúde. Assim, a LAMal foi o grande impulsor das várias reformas realizadas possibilitando a planificação cantonal dos hospitais de acordo com os critérios de qualidade e eficácia econômica, incentivando a uma maior eficiência e gestão de custos hospitalares (FERNANDES, 2017).

Carnut e Narvai (2016) colocam que toda organização necessita ser avaliada por meio de um sistema que possibilite, por processos de retroalimentação, rever suas estratégias e métodos de trabalho, por meio da avaliação a organização se recicla e torna-se capaz de sobreviver em ambientes agitados e mutáveis.

Dessa forma, entende-se que o campo da avaliação teve amplo desenvolvimento, motivado pelos avanços metodológicos em diferentes países e formação de grupos de pesquisa sobre o tema.

3.1.2 Avaliações de Acreditação Internacionais nos Hospitais do Brasil

A preocupação com a qualidade assistencial surgiu com o Código de Hammurabi, que em sua particularidade recomendava "*não causar mal a alguém*", grafada pelo imperador da Babilônia. Fundamental mencionar Florence Nightingale, enfermeira inglesa que, na metade do século XIX, implantou um modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde, considerado como precursor do processo de Acreditação (ROQUETE; SANTOS; VIANA, 2015).

A partir do século XX, a avaliação na área de saúde estabeleceu suas premissas no contexto histórico, com Abrahan Flexner, o qual realizou, em 1910, um trabalho de acreditação em várias escolas médicas nos Estados Unidos e Canadá (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018). O Doutor Codman, comprometido com a qualidade da assistência, foi um dos líderes do movimento que culminou, em 1913, com a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual adota o "Sistema de Resultados Finais" como uma de suas premissas, visando à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos. Em 1951, o CAC, em conjunto com algumas associações, criou a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade independente, não governamental e sem fins lucrativos. Em 1987, a JCAH muda de nome para *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), refletindo a expansão dos programas para diversos segmentos de serviços de saúde, incluindo também ambulatórios, laboratórios, saúde mental, rede de serviços, *home care*, entre outros (GASPARY, 2014).

Nos últimos anos, a JCAHO passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, o papel de educação com monitoramento, o qual a mensuração de resultados passou a ser expresso em 4 níveis: acreditação com distinção, acreditação sem recomendação, acreditação com recomendação e acreditação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Contudo, na década de 1960 é que a avaliação começou a ganhar abrangência mundial, ressurgindo como acreditação hospitalar, por tratar-se de um sistema de avaliação periódica, voluntária e reservada, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e

nos resultados, cujo modelo de avaliação encontra-se respaldado na tríade estabelecida por Avedis Donabedian (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

O conceito de avaliação hospitalar, de acordo com Maia e Roquete (2014) citado por Viana e col. (2011, p. 36), surgiu com a perspectiva de se obter padrões elevados de qualidade na assistência, por meio de iniciativas que propiciem o seu desenvolvimento, tais como aquelas direcionadas a “competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização gerencial, inovações estruturais e tecnológicas, além da melhoria permanente e contínua do atendimento”.

Instituições que desenvolvem processos de acreditação hospitalar experimentam situações educacionais nas quais todos os seus participantes precisam discutir de forma aprofundada temas como eficiência e eficácia. (EMÍDIO et al., 2013). As instituições de saúde, com destaque para os hospitais, são caracterizadas como organizações complexas, nas quais há um cenário que favorece a emergência de relações de conflito, o qual a ampla gama de profissionais envolvidos torna a gestão em saúde desafiadora, pois os parâmetros da qualidade se fazem imprescindíveis (MAIA; ROQUETE, 2014).

Considerando que a Acreditação é um sistema que parece alicerçar estratégias voltadas à qualidade na saúde, pesquisas relacionadas às mudanças gerenciais advindas do processo de Acreditação são importantes e necessárias porque com base nos seus resultados, os gestores de instituições de saúde poderão (re)planejar as ações gerenciais com mais assertividade, focadas ao alcance da certificação e, principalmente, a melhoria dos serviços (OLIVEIRA et al, 2017).

Cabe aludir que a Acreditação, para produzir melhorias na qualidade da assistência, exige trabalho interdisciplinar e superação da atenção fragmentada. Nessa perspectiva, para viabilizar a qualidade almejada, é preciso que os profissionais internalizem a lógica do cuidado integral e considerem o usuário como foco do processo de atendimento (OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

A acreditação hospitalar é fundamental, pois a mesma possibilita a implantação do manual da qualidade, planejamento estratégico e/ou plano de desenvolvimento institucional; regula os procedimentos possibilitando o tratamento das não conformidades e das ações preventivas; define e documenta a missão e visão do hospital; identifica e controla seus principais equipamentos,

com relação a estrutura física; identifica os indicadores gerenciais voltados para os clientes/ mercado, processo/produto, negócio e gerenciais voltados para pessoas (GERÔNIMO et al, 2018).

Estudos de Alonso et al (2014) esclarecem que podem ser citadas as vantagens do processo de acreditação, como melhoria contínua; qualidade da assistência; construção de equipe e função educativa; critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira; gerenciamento; e segurança para pacientes e profissionais. Dessa forma, Alonso et al (2014) percebem que:

“Além de permitir a avaliação e a consequente distinção das organizações de saúde, o modelo adotado no processo de acreditação tem se mostrado uma importante ferramenta de gestão, à medida que, com base nos requisitos e padrões, a organização tem a possibilidade de realizar um diagnóstico para: entender os requisitos para a melhoria do desempenho; medir e identificar onde melhorar; identificar e entender, de forma sistemática, seus pontos fortes e oportunidades para melhoria; e promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas da equipe (Alonso et al, 2014, p. 36).

Já Emídio et al. (2013) ressaltam torna-se contínua a necessidade de indicadores de desempenho que contemplem estruturas hospitalares que atuam de forma interativa em três grandes áreas: gestão da segurança, organização de processos e gestão dos resultados, o que tem sido definido como programas de acreditação hospitalar.

De acordo Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015), a literatura aborda quatro grandes fatores motivadores para a acreditação hospitalar: melhoria dos processos; imagem do hospital; avaliação objetiva da qualidade; e pressões competitivas. Essa mudança também propicia o fortalecimento da cultura da melhoria contínua, uma vez que as instituições passam a estabelecer novos parâmetros de referência da excelência para os processos de cuidado desenvolvidos em seus serviços (GASPARY, 2014).

Já para Abreu e Abrantes (2018), os principais motivos para a busca da acreditação se relacionam à oportunidade de crescimento pessoal e profissional, à maior estabilidade da organização, à sobrevivência da instituição, ao

reconhecimento da organização e de seus profissionais, ao estímulo à melhoria contínua dos processos e da assistência ao cliente, ao fortalecimento da confiança da sociedade e ao orgulho de se trabalhar em uma instituição acreditada.

Dessa forma, conclui-se que a motivação para a busca da acreditação é um construto multidimensional, composto por seis dimensões motivadoras: cultura da qualidade; pressões competitivas; atendimento ao paciente; padronização dos processos; imagem do hospital; e avaliação objetiva da qualidade. (ARAUJO; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2015).

A certificação hospitalar, segundo Mezomo (1995, p.22) citado por Mafra (2007) é um processo que reconhece a existência de determinados *standarts* de qualidade nos serviços prestados pela organização. Entretanto, a certificação "não garante, por si, que os serviços prestados sejam de qualidade; ela apenas indica somente que os serviços têm condições de produzi-la, caso assim o desejem". Dessa forma, utiliza a análise crítica pela direção como estratégia de reflexão dos gestores sobre o sistema da qualidade, com o uso de informações e indicadores. Esta análise orienta a decisão gerencial sobre as ações prioritárias, o qual a gestão da documentação institucional ocupa posição de destaque (SCHIESARI, 2014).

Já a acreditação consiste em método de avaliação que visa o aumento progressivo da qualidade de uma instituição de saúde e do atendimento prestado. Os programas de acreditação são de educação continuada e não de fiscalização ou punição. Existem programas em mais de 90 países, cada um adaptado à realidade em que se insere (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Assim, o grande benefício da adesão ao programa de Acreditação Hospitalar é a mudança de atitude de todos os integrantes das instituições de saúde, desde o corpo clínico, administração e parceiros, pois cada etapa do processo dá oportunidade de reflexão e análise, e leva a um autoconhecimento mais aprimorado da instituição, dando mais segurança e firmeza em todas as atividades (MAFRA, 2007).

Instituição Acreditada, segundo Abreu e Abrantes (2018) é aquela que comprova a existência de elementos básicos de segurança assistencial e de estrutura; a Acreditada Plena é aquela que tem sistema de gestão, baseado em planejamento estratégico, cumpre os requisitos do nível anterior e utiliza

protocolos de padronização de processos assistenciais e gerenciais, e quanto à instituição Acreditada com Excelência, além do cumprimento dos requisitos estabelecidos nos níveis anteriores, nesta modalidade, a instituição necessita comprovar que os seus resultados são baseados em indicadores alinhados com o seu planejamento, e a partir da análise crítica dos resultados, estabelecem-se ações de melhoria contínua.

Há fatos que merecem destaque, como os diferentes modelos de acreditação hospitalar coexistem em nosso país, a citar: Organização Nacional de Acreditação (ONA), *Joint Commission International (JCI)*, Acreditação canadense, *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)*; e também um número crescente de serviços de saúde certificados pelas normas ISO 9.001, 14.000, 31.000 e OHSAS 18.001 (SCHIESARI, 2014).

O modelo nacional empregado no Brasil é o da Organização Nacional de Acreditação (ONA), organização privada sem fins lucrativos, com parceria firmada com a ANVISA e que tem no seu conselho de administração, entre outros membros, representantes dos financiadores da assistência médica, inclusive CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde) (RAFAEL; AQUINO, 2019).

Em 1987, a *International Organization for Standardization (ISO)* oficializou a primeira série das normas ISO 9000 - Sistema de Gestão da Qualidade. A ISO é uma organização de membros não governamental, independente e a maior desenvolvedora mundial de normas internacionais voluntárias, que abrangem quase todos os setores, da tecnologia, à segurança alimentar, à agricultura e à saúde, com padrões que fornecem orientações e ferramentas para as empresas e organizações que querem garantir que seus produtos e serviços consistentemente atendam às necessidades do cliente e que a qualidade é constantemente melhorada (RIBEIRO; ALMEIDA, 2015).

A norma ISO 9001 promove a adoção de uma abordagem de processo para o desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia de um sistema de gestão da qualidade, o qual para uma organização funcionar de maneira eficaz, ela deve determinar e gerenciar diversas atividades interligadas. (BONATO; CATEN, 2015). Estabelece os requisitos para assegurar a qualidade dos processos de produção, ou seja, estabelece critérios que possibilitem: a)

agregar fator de confiabilidade ao produto; b) atender a demanda de cliente; c) atentar para a conformidade na produção; d) orientar o acompanhamento por processo relevante para a qualidade; e) ser aplicável a processo ou a parte da organização (SOUZA; GEORGES, 2020).

Entre os modelos internacionais usados no Brasil está o JCI, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (RAFAEL; AQUINO, 2019). As atividades sob o título de Joint Commission International (JCI), iniciaram-se com a necessidade de analisar as organizações de saúde, com padrões de credenciamento em nível internacional, desenvolvendo um conjunto de normas de acreditação em 1998. As informações relacionadas aos resultados e seu grau de acreditação são apresentadas para o público mediante acesso no site institucional, contudo, os detalhes relacionados ao processo de acreditação e seus resultados são mostradas apenas às organizações beneficiárias e acionistas (AMERIOUN, A. et al, 2011).

A ISO 14001: 2004 define que as normas internacionais de gestão ambiental têm por finalidade prover às organizações os elementos de um Sistema de Gestão Ambiental (SGA) eficaz, passível de integração com outros requisitos de gestão, de forma a ajudá-las a alcançar objetivos ambientais e econômicos previamente determinados por elas (BONATO; CATEN, 2015).

Já a norma OHSAS 18001:2007 (*Occupational Health and Safety Assessment Series*), também desenvolvida para ser compatível com o sistema ISO 9001, fornece requisitos mínimos para os sistemas de gestão de segurança e saúde do trabalho, o qual os fatores que influenciam mais fortemente o desempenho da gestão da saúde e segurança do trabalho em uma empresa são: nível de detalhes e a complexidade do sistema; porte da organização; cultura da empresa; e natureza dos seus serviços e produtos (MAEKAWA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2013).

Um dos focos da NIAHO é fortalecer as medidas de segurança do paciente e de todos os demais envolvidos no processo, conduzindo ao reconhecimento internacional e o intercâmbio na área da saúde, primando pela segurança predial e visa como resultado a segurança do paciente (ROSA; TOLEDO, 2015).

Nesse contexto, em 2008, os Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), dos Estados Unidos, aprovou o novo programa de acreditação de

hospitais, desenvolvido pela divisão médica do Det Norske Veritas (DNV), o que lhe garante o direito ao reembolso Medicare sob um programa simplificado, o qual o modelo de acreditação NIAHO cumpre as condições de participação do CMS e ainda conta com o reconhecimento internacional da norma ISO 9001 (ROSA; TOLEDO, 2015).

Sobre a Acreditação Canadense, Rodrigues (2004) descreve que o Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) foi criado em 1995, é uma organização não-governamental, sem fins lucrativos, nacional e independente que tem por objetivo ajudar instituições que prestam serviços de saúde, no território canadense e no mundo, avaliando-as e ajudando-as a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e da atenção/assistência prestada, cuja missão é promover a excelência da atenção à saúde e o uso eficaz dos recursos em organizações de serviços da saúde, a fim de melhorar a prestação de serviços de saúde, utilizando-se das práticas de benchmarking, assegurando serviços de saúde com qualidade que refletem na melhoria da saúde das populações (Rodrigues, 2004).

Em comparação do Sistema de Acreditação Americano JCAHO, com as normas série ISSO, tem-se que a ISO define o processo de trabalho, identificando e documentando todos os processos de uma empresa, enfatizam bastante o *follow-up* do sistema, através de ações corretivas e preventivas, auditorias internas da qualidade, e análise crítica do sistema pela administração. Por outro lado, uma das vantagens das normas da JCAHO é destacar aspectos importantes que devem ser observados no atendimento de saúde e as características de como fazê-lo bem, como o gerenciamento de informação, controle de infecção, gerenciamento do ambiente hospitalar, enfatizando bem mais o resultado final do processo (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

A inclusão da avaliação como parte da estrutura dos serviços de saúde sustenta-se pela percepção de que resultados negativos merecem reformulações, objetivando melhorias das ações em um processo construtivo, com o envolvimento dos diversos atores sociais, que favoreçam a reformulação das ações, para a melhoria do desempenho (SALSI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

Assim sendo, destaca-se o PNASS, idealizado para avaliar todos os tipos de serviços hospitalares, sendo essa avaliação baseada no mesmo modelo teórico empregado pela ONA, ou seja, estrutura, processos e resultados,

classificando as instituições em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo (SOUZA; SCATENA, 2013).

Nesse contexto, o PNASS se faz fundamental, considerando que os sistemas de informação e avaliação são primordiais para os serviços de saúde, por envolverem um processo global e integrado, tendo como objetivo final a obtenção de uma assistência mais qualificada (BEDONI, 2018).

Contudo, estudo de Costa Junior (2013) deduz que a acreditação engloba uma série de conceitos, princípios, padrões e outras referências ou parâmetros que podem contribuir, de forma positiva, para uma possível revisão do programa adotado pelo PNASS, uma vez que já é reconhecida como uma das mais efetivas metodologias de avaliação de qualidade e segurança em saúde.

Enquanto mecanismo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde do SUS, Perin, Bozzetti e Klaus (2017), percebem que o PNASS possui grande relevância dado a sua utilidade para mensurar a eficácia da gestão pública, assim, acredita-se que toda avaliação deve ser produtora de insumos diretivos para a mudança e melhoria da prática assistencial (SALSI, SILVA, MEIRELLES, 2018).

Portanto, a demanda dos governos por estudos de avaliação tem relação com questões de efetividade, eficiência, *accountability* e desempenho da gestão pública, o qual o PNASS representa uma importante experiência para compreender o funcionamento dos mecanismos de gestão, a estrutura dos serviços de saúde, os processos e relações de trabalho, bem como os diferentes contextos sociais nos quais estão inseridos os estabelecimentos (PERIN; BOZZETTI; KLAUS, 2017),

Conclui-se assim, os processos de avaliação precisam propor meios para que os dados possam ser rediscutidos, repensados e replanejados com os atores, para que juntos possam reconstruir e/ou reformular o cenário (SALCI; SILVA; MEIRELLES, 2018).

3.2 A Estruturação da Avaliação no Sistema Único de Saúde

A Avaliação é um componente da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como objetivo subsidiar processos decisórios no âmbito da saúde no Brasil. Este capítulo irá percorrer as iniciativas de implementação da avaliação nas diversas dimensões do SUS (BRASIL, 2005b).

Nos primeiros anos do SUS as ações governamentais estavam voltadas para a sua consolidação, para o processo de descentralização e implantação dos programas PACS e PSF, e naquela época ainda não havia iniciativas para avaliar a influência destes programas no desempenho do sistema. Diversas instituições afiliadas da Abrasco fomentaram as primeiras discussões sobre a construção de uma metodologia para a avaliação do SUS. O objetivo deste grupo era conhecer a eficiência, efetividade e equidade do sistema, aprimorar a formulação de políticas, monitorar a desigualdade do acesso e a qualidade dos serviços ofertados (VIACAVA et al., 2004).

Assim, em 2004, foi formulada uma proposta metodológica de avaliação do desempenho para o SUS com base na dimensão dos determinantes sociais da saúde, considerados prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Para isso definiram uma dimensão das condições de saúde da população com medidas de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida, e outra dimensão da estrutura no que tange ao financiamento e recursos do sistema de saúde, que condicionam as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde (VIACAVA et al., 2004).

O Ministério da Saúde do Brasil teve várias iniciativas para institucionalizar os mecanismos de avaliação, monitoramento, e divulgação dos resultados do SUS, incluindo a avaliação dos serviços e estabelecimentos, também de programas, sistemas e políticas de saúde (FELISBERTO, 2006).

Em 2005 o Ministério da Saúde (MS) reconheceu que a institucionalização e a cultura de avaliação ainda eram incipientes no âmbito da saúde pública, no Brasil; assim, sinalizou a insuficiência de diretrizes para implantação de um sistema de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, necessitando, portanto, de investimentos e definições estratégicas advindos do Governo Federal (BRASIL, 2005a).

Em estudos de Carvalho (2012), o entendimento do Ministério da Saúde foi coerente ao reforçar que institucionalizar a avaliação perpassa por implantar políticas de avaliação que contemplem a necessidade da regulação, regulamentação, melhoria dos programas, garantia de qualidade dos processos e produtos, poder de comparabilidade, cobrança de compromissos e desempenho, além de perseguição de metas no sentido da melhoria da

qualidade de vida e do bom estado de saúde da população, de desenvolvimento institucional e pessoal no sentido do bem-estar dos profissionais envolvidos.

A cultura da avaliação é um aspecto importante para a institucionalização da avaliação; sendo assim, o Ministério da Saúde considera necessário que os profissionais desenvolvam um “olhar avaliador” dos processos de trabalho, em todos os serviços de saúde e em todas as esferas do SUS (BRASIL, 2005b). Nesse sentido, Contandriopoulos (1999) aponta que a institucionalização da avaliação contribui para o aparecimento de uma cultura autenticamente democrática quando promove a integração de grupos de interesse dotados de poder aos de indivíduos que constituem a sociedade coletivamente.

Relevante mencionar que a falta de metodologia e instrumento de avaliação também era uma fragilidade a ser resolvida pela institucionalização de uma Política de Avaliação a ser criada pelo Ministério da Saúde, sendo necessária a criação de instrumentos e estratégias de integração das várias iniciativas de avaliação do SUS (BRASIL, 2005b).

A institucionalização da avaliação no âmbito da Atenção Básica merece destaque, pois foi no Programa de Saúde da Família (PSF) que a institucionalização da avaliação teve maior força e evolução (FELISBERTO, 2004). A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica proposta pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação /Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) foi criada em 2003, antes de mesmo da publicação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS que só aconteceu em 2007 (FELISBERTO et al, 2009).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica foi precursora na área da saúde por transformar a institucionalização da avaliação em política de governo e descentralizar a avaliação para o gestor estadual, envolvendo-o no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica (ALVES, 2008).

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), criado em 2003 para expandir a cobertura do PSF para municípios acima de 100.000 habitantes, destacou a avaliação como importante mecanismo para o fortalecimento da gestão quando estabeleceu o componente III, denominado Monitoramento e Avaliação, com vistas a implementar o Pacto de Indicadores da

Atenção Básica; o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e o Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família no País (BRASIL, 2002).

A partir deste debate, o Ministério da Saúde criou, em 2006, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) com a missão de “acelerar e aperfeiçoar a implementação das práticas de gestão estratégica e participativa nas três esferas de gestão do SUS”. Vinculado a SGEP foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), estrutura responsável pelas tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação no SUS. Também foi incorporada à SGEP o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), o Departamento de Acompanhamento da Reforma Sanitária transformou-se em Departamento de Apoio à Gestão Participativa e, por fim, ampliou-se o Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (BRASIL, 2006a).

Em 2007, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) publicou a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), aprovada no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2009a).

Alinhada à Lei Orgânica do SUS, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS. Estas atividades envolvem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à busca da equidade, ao monitoramento e avaliação, à ouvidoria, à auditoria e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2009a).

Na Política, o capítulo sobre monitoramento e avaliação estimula o acompanhamento de indicadores que correlacionem indicadores tradicionais dos serviços de saúde, individuais e coletivos, com os indicadores de desigualdade e iniquidade, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros, quantitativos e qualitativos, abertos às dimensões da ética, do conflito, da subjetividade e da micropolítica, que sirvam ao trabalho local e à aferição, e mudança permanente das práticas. Além disto, ressalta a importância dos indicadores de estrutura, recursos

alocados, condução financeira e seu impacto nas metas e indicadores de saúde (BRASIL, 2009a).

Neste contexto, foi publicado o Painel de Indicadores do SUS, que definiu 21 indicadores que abarcaram dimensões essenciais da gestão do SUS, a citar as dimensões da Demanda, Recursos financeiros e insumos, força de trabalho, processos, participação e controle social, produtos e resultados. O propósito deste painel é promover o aprimoramento dos processos e práticas de monitoramento e avaliação, contribuindo para a efetiva tomada de decisão e transparência na gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde também foi instrumento de fortalecimento da estratégia de monitoramento e avaliação no SUS, uma vez que responsabilizou as três esferas de gestão (BRASIL, 2006b). Já o DEMAGS conseguiu desenvolver uma agenda estratégica e sistemática de monitoramento e avaliação estabelecendo parcerias importantes, criando metodologias e implantando uma ferramenta eletrônica de apoio ao Relatório de Gestão, além de incorporar também a avaliação e monitoramento do Plano Nacional de Saúde (CARVALHO, 2012).

Em 2011, mais uma vez a Atenção Básica avança no quesito avaliação com a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que objetivou ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. O PMAQ desenvolveu a cultura de autoavaliação nas equipes de saúde da família e promoveu avaliações externas com vistas à certificação de desempenho das equipes de saúde. Além disto, atrelou incentivo financeiro para as equipes com melhor avaliação nos critérios do PMAQ (BRASIL, 2011).

No campo da atenção hospitalar e gestão, as iniciativas governamentais tiveram menor investimento e dentre elas se destaca o PNASS, desenvolvido em 1998, considerado uma importante iniciativa para institucionalização da avaliação nos serviços hospitalares, de urgência e emergência e de terapias especializadas de alta complexidade do SUS (BRASIL, 2015a).

Portanto, ao longo das últimas décadas diferentes iniciativas buscaram a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação no âmbito Federal do SUS. Alguns com maior ou menor intensidade e sempre buscando

avançar no processo de gestão com estados e municípios. Entretanto, diversas destas iniciativas foram descontinuadas, como o próprio PMAQ e PNASS, fragilizando a avaliação como componente central das práticas de gestão.

3.3 Princípios e Diretrizes da Atenção Hospitalar no Brasil

A atenção hospitalar, para Santos e Pinto (2017) é temática importante na análise de políticas públicas de saúde e objeto de constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área.

É apoiada em quatro eixos principais: a garantia de Acesso com ampliação da cobertura das ações, além da contínua melhoria da qualidade dos serviços ofertados; a Humanização entendida como um processo de melhoria das condições gerais de atendimento e na abordagem e integração da gestão e da assistência à saúde; a Inserção na rede de assistência, que muitas vezes apresenta-se distribuída de maneira desordenada e desarticulada dos demais serviços; e a Democratização da gestão, onde os hospitais devem assumir o seu papel e responsabilidade social, trabalhando de forma transparente e ampliando os seus mecanismos de participação social (PARPINELLI, 2015).

Insta citar que, na atualidade, a principal referência para os serviços hospitalares no Brasil é a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída através da Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013, com o objetivo de estabelecer eixos estruturantes para organização da assistência, da gestão hospitalar, gestão de pessoas, financiamento, contratualização com o gestor (BRASIL, 2013a).

A PNHOSP considera os hospitais organizações complexas, destinadas à prestação de assistência conforme perfil epidemiológico e demográfico da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e suas diretrizes atendem aos princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços, modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar, financiamento tripartite conforme pactuação e monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (SANTOS; PINTO, 2017).

A PNHOSP consolida resoluções e portarias que constituem o marco jurídico da atenção hospitalar brasileira e concretiza as estratégias presentes nas políticas anteriores, visto que reformula a forma de gestão e atenção hospitalar no SUS dentro das três esferas governamentais (municipal, estadual e federal), define e classifica os estabelecimentos e os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da RAS (PEREIRA JUNIOR, 2018).

Nesse mesmo sentido, esta política traz alguns apontamentos fundamentais no que tange a organização e funcionamento da instituição hospitalar, em especial as que estão relacionadas à assistência, quais sejam, o apoio matricial, a clínica ampliada, o gerenciamento de leitos, a horizontalização do cuidado, as linhas de cuidado, o prontuário único e a visita aberta (LEAL; CASTRO, 2018).

Assim, a PNHOSP busca garantir os princípios do SUS na atenção hospitalar, quer sejam, o acesso universal, a equidade e a integralidade, orientando a continuidade ao cuidado através da articulação hospital e Rede de Atenção à Saúde (RAS) com cuidado centrado no usuário e sua família (BRASIL, 2013b).

Relevante mencionar que, na atenção hospitalar, o princípio da integralidade está associado à operacionalização da RAS, a qual, conforme Mendes (2018) fundamenta-se em três elementos: a população de uma região, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O hospital é uma estrutura operacional, também denominada de ponto de atenção da RAS, e possui a importante missão de garantir a integralidade ao tratamento iniciado na atenção básica ou secundária, ofertando regime de internação e propedêutica de alta complexidade, além de prestar assistência contínua aos pacientes com condições agudas ou crônicas (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, Cecílio e Merhy (2013) abordam em “Como pensar a integralidade, 'olhando' desta 'estação' que é o hospital?”, que esta pergunta leva à compreensão do papel de contrarreferência dos hospitais, os quais deveriam referenciar o usuário para a atenção básica após a internação fazendo uma conexão com outro ponto da RAS.

A referência e contrarreferência promovem a atenção continuada, integral, de qualidade, responsável e humanizada, conforme idealizada na

Portaria 4.279 de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da RAS (BRASIL, 2010a).

O portador de qualquer doença crônica precisa ter acesso à atenção básica e estabelecer vínculo com uma equipe de saúde, desta forma Malta e Merhy (2010) colocam que,

“o hospital também pode ter papel fundamental na ligação da rede, por exemplo: o momento de alta de cada paciente poderia ser um momento privilegiado para se produzir a continuidade do processo de cuidado na rede básica onde o usuário já está conectado, ao invés de simplesmente lhe fornecer uma contrarreferência sem compromisso, apenas de forma burocrática. O período da internação pode, inclusive, ser aproveitado para apoiar o paciente na direção de conquistar uma maior autonomia e na reconstrução de seu modo de andar a vida” (MALTA e MERHY, 2010, p. 598).

Desse modo, Malta e Merhy (2010) compreendem como Linha de Cuidado o percurso do usuário, de forma organizada e integrada entre os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, sendo que esta Linha precisa ser centrada no usuário e deve seguir um projeto terapêutico conforme suas necessidades de cuidado, com vistas à resolutividade dos problemas de saúde do usuário e o acesso aos serviços de saúde.

O acesso universal ou a universalidade é outro princípio do SUS que deve ser atendido pelos hospitais. O SUS possui mecanismos jurídicos e normativos para garantir e ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde necessários. Dentre esses mecanismos envolvem uma atenção básica resolutiva promovendo o encaminhamento adequado e responsável, como também um sistema de regulação pautado pelo cuidado integral assegurando o acesso às consultas especializadas, tratamentos terapêuticos, exames, atendimentos às urgências, e internações hospitalares (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

A regulação do acesso à assistência tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, a fim de garantir o acesso aos usuários à rede de serviços públicos, operacionalizar a hierarquização da saúde, aperfeiçoar e monitorar a utilização dos serviços de referência, segundo os critérios de necessidades de saúde da população, e oferecer a melhor resposta assistencial disponível às demandas existentes (BRASIL, 2008).

Porém, Negri Filho (2016) demonstra que, frequentemente, nos hospitais de grande porte das grandes cidades, enfrenta-se a dificuldade de acesso à atenção hospitalar, sendo que a maior demanda reprimida das Centrais de Regulação de Leitos é referente aos leitos de terapias intensivas. Em contrapartida, existe também uma má distribuição geográfica dos leitos no país que leva a ter, em alguns lugares, a ociosidade dos leitos em cidades menos populosas.

Viacava (2018) reflete que a trajetória de 30 anos do SUS foi marcada por importantes mudanças em busca da universalidade, a integralidade e a equidade no âmbito da saúde. Por outro lado, é importante destacar os desafios históricos, dentre os quais estão as condições de saúde da população, as marcantes desigualdades regionais e o subfinanciamento público.

Enfim, torna-se importante avaliar os hospitais com a perspectiva do fortalecimento da PNHOSP, primando por um cuidado centrado em boas práticas, visto que se faz necessário avaliar a qualidade das ações e dos serviços de forma sistemática e em conjunto com as instâncias gestoras do SUS, subsidiando o processo de planejamento e a gestão do cuidado nos resultados da avaliação dos indicadores (BAO et al, 2019).

3.4 Sobre o Programa Nacional de Serviços de Saúde (PNASS)

Em 1998, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Era uma pesquisa de satisfação dos usuários que foi aplicada nos anos de 2001 e 2002 nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS (BRASIL, 2015a).

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), reformulou, em agosto de 2003, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) incorporando outras complexidades dos serviços de saúde. Assim, originou-se o Programa Nacional de Serviços de Saúde (BRASIL, 2015a).

Com o intuito de apresentar a nova metodologia do PNASS e buscar contribuições dos participantes, ocorreu em 2004, o Seminário Nacional do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde. Após este Seminário foi iniciada a fase de capacitação dos 2.664 técnicos que aplicaram os

instrumentos do PNASS em todos os estados do Brasil; as capacitações foram ministradas por técnicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007).

O PNASS foi instituído pela Portaria MS nº 382 de 10/03/2005 com a pretensão de criar mecanismos de controle, avaliação dos padrões de qualidade e resolubilidade de atenção à saúde nas estruturas do SUS. Foi criado com caráter qualitativo visando à melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde e satisfação dos usuários (BRASIL, 2005a).

À época ficou estabelecido que a execução do PNASS aconteceria de forma articulada pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS, junto às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena, com financiamento estimado de R\$ 398.360,00 (trezentos e noventa e oito mil e trezentos e sessenta reais), advindos do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), transferidos fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde. Além disto, definiu que o prazo de início da execução do PNASS seria até agosto de 2005 (BRASIL, 2005a).

O PNASS foi reformulado em 8 de janeiro de 2015 pela portaria Nº 28 do Ministério da Saúde com o seguinte objetivo:

“O Programa Nacional de Serviços de Saúde tem como objetivo avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido” (BRASIL, 2015a, p. 1).

Outros objetivos secundários também são de interesse do PNASS, como por exemplo, o interesse em investigar a cultura avaliativa dos estabelecimentos de saúde do SUS, transformar-se em uma ferramenta estratégica de regulação do SUS e consolidar-se como um instrumento de gestão do SUS (PNASS, 2004)

Esta portaria aumentou a abrangência da pesquisa e definiu que a avaliação seria realizada utilizando instrumentos avaliativos, como roteiros de verificação e questionários de pesquisa, sob a coordenação e monitoramento do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS) (BRASIL, 2015a).

Esta portaria também instituiu o Sistema Informação do PNASS (SIPNASS)¹, que foi criado com a finalidade de armazenar os dados coletados, gerenciar o fluxo a partir da aplicação dos instrumentos avaliativos e subsidiar a análise e a produção dos resultados para divulgação (BRASIL, 2015a).

Ainda sobre informatização do PNASS foram utilizados tablets com o aplicativo do PNASS *Mobile*, que era bastante moderno, interativo e autoexplicativo, o que facilitou a avaliação dos itens de verificação em formulários “baixados” previamente e com operacionalidade em modo *offline* (PERIN; BOZZETTI; KAUSS, 2016).

Para viabilizar a execução de aplicação da avaliação do PNASS foram firmados termos de cooperação com Instituições de Ensino Superior Federais como a Universidade Federal de Pelotas (UFPe), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Brasília (UnB) (BRASIL, 2015a).

Por sua vez as Universidades selecionaram, por meio de currículo e entrevista, pesquisadores de campo para a execução da avaliação. Foram selecionados estudantes e profissionais de áreas multidisciplinares que possuíam conhecimento básico sobre programas de saúde (PERIN; BOZZETTI; KAUSS, 2016).

O PNASS foi aplicado por um grupo externo ao MS, constituído por meio de parcerias entre o Ministério da Saúde e Universidades Federais, nos períodos de novembro de 2004 até outubro de 2006. Dez anos depois aconteceu a segunda avaliação em 2015 e 2016, com a previsibilidade de que o programa viesse a manter a periodicidade de aplicação conforme a portaria de reformulação do PNASS, o que até o momento não aconteceu.

Na última avaliação foram incluídos 2.589 estabelecimentos de saúde, dos vinte e sete estados da federação, de natureza jurídica pública, que tiveram aporte do MS de projetos prioritários e Incentivo de Adesão à Contratualização

¹ O Sistema de Informação do PNASS - SIPNASS foi criado desde a primeira aplicação do Programa para armazenar dados da aplicação dos instrumentos avaliativos, possibilitando a obtenção de informações para os diferentes níveis de gestão. O SIPNASS agregou dados dos sistemas CNES, SIA, SIH e APAC, porém somente foi chancelado pela Portaria MS nº28 de 02/08/2015.

(IAC). Estabelecimentos com habilitações estratégicas como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Terapia Renal Substitutiva (TRS), Centros Especializados de Reabilitação (CER) e habilitados em Oncologia foram selecionados (PNASS, 2004).

Perin, Bozzetti e Kauss (2016) mostram a percepção dos avaliadores do PNASS e concluem que o PNASS contribui para o governo (re)pensar a implementação de estratégias, ou a implantação de novos mecanismos, onde a avaliação se constitui em uma importante ferramenta para que se possa melhorar as condições de trabalho e as formas de gestão dos estabelecimentos, contribuindo, sobremaneira, para a criação de uma cultura de avaliação na administração pública em saúde.

3.5 Gestão Organizacional dos Hospitais: Os cinco critérios de avaliação do PNASS

Os tópicos a seguir abordam as áreas da Gestão Organizacional dos hospitais que foram avaliadas pelo PNASS. Este capítulo discorre brevemente sobre Gestão de Contratos no SUS, Planejamento e Organização, Gestão da informação, Gestão de pessoas, e Modelo Organizacional. Este capítulo tem o objetivo de buscar na literatura o entendimento conceitual dos itens avaliados pelo PNASS para melhor compreensão dos resultados apresentados.

Critério 1 – Gestão de Contratos

O critério 1 do PNASS, que trata da Gestão de Contratos nos hospitais, possui como itens de verificação a conformidade dos instrumentos de contratualização formal com o SUS, dos contratos vigentes com os prestadores de serviços, o cumprimento das metas estabelecidas, os instrumentos de acompanhamento dos contratos com prestadores de serviços terceirizados, além de acompanhamento da contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos, e se o estabelecimento possui comissão interna dos acompanhamentos dos instrumentos de contratualização (PNASS, 2004).

A literatura sobre contrato de gestão explica que este instrumento gerencial foi originado da gestão por resultados que teve início com Drucker (1975). Lima (1996) ao citar Caravantes (1983) considera o contrato de gestão

como ferramenta de planejamento e avaliação, pois sistematicamente compara o planejado com o executado.

Segundo Contandriopoulos (1994), o contrato de gestão induz a uma maior participação e corresponsabilização na operacionalização de objetivos e metas, além de ser mecanismo de prestação de contas sobre o que foi feito, abrindo margem para as futuras repactuações.

No âmbito da saúde, a contratualização é um processo de formalização entre o gestor municipal ou estadual do SUS e o prestador hospitalar por meio do Instrumento Formal de Contratualização (IFC). Este instrumento contém definição das regras contratuais, a descrição das metas qualitativas e quantitativas, os indicadores de atenção à saúde, de gestão hospitalar e de acompanhamento dos recursos financeiros (BRASIL, 2013a).

A Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS e define que, a partir da contratualização, o repasse dos recursos financeiros da união, estados e municípios aos hospitais passa a ser realizado de maneira regular, conforme estabelecido no instrumento de contratualização, e condicionado ao cumprimento das metas estabelecidas. A Portaria recomenda ainda a avaliação da contratualização por uma Comissão de Acompanhamento formada pelo gestor, hospital, usuários e outros (BRASIL, 2013a).

De acordo com Luedy, Mendes e Ribeiro Junior (2012) a contratualização tem fortalecido o relacionamento entre as três esferas federativas no setor saúde e possibilitado a revisão dos mecanismos de financiamento, propiciado maior transparência na relação com o gestor local do SUS; tem também potencializado a inserção do hospital na Rede de Atenção à Saúde, ampliado os mecanismos de participação e controle social e contribuído para maior comprometimento dos profissionais com os hospitais.

A contratualização de serviços demonstra a evolução e aperfeiçoamento dos instrumentos da Administração Pública da Saúde, e se destaca pela previsão de serviços ajustados às necessidades dos usuários, na construção de indicadores de desempenho qualificados e no monitoramento do desempenho das unidades prestadores de serviços de saúde (REGO, 2017).

A contratualização tem sido um instrumento utilizado para aperfeiçoamento da gestão hospitalar e desempenho do sistema de saúde, uma

vez que, incentiva os prestadores a aumentarem a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, com especial enfoque no usuário (FORTUNATO, 2014).

O contrato de gestão estabelece metas de desempenho, cronograma de execução e formas de avaliação, além das obrigações das partes. Nesse sentido, Sales e Peixe (2020) citam a teoria de Jensen e Meckling (1976) que põe ênfase na busca pelo contrato que gerencie de forma mais apropriada e com menores custos, a relação entre principal e agente, posto que ambos possuem comportamento racional, são motivados por interesses próprios e têm diferentes níveis de aversão ao risco.

Quanto à contratualização interna, é uma forma das instituições de saúde operacionalizarem internamente suas metas estratégicas. Além disto, é utilizada para pactuar internamente compromissos e indicadores assumidos com os organismos externos, promovendo um importante alinhamento entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. (MATOS, 2010).

A contratualização interna destaca-se por responsabilizar e envolver os profissionais no delineamento das estratégias organizacionais, o que fortalece a adesão aos objetivos e cumprimento de metas (MATOS, 2010), o que vai ao encontro com a filosofia de gestão orientada por resultados proposta por Drucker (1996), a qual possui o princípio de que profissionais têm uma melhor *performance* quando sabem o que deles é esperado.

Assim, a contratualização pode ser compreendida como mecanismo de institucionalização da avaliação no SUS e deve ser pensada como elemento essencial para aumentar a capacidade de gestão em saúde no Brasil, o que em contrapartida, exigirá cada vez mais o desenvolvimento do governo para monitorar, controlar e regular os contratos (SANTOS; DE MATOS PINTO, 2017).

Critério 2 - Planejamento e Organização

O PNASS define como critérios de planejamento e organização a constatação dos elementos referentes ao planejamento institucional em relação a objetivos, missão, valores, diretrizes, revisão periódica, bem como, a adesão à Programação Orçamentária, estudos de custos implantados, contratualização interna das equipes, além do trabalho com gestão a vista para trabalhadores e usuários (PNASS, 2004).

Nesse sentido, o planejamento é um processo de tomada de decisões que busca conduzir uma instituição para uma situação futura desejada (WOILER; MATHIAS, 1996).

Segundo Borba (2006), no âmbito da organização hospitalar, o planejamento estratégico direciona a instituição para seus objetivos, prevê metas, antecipa resultados e cria a cultura de planejar. O autor considera que para uma gestão hospitalar estratégica é essencial o comprometimento da direção com definição da visão, missão, valores, metas audaciosas e objetivas.

Para Kotler (2000), o planejamento estratégico deve ser realizado em nível institucional e depois ser desdobrado, de forma alinhada, para as unidades de negócio. O planejamento estratégico institucional é o norteador dos demais planos da organização, já o planejamento das unidades de negócio contempla metas estratégicas e planos para a implementação das estratégias.

Estudos de Silva e Assis (2016) expõem que o planejamento estratégico exerce um papel basilar e essencial para que os resultados desejados sejam atingidos e possibilita decisões estratégicas, que são a definição de seus objetivos, bem com as metas, as ações e os recursos a serem utilizados para alcançá-los, o qual a gestão estratégica, se bem utilizada, é um forte recurso de direcionamento institucional.

O planejamento estratégico vem sendo utilizado com êxito em diversos serviços de saúde para auxiliar na superação de barreiras operacionais encontradas na implementação de mudanças, o qual esta ferramenta possui uma grande potencialidade de desenvolver um sentimento de cooperação e corresponsabilidade entre os atores envolvidos (REMOR et al, 2019).

Além do Planejamento Estratégico, a dinâmica hospitalar exige um Planejamento Orçamentário Anual, dada a sua grande complexidade em termos de prestação de serviços, e pela enorme variedade de recursos materiais, humanos e tecnológicos que requerem investimentos de grande vulto para sua manutenção (MORAES, 2007). Para Martins (2017) o Planejamento Orçamentário, possui o papel de planejar, coordenar e controlar a operação hospitalar.

Atualmente a atenção hospitalar enfrenta o problema do aumento dos custos assistenciais, justificado principalmente pelo envelhecimento da população e doenças com opções de tratamento cada vez mais caras, levando

a aumentos constantes dos custos da saúde. Neste cenário, com vistas ao equilíbrio econômico-financeiro dos hospitais torna-se essencial a utilização de estudos de estimativas de custos, análise custo-benefício, contenção de custos e análise custo eficácia (ANAHP, 2019).

Nesta linha, a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) tem contribuído para maior eficiência na alocação de recursos e maior sustentabilidade financeira do SUS e de seus serviços de saúde, sobretudo dos hospitais (BRASIL, 2010b). Estudos de Casas et al (2020) inferem que a ATS é baseada em uma análise sistemática das propriedades, efeitos e/ou impactos dessas tecnologias através de métodos e instrumentos validados internacionalmente para avaliar a qualidade e rigor metodológico dos estudos que demonstrem eficácia, efetividade e segurança no seu uso.

Os estudos de ATS verificam, a partir de evidências científicas, a eficácia, efetividade, segurança e custo de medicamentos, materiais médicos, equipamentos e procedimentos cirúrgicos que, frequentemente, são lançados no mercado a preços mais elevados que as alternativas terapêuticas disponíveis. Seu principal objetivo é gerar informação para a tomada de decisão em relação à incorporação de tecnologias custo-efetivas e evitar a incorporação de tecnologias de valor questionável ao sistema de saúde (BRASIL, 2010b).

Insta mencionar que para Castro e Elias (2018) a ATS visa subsidiar as decisões de cobertura, incorporação ou reembolso de tecnologias em sistemas de saúde – sejam elas medicamentos, procedimentos diagnósticos, equipamentos de saúde ou protocolos e práticas clínicas e terapêuticas – com evidências científicas. Diante disso, Castro e Elias (2018) ainda citam Almeida (1998) o qual a ATS é definida como um “procedimento sistemático que permite avaliar os impactos de uma tecnologia sobre uma população no que concerne a aspectos como segurança, eficácia, efetividade, custo-efetividade e implicações éticas e sociais”.

Tendo em consideração as finalidades da ATS, ela não deve ser definida como um mero procedimento recolha de dados, estático e imutável, antes, porém, deve compreender nos seus procedimentos a análise e a avaliação das diversas áreas onde o uso das tecnologias da saúde pode ter ou implicar consequências (DA SILVA et al, 2017), e assim, apesar de considerar múltiplas

dimensões referentes ao uso de tecnologias em saúde, a ATS está focada em determinar a efetividade e os custos de uma determinada tecnologia.

Critério 3 – Gestão da Informação

Para a avaliação da Gestão da Informação, o PNASS definiu como itens de verificação os seguintes aspectos: se os hospitais fazem a atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), se há prontuários únicos registrados e regulares dos pacientes, bem como, seu armazenamento adequado e acesso, além de uma Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída, e ainda a utilização e divulgação das informações e indicadores da gestão e da assistência com o objetivo de adequar as rotinas assistências, os processos gerenciais e coletivizá-los de forma transparente (PNASS, 2004).

Dessa forma, como esclarece Barbosa (2008), o mau gerenciamento das informações interfere no desempenho das organizações, e o desafio é descobrir os dados, torná-los informações, organizá-los, disseminar e utilizá-los na tomada de decisão. A informação deve ser correta, direcionada a pessoa apropriada, no formato certo e no tempo exato, e assim se realiza uma gestão eficaz.

Informações epidemiológicas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos financeiros, físicos e humanos, assim como as informações legais e normativas são capazes de diagnosticar a realidade de serviços de saúde e a situação de saúde da população (BRASIL, 2015b).

Contextualizando, na área da saúde o prontuário do paciente é a principal fonte de dados e informação para o delineamento de políticas em saúde, por isto, deve estar presente no âmbito da atenção básica, secundária, hospitalar e de urgência e emergência. (GALVÃO, 2012).

A Resolução 1.638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM) define o prontuário como:

“documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (BRASIL, 2002, p,1).”

Esta mesma resolução (CFM Nº 1.638/2002) torna obrigatória a implantação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos de saúde que oferecem assistência médica, e compete à Comissão observar os itens que deverão constar obrigatoriamente no prontuário eletrônico ou papel. A comissão tem natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, constituída com a finalidade de analisar, acompanhar e avaliar o preenchimento e a qualidade dos prontuários dos pacientes (BRASIL, 2002).

Nos serviços hospitalares as informações do prontuário do paciente internado são processadas e enviadas ao Ministério da Saúde para compor o banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do DATASUS. A partir deste processamento é possível extrair do SIH relatórios com dados de produtividade dos hospitais, valores faturados e informações do perfil epidemiológico, socioeconômico, demográfico dos usuários (DATASUS, 2019).

O SIH existe desde 1981 e tem por finalidade o registro de todos os atendimentos provenientes de internação hospitalar financiadas pelo SUS. O SIH é a principal fonte de informações do Gestor Federal e local para os pagamentos das internações hospitalares (DATASUS, 2019).

O SIA, Sistema de Informações Ambulatorial, foi criado na década de 90 visando o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, para gerar informações capazes de subsidiar cada gestor no monitoramento dos processos de planejamento, programação, regulação, avaliação e controle dos atendimentos ambulatoriais. O sistema permite o processamento de dados e informações ambulatoriais captados pelos prestadores públicos, privados e conveniados pelo SUS (DATASUS, 2019).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema oficial do Ministério da Saúde para cadastramento de informações acerca da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial nos estabelecimentos de saúde brasileiros, sendo eles públicos ou privados, com convênio SUS ou não. O CNES é base para diversos outros sistemas de gestão da informação, como o SIA, SIH, e- SUS Atenção Básica, entre outros, portanto, é extremamente importante que os gestores dos estabelecimentos mantenham atualizadas todas as bases de informações e a fidedignidade dos dados nelas inseridos, pois são

importantes para a área de planejamento, controle e avaliação em saúde e devem refletir a real situação do sistema de saúde (DATASUS, 2019).

O CADSUS é o sistema de cadastro dos usuários do SUS e de emissão do Cartão Nacional de Saúde. Este cadastro permite maior eficiência na realização das ações de natureza individual e coletiva desenvolvidas nas áreas de abrangência dos serviços de saúde. A partir do número do Cartão Nacional de Saúde do usuário é possível integrar informações de procedimentos executados, ao usuário, ao profissional, e ao estabelecimento que os realizou (DATASUS, 2019).

Os SIH, SIA, CADSUS, CNES são os principais sistemas de informação do SUS utilizados nos hospitais e compõem o catálogo de mais de 200 sistemas do DATASUS, que é um importante órgão para gestão da informação e fortalecimento do SUS. O DATASUS tem como responsabilidade prover o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde de sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, operação e controle (DATASUS, 2019).

O Ministério da Saúde, considerando que o SUS requer cada vez mais instrumentos de gestão da informação para desenvolver e monitorar as políticas de saúde, publicou em 2015, a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. A política se encarrega de garantir os princípios da sistematização da informação, instituindo que toda informação deve ser usada para gestão, vigilância e atenção à saúde, a fim de beneficiar os usuários, profissionais, gestores, prestadores, instituições de ensino e toda sociedade (BRASIL, 2015b).

Por fim, a utilização de indicadores reafirma a importância da gestão da informação. Alicerçados em dados válidos e confiáveis, os indicadores de saúde se tornam instrumentos valiosos de avaliação, possibilitando diagnosticar a situação de saúde em todos os níveis de serviço e monitorar as ações de intervenção (BRASIL, 2008).

Critério 4 – Gestão de Pessoas

A respeito de Gestão de Pessoas, o PNASSE contempla em seu 4º critério alguns itens de verificação sobre a existência de uma política de recursos humanos e educação permanente nos hospitais, de contratos que assegurem os

direitos trabalhistas, de um programa de atenção integral, estabelecimento de planos de carreiras e espaços formais de negociação entre trabalhadores e gestores, além de um programa de incentivo financeiro ou premiações, atreladas à obtenção de metas e objetivos (PNASS, 2004).

Para melhor interpretação dos itens de verificação do 4º critério é importante compreender que a Gestão de Pessoas é a junção dos indivíduos e as organizações, sendo diferente para cada organização e se constrói baseada em vários aspectos, sobretudo na cultura organizacional. Para Chiavenato (2014), existem aspectos fundamentais aplicados que subsidiam a gestão de pessoas, entre eles se destacando a visão das pessoas como seres humanos, com personalidades diferentes e características próprias a serem desenvolvidas.

Nesse sentido, a gestão de pessoas é capaz de promover maior colaboração dos indivíduos na organização assumindo papéis operacionais e estratégicos, através de capacitação, treinamentos, feedbacks e outras ferramentas de desenvolvimento, com o objetivo de lidar com o comportamento humano, os relacionamentos profissionais e interpessoais, de forma a alcançar uma maior eficácia dos resultados por meio de um capital fundamental - as pessoas (CHIAVENATO, 2014).

A gestão de pessoas também envolve o equilíbrio organizacional, que acontece quando, dentro do sistema, a organização recebe contribuição das pessoas e, em troca, oferece incentivos. Portanto, um indivíduo motivado produzirá sempre mais, buscando ser melhor, se aperfeiçoar, obter melhor desempenho individual e da organização (CHIAVENATO, 2014).

A gestão de pessoas envolve a relação indivíduo e organização referente a execução de tarefas; aos direitos do trabalhador desde o vínculo aos benefícios; a saúde ocupacional, segurança do trabalho, desempenho, incentivos e satisfação (CHIAVENATO, 2003; FIDELIS, 2018).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) possui um eixo com diretrizes específicas para a formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho dos hospitais. O capítulo 24 da PNHOSP versa sobre estratégias de valorização dos trabalhadores, como avaliação de desempenho para análises individuais e coletivas do trabalho, com participação ativa dos trabalhadores; programa de educação permanente em saúde baseado no aprendizado em serviço, no qual o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano dos hospitais

e das equipes; e a atenção à saúde do trabalhador que contempla ações de promoção da saúde, prevenção e recuperação de doenças e reabilitação (BRASIL, 2013b).

De acordo com Porto e Granetto (2020), a gestão de pessoas, especialmente dentro da gestão hospitalar, carrega um trabalho importantíssimo para o efetivo atendimento assistencial na saúde, a ordem e a organização, o que é fundamental dentro de uma organização para que suas finalidades e objetivos sejam atendidos. Mas é evidente que a gestão de pessoas no ambiente hospitalar carrega inúmeros desafios, primeiro pelo fato de lidar com o maior bem jurídico tutelado que é a vida, além do mais porque vários são os problemas, especialmente na rede pública onde muitas vezes faltam recursos essenciais para as atividades diárias, o que acaba por ocasionar estresse e ansiedade nos colaboradores, e é por esse motivo que o gestor hospitalar tem que estar preparado para lidar com as essas adversidades.

Estudos de Morici e Barbosa (2013) revelam que nos hospitais administrados segundo as regras do direito público, a capacidade de gestão do quadro de pessoal é limitada e o setor de Recursos Humanos não tem liberdade de negociação de salários e planos de carreira, de mudança de cargos ou de contar com o desligamento de trabalhadores inaptos de forma ágil.

Por isso, falar em gestão de pessoas no ambiente hospitalar se torna tão importante, pois os alcances dos principais pilares da saúde como a promoção em saúde e a humanização estão nas mãos dos funcionários, que devem se manter atualizados sobre as necessidades atuais de sua área de atuação, e os gestores devem sempre estar preocupados em desenvolver atividades de treinamento e avaliação do desempenho de forma que os processos e o cuidar hospitalar sejam o elemento fundamental no desenvolvimento do capital humano (PORTO; GRANETTO, 2020)

Em suma, a Gestão de Pessoas é elemento fundamental no planejamento estratégico da instituição, na consecução de suas finalidades e missão institucional, uma vez que a valorização pessoal, qualificação profissional, motivação para o trabalho e a melhoria da qualidade de vida são diretrizes básicas da gestão (DE JESUS; ESPÍRITO SANTO, 2014).

Critério 5 – Modelo Organizacional

O PNASS estabelece em seu critério 5, que deve ser verificado se o estabelecimento conta com direção, coordenação e responsáveis técnicos com atribuições formalmente definidas; se há colegiados gestores, grupos estratégicos, conselhos e fórum de controle social, com participação dos trabalhadores, gestores e usuários; se desenvolve periodicamente mecanismos de análises de resultados; se conta com uma ouvidoria, além de formação adequada dos cargos de direção e coordenação. Estes itens citados compõe a avaliação de Modelo Organizacional de uma instituição hospitalar (PNASS, 2004).

Sobre o tema Modelo Organizacional Chiavenato (2003) elucida que o Modelo Organizacional de uma instituição é definido segundo a sua estrutura hierárquica - verticalizada ou horizontal -, segundo a forma geográfica, formato de departamentalização, e divisão de funções, produtos ou serviços, processos ou projetos, e segundo a forma que as tarefas são gerenciadas, podendo ser centralizadas ou descentralizadas, normatizadas ou não.

Salienta que Mintzberg (1992) analisou a forma em que as organizações se estruturavam e definiu cinco tipos: Estruturas Simples que apresentam características que ajudam a dar respostas rápidas à mudança externa; Estruturas Burocráticas que se relacionam a tarefas simples, repetitivas, onde o tempo de respostas é mais lento para reagir às mudanças; a Estrutura Burocrática Profissional, típica em hospitais, devido ao poder estar nas mãos dos profissionais-chave; a Estrutura Divisional onde existe grau de liberdade no processo de tomada de decisão e o orçamento é o instrumento de controle; e Estrutura adhocrática com características de flexibilidade em organizações temporárias e constituídas para solucionar problemas específicos (AGUIAR; MARTINS, 2006).

Não existe um modelo organizacional ideal, e cada instituição adota o melhor modelo para sua organização segundo suas estratégias. A estrutura da organização influencia diretamente o desempenho, a gestão e os resultados da empresa, e o modelo deve ser escolhido de forma a garantir a melhor eficiência possível para a instituição (CHIAVENATO, 2003).

Martins (2017), fundamentado em Mintzberg (1992), caracterizou que o modelo organizacional dos hospitais, está sendo modificado, abandonando uma estrutura profissional burocrática profissional para a estrutura adhocrática, ou seja, uma profissionalização nos processos e na gestão.

O hospital é uma organização altamente profissionalizada que reúne uma diversidade de profissionais com formação e socialização profissional diferenciadas, que ocupam diferentes posições hierárquicas e diferentes espaços na divisão do trabalho. As profissões possuem também diferenciadas maneiras de compreender o processo saúde-doença o que desencadeia conflitos internos (CARAPINHEIRO, 1998).

Importante mencionar que os hospitais se enquadram nas organizações mais complexas da administração moderna, por possuírem especificidades advindas das características de seus processos de trabalho, ambiente, poder, estrutura e pessoas, o que lhes confere a condição de serem consideradas como uma das mais complexas instituições do mundo organizacional (LIMA, 1996).

Dada essa complexidade, os hospitais têm adotado o modelo de gestão descentralizada, com composição de Colegiados Gestores, os quais são criados na medida em que a complexidade dos problemas e das estruturas aumenta, exigindo soluções mais criativas e/ou negociadas (FARIA, 2003).

Segundo Faria (2003), a gestão colegiada pressupõe a igualdade entre os diversos departamentos, o que torna o organograma mais horizontal. Esse tipo de estrutura favorece a descentralização e contribui para a normatização e o correto encaminhamento dos problemas.

É necessária também uma estrutura deliberativa de colegiados de departamento para discutir e resolver localmente o maior número de problemas com criatividade e responsabilidade. Os colegiados possuem autonomia e m ter a participação efetiva dos trabalhadores das unidades, que passam a refletir sobre os problemas de seu departamento e de toda a organização, e mais que isso, passam a ser valorizados e reconhecidos como parte das soluções institucionais (FARIA, 2003).

Jorge (2002) ao adentrar a micropolítica dos processos do trabalho hospitalar reflete que os colegiados são espaços coletivos e democráticos que trabalham na perspectiva de inclusão de um conjunto de atores institucionais na discussão e reflexão dos seus agires cotidianos. Conclui que a chave para a

gestão mais compartilhada dentro da intuição hospitalar é que essa cogestão busque entendimento e negociação a partir da lógica do cuidado sobre as demais lógicas existentes no interior do hospital, sem nunca subestimar as complexas relações de poder que atuam nesta realidade institucional.

No contexto de gestão democrática e participativa os serviços de saúde também precisam colaborar para o fortalecimento do modelo democrático-participativo proposto pela Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988 e com os princípios estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, com o exercício pleno da democracia e da cidadania (BRASIL, 2009a).

Os Conselhos de Saúde² são instâncias políticas de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados que promovem a participação social dos usuários do SUS na discussão das políticas de saúde dos estados e municípios. Os conselhos devem possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade social, por meio da formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde vigente (BRASIL, 1990).

Nos hospitais, a participação e controle social, prevista na PNHOSP, se dá por meio dos Conselhos Locais de Saúde, formados por 50% da participação de usuários e 50% divididos entre representantes dos trabalhadores e gestores do hospital, que possui a atribuição de participar do planejamento, organização e avaliação das ações e serviços de saúde hospitalar, bem como, tem responsabilidade de promover o acompanhamento, fiscalização e representação dos interesses coletivos no âmbito da saúde, para que os hospitais atendam aos direitos dos usuários, às necessidades prioritárias da população e melhorem a qualidade dos serviços (XAVIER et al., 2018).

Ainda sobre a participação social nos serviços de saúde, as Ouvidorias dos hospitais são espaços democráticos de garantia dos direitos dos cidadãos, pois criam uma relação de diálogo como usuário, permitindo a integração do cidadão no monitoramento e na avaliação dos serviços de saúde, de modo a garantir o direito do cidadão se expressar quanto à satisfação com os serviços;

² Os Conselhos de Saúde são compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, usuários, gestores e prestadores de serviços com composição paritária (50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços).

esta abertura proporciona ao cidadão oportunidade de ser participante dos processos de gestão dos hospitais (LEITE, 2018).

Nos hospitais, as Ouvidorias são unidades administrativas, que atuam em consonância com a Ouvidoria Geral do SUS, cuja missão é viabilizar a escuta dos usuários e garantir que eles tenham suas demandas efetivamente tratadas. Possui a função de intermediar as relações entre os cidadãos e o hospital, promovendo a qualidade da comunicação entre eles e a formação de laços de confiança e colaboração mútua, com fortalecimento da cidadania (BRASIL, 2014).

A Ouvidoria Geral do SUS recomenda que as Ouvidorias dos hospitais sejam subordinados diretamente à alta gestão. Esse posicionamento hierárquico em alto nível, dentro da estrutura organizacional, é importante em razão da natureza estratégica da ouvidoria, que precisa ter assegurada a sua autonomia administrativa perante as demais autoridades internas e externas para articular, coordenar e intermediar as relações institucionais com os usuários do SUS (BRASIL, 2014).

Atualmente as Ouvidorias do SUS possuem atendimento presencial, por telefone e contam ainda com um sistema *online* que facilita o acesso para abertura às reclamações, sugestões, solicitações, denúncias e elogios por qualquer usuário de forma segura (BRASIL, 2014). Estes canais de comunicação com a sociedade fortalecem os espaços de diálogo que configuram a contribuição da sociedade para aprimoramento dos serviços de saúde (SILVA, 2019)

Desse modo, pode-se concluir que os Conselhos de Saúde e as Ouvidorias são importantes instrumentos para viabilização do modelo democrático-participativo do SUS.

4. METODOLOGIA

Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, descritiva e analítica por buscar estabelecer relação entre o Desempenho Organizacional dos Hospitais do Brasil e determinados variáveis e indicadores de interesse.

População de estudo

O PNASS avaliou 1761 hospitais dos 5084 cadastrados no CNES em 2016, públicos e privados com contrato de gestão com o SUS. Os hospitais avaliados neste estudo representam 34,6% dos hospitais brasileiros.

Fonte de Dados

Foram utilizados dados secundários do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), coletados na pesquisa de 2015 e 2016 que estão disponíveis no site do Ministério da Saúde - [PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br).

O PNASS é uma pesquisa com metodologia validada pelo Ministério da Saúde com base consistente, abrangente e de grande potencialidade para a obtenção de um diagnóstico preciso da situação dos hospitais brasileiros.

Critérios de inclusão e exclusão

O critério de inclusão na pesquisa atual, considerou os hospitais nos quais o Ministério da Saúde efetuou um aporte significativo de recursos financeiros decorrentes de políticas prioritárias relacionadas as redes estratégicas incentivadas pelo MS. Além disso, foram incluídos os HPP que possuíam algum tipo de habilitação de acordo com os critérios do programa.

Dos 1761 hospitais avaliados no PNASS foram excluídos 80 hospitais que não responderam (NR) a mais de 10% do total de itens (NA>10). Foram excluídos também 16 hospitais que não tinham informações no DATASUS que possibilitassem o cálculo dos indicadores taxa de ocupação, média de permanência e valor médio da AIH, portanto, permaneceram no estudo 1665 hospitais (94,5%). Foi aplicado o teste qui-quadrado para comparar a distribuição

dos hospitais incluídos e excluídos do estudo, tendo sido verificado que não há diferença significativa, em nível de 0,05%.

Coleta de Dados

A pesquisa foi aplicada *in loco* por estudantes e profissionais de áreas multidisciplinar que possuíam conhecimento básico sobre programas de saúde e todos receberam treinamento. Foram entrevistados os gestores dos hospitais, também seus responsáveis administrativos, engenheiros, médicos e enfermagem. A uniformidade e a qualidade da coleta dos dados foram garantidas pelo manual de referência do PNASS que orientou os avaliadores sobre a forma de fazer as constatações e quais as evidências e documentações comprobatórias deveriam ser observadas para analisar cada critério e tudo foi registrado em tablets. Todo este processo foi desenvolvido em parceria do Ministério da Saúde com instituições de ensino superior já mencionadas.

Roteiro de Itens de Verificação

A coleta de dados do PNASS foi orientada por um “Roteiro de Itens de Verificação” estruturado em cinco blocos que, por sua vez, se subdividem em 30 critérios, cada critério possui 6 itens de verificação, somando 180 perguntas: Bloco I – Gestão Organizacional (5 critérios); Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado (7 critérios); Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (4 critérios); Bloco IV – Serviços/Unidades específicas (9 critérios); Bloco V – Assistência Oncológica (5 critérios).

O Bloco I da pesquisa do PNASS, que avalia a Gestão Organizacional dos Serviços de Saúde é o principal objeto deste estudo. O recorte deste estudo avalia os critérios: 1. Gestão de Contratos, 2. Planejamento e Organização, 3. Gestão da Informação, 4. Gestão de Pessoas, 5. Modelo Organizacional. Cada critério possui 6 itens de verificação, que na metodologia do PNASS são considerados: 2 Imprescindíveis (I), 2 Necessários (N) e 2 Recomendáveis (R). No total correspondem a um conjunto de 30 variáveis, cujas respostas são sempre binárias (SIM ou NÃO).

Os itens de verificação possuem o objetivo de avaliar elementos da Gestão Organizacional hospitalar a partir de padrões de qualidade

estabelecidos, de acordo com as políticas, normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas da gestão hospitalar. Os itens avaliados estão detalhados no Anexo 1.

Variável Dependente

A variável dependente deste estudo (desfecho) consiste no desempenho dos hospitais no Bloco Gestão Organizacional. Esta variável foi apurada, a partir das respostas de cada hospital nos 30 itens de verificação apresentados no Anexo 1.

Para obter o Desempenho da Gestão Organizacional de cada hospital foi calculado atribuindo às respostas SIM o valor 1 (um) e NÃO valor 0 (zero), aplicando pesos, considerando a importância relativa dos itens de verificação, da seguinte forma: os itens Imprescindíveis ganharam peso 3 Necessários peso 2 e Recomendáveis peso 1.

Os hospitais foram divididos em 3 faixas de desempenho com base no cálculo do primeiro, segundo e terceiro quartil: Faixa 1 - baixo desempenho classificado de 46,67 a 68,32; Faixa 2 - médio desempenho classificado de 68,33 a 83,32; alto desempenho classificado acima de 83,33.

Variáveis Independentes – Categóricas

Este estudo analisou cinco variáveis independentes categóricas: região do país, porte hospitalar, nível de complexidade, esfera administrativa, tipo de gestão. Os dados foram retirados do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), referente ao ano de 2016.

O Porte Hospitalar foi categorizado conforme classificação do Ministério da Saúde em pequeno (até 49 leitos); médio (50 até 150 leitos); grande (151 a 500 leitos) e capacidade extra (acima de 500 leitos).

Quanto ao Nível de Complexidade, este define a complexidade dos procedimentos que são realizados pelo hospital e é categorizado em 8 níveis de complexidade.

O Tipo de Gestão refere-se à definição de com qual gestor o hospital tem contrato/convênio, e é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamentos dos serviços prestados ao SUS, podendo ser: Municipal (os

gestores são as secretarias municipais de saúde; Estadual (secretarias estaduais de saúde) e Gestão Dupla: aponta que o prestador, conforme registro no CNES está sob regulação municipal e estadual.

A Esfera Administrativa corresponde à esfera a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Essa pode ser pública (federal, estadual e municipal) ou privada (estabelecimentos privados ou organizações não governamentais e estabelecimentos correlatos).

Para análise descritiva da variável dependente foram verificadas as medidas médias, desvio padrão, distribuição dos quartis, coeficiente de variação.

Variáveis Independentes – Contínuas

Este estudo também verificou a associação entre o desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais com indicadores de desempenho hospitalares tais como Taxa de Ocupação, Média de Permanência e Valor Médio da AIH, estes indicadores foram retirados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) do DATASUS, referente ao ano de competência de 2016. Segundo o manual técnico de Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar do Ministério da Saúde estes indicadores possuem a seguinte interpretação (BRASIL 2002).

- i) Taxa de Ocupação hospitalar - é a relação percentual entre o número de pacientes/dia e o número de leitos/dia em determinado período, considerando-se para o cálculo dos leitos/dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras;
- ii) Média de Permanência - é a relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital;
- iii) Valor Médio da AIH - considera-se o valor total das AIHs dividido pelo número de internações no mesmo período.

Para análise descritiva destas variáveis foram analisadas medidas descritivas média, desvio padrão, distribuição dos quartis e o coeficiente de variação.

Análise de Componentes Principais

Para Timm (2002) os componentes principais são usados para descobrir e interpretar as dependências que existem entre as variáveis e para examinar as relações que possam existir entre as variáveis.

Neste estudo, utilizou-se a Análise de Componentes Principais (PCA) para verificar a relação de dependências entre as variáveis Gestão de Contratos, Planejamento e Organização, Gestão da Informação, Gestão de Pessoas, Modelo Organizacional. Essa análise também foi utilizada para obter uma redução do número de variáveis em um escore que explique bem a variabilidade dos dados originais, denominado de componente principal.

Para calcular as componentes principais optou-se por utilizar uma matriz de covariâncias, uma vez que as cinco variáveis em estudo possuem a mesma escala e não apresentam discrepância nos valores de variância. Foram calculados os autovalores, os autovetores e variância total desta matriz. O percentual de explicação de cada componente foi calculado pela fórmula 1. A correlação entre as componentes e as variáveis originais foram calculadas pela fórmula 2 (Timm, 2002).

Fórmula 1

$$\frac{\lambda_j}{\sum_{i=1}^p \lambda_i}$$

Fórmula 2

$$r_{\hat{Y}, X_1} = \frac{\hat{e}_{ji} \sqrt{\hat{\lambda}_j}}{\sqrt{s_{ii}}}$$

Modelo de Regressão Logística

Foi estimada a razão de chances usando o modelo de regressão logística ajustado para identificar as variáveis do estudo que estão associadas ao Desempenho da Gestão Organizacional. Os critérios de seleção para a escolha do melhor conjunto de variáveis no modelo de regressão Logística foram: Variáveis Estatisticamente Significantes (p-valor < 0.1); Fator de Inflação de Variância (FIV) para detectar a associação entre variáveis explicativas; teste de Hosmer-Lemeshow com a finalidade de testar a qualidade da explicação do ajuste; Critério de Informação de Akaike para mensurar a qualidade de um modelo estatístico

Aspectos Éticos

Quanto aos aspectos éticos, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, pois o estudo foi realizado utilizando-se banco de dados secundários de domínio público, sem identificação nominal, em conformidade com o Decreto nº 7.724, 16 de maio de 2012, e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.

5. RESULTADOS

Análise da caracterização dos hospitais

Este estudo avaliou 1665 hospitais que participaram do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). A Tabela 1 apresenta a caracterização dos hospitais avaliados no PNASS, segundo região, número de leitos, nível de complexidade, tipo gestão e esfera administrativa.

Tabela 1: Caracterização dos hospitais avaliados no PNASS, segundo região, número de leitos, complexidade, gestão e esfera administrativa.

REGIÃO	Nº de Hospitais	%
Centro-Oeste	108	6%
Nordeste	439	26%
Norte	125	7%
Sudeste	695	41%
Sul	298	18%
Total	1665	100%
NÚMERO DE LEITOS	Nº de Hospitais	%
0 a 49	31	2%
50 a 150	1105	66%
151 a 500	485	29%
Acima de 500	44	3%
Total	1665	100%
NÚMERO DE LEITOS SUS	Nº de Hospitais	%
0 a 49	193	11%
50 a 150	1085	65%
151 a 500	356	21%
Acima de 500	31	2%
Total	1665	100%
NÍVEL DE COMPLEXIDADE	Nº de Hospitais	%
Nível 1 a 5	21	1%
Nível 6	383	23%
Nível 7	367	22%
Nível 8	894	53%

Total	1665	100%
ESFERA ADMINISTRATIVA	Nº de Hospitais	%
Privada	857	52%
Público Municipal	397	24%
Público Estadual	356	21%
Público Federal	55	3%
Total	1665	100%
TIPO DE GESTÃO	Nº de Hospitais	%
Municipal	989	60%
Estadual	403	24%
Estadual/Municipal	273	16%
Total	1665	100%

Fonte: Base de dados Pública do PNAAS 2015-2016.

A distribuição geográfica entre as regiões do país teve na região Sudeste (41%) o maior percentual de hospitais avaliados, seguido pela região Nordeste (26%) que, juntas, representam 67% dos hospitais avaliados. Em sequência, as regiões com maior número hospitais avaliados são a região Sul (18%), Norte (7%) e Centro-Oeste (6%).

Referente ao número de leitos, 1.105 (66%) dos hospitais avaliados possuem entre 50 a 150 leitos, sendo classificados como hospitais de médio porte. Foram avaliados 485 (29%) hospitais de grande porte, ou seja, que possuem entre 150 e 500 leitos e 44 (3%) são hospitais de capacidade extra com mais de 500 leitos. Os hospitais de pequeno porte, com até 50 leitos, representaram apenas 31 instituições avaliadas (2%); isso porque foram poucos os HPP incluídos no PNAAS, apenas aqueles que eram referência para alguma rede de atenção à saúde estratégica. No que se refere ao Nível de Complexidade dos Hospitais verificou-se que 53% possuem Nível 8 de complexidade, 23% Nível 6 e 22% Nível 7.

Quanto ao tipo de gestão, 60% dos hospitais eram de gestão municipal, 24% estadual e 16% estadual/municipal. Para a esfera administrativa, identificou-se que 52% são privados e 48% públicos (assim distribuídos: 50% municipal, 43% estadual e federal 7%).

Análise dos critérios de Gestão Organizacional do PNAAS

Em relação ao conjunto de 5 critérios e 30 variáveis que avaliaram a Gestão Organizacional dos hospitais as tabelas, a seguir, mostram o percentual de respostas afirmativas (SIM) e negativas (NÃO) dos hospitais, para cada item de verificação.

Tabela 2: Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNAAS 2015-2016, segundo critério de Gestão de Contratos.

1. CRITÉRIO – GESTÃO DE CONTRATOS		SIM	%
I	1 Possui instrumento de contratualização formal com o SUS	1100	65%
I	2 O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços	1364	81%
N	3 O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos	955	57%
N	4 Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.	779	46%
R	5 O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.	959	57%
R	6 O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS	586	35%

Fonte: Base de dados Pública do PNAAS 2015-2016.

De acordo com a Tabela 2, que mostra o número e percentual de respostas afirmativas (SIM) do critério Gestão de Contratos, observa-se que embora a maior parte dos hospitais, 65%, possuam instrumento de contratualização formal com o SUS, apenas 35% possuem comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS. Verificou-se que 57% relataram acompanhar o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos e o mesmo percentual, 57%, cumpriram acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos.

Relativo aos contratos de prestação de serviços com fornecedores, identificou-se que 81% dos hospitais possuem contratos vigentes com seus prestadores de serviços referentes às áreas de: limpeza, segurança, nutrição,

serviços técnicos (análises clínicas, anatomia patológica, radiologia, radioterapia e outros) mas apenas 46% possuem instrumentos de acompanhamento dos contratos com estes serviços terceirizados.

Tabela 3: Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNAAS 2015-2016, segundo critério Planejamento e Organização.

2. CRITÉRIO – PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO		SIM	%
I	7 Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.	977	58%
I	8 Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual	1127	67%
N	9 Possui estudos de custos implantados	997	59%
N	10 Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados	861	51%
R	11 Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.	647	38%
R	12 Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/ usuários.	694	41%

Fonte: Base de dados Pública do PNAAS 2015-2016.

No critério de Planejamento e Organização, apresentado na tabela 3, identificou-se que 58% dos hospitais tinham planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes institucionais, 51% evidenciaram revisão periódica do processo de planejamento institucional, e 41% tinham quadros ou painéis de Gestão à Vista colocados em cada setor do hospital para serem visualizados pelos trabalhadores ou usuários a missão e a visão da instituição, e os indicadores de desempenho do setor, sua evolução e sua melhoria ao longo do tempo.

Da parte de Programação Orçamentária, 67% dos hospitais tinham a previsão de receitas de cada fonte, previsão de gastos distribuídos nos diferentes itens de despesas para o ano do exercício, ou seja, o ano avaliado. Sobre estudos de custos implantados 59% apresentaram relatórios de custos por serviço, ou procedimento ou paciente.

Tabela 4: Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNAS 2015-2016, segundo critério de Gestão da Informação

3. CRITÉRIO – GESTÃO DA INFORMAÇÃO		SIM	%
I	13 O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado	1551	92%
I	14 Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes	1229	73%
N	15 O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente	1220	73%
N	16 Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída	1110	66%
R	17 O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais	1392	83%
R	18 Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma transparente	1229	73%

Fonte: Base de dados Pública do PNAS 2015-2016.

No critério de Gestão da Informação 92% dos hospitais referem que tinham Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atualizado. Este foi o item com maior número de respostas afirmativas dentre os 30 itens avaliados.

Sobre os aspectos relacionados ao prontuário do paciente, 73% dos hospitais dizem possuir prontuário único, seja para o atendimento ambulatorial ou para a internação, com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências dos pacientes, 73% dos hospitais são responsáveis pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente e 66% possuem Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída.

Neste critério também foi avaliado, como item recomendável, se o hospital utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais, o percentual de resposta afirmativa foi de 83% e 73% divulgam estes indicadores com o objetivo de coletivizá-los e dar transparência às informações.

Tabela 5: Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNASS 2015-2016, segundo critério Gestão de Pessoas

4. CRITÉRIO – GESTÃO DE PESSOAS		SIM	%
I	19 A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente	1243	74%
I	20 Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas	1364	81%
N	21 Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador	1049	62%
N	22 O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores	754	45%
R	23 O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores	628	37%
R	24 Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.	417	25%

Fonte: Base de dados Pública do PNASS 2015-2016.

Conforme apresentado na Tabela 5, que trata de gestão de pessoas nos hospitais, o item com maior número de respostas afirmativas é o referente ao vínculo de trabalho, 81% dos hospitais possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegura os direitos trabalhistas, este item é considerado imprescindível na metodologia do PNASS. Por outro lado, verificou-se que apenas 37% dos hospitais contam com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimula a fixação dos trabalhadores e somente 25% tem incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho, estes dois últimos são itens recomendáveis.

Em 74% dos hospitais a Política de Gestão de Pessoas preconiza a Educação Permanente e 62% possuem programa de atenção integral à saúde do trabalhador. Sobre o item que avalia se hospital possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores, apenas 45% das respostas foram afirmativas.

Tabela 6: Respostas afirmativas (SIM) dos hospitais avaliados no PNAS 2015-2016, segundo o critério Modelo Organizacional

5. CRITÉRIO – MODELO ORGANIZACIONAL		SIM	%
I	25 O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.	1320	79%
I	26 Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular	724	43%
N	27 Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/qualificação na gestão de serviço de saúde.	1132	67%
N	28 O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.	995	59%
R	29 Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde	777	46%
R	30 Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta	1236	74%

Fonte: Base de dados Pública do PNAS 2015-2016.

Em relação ao critério de Modelo Organizacional, 79% dos hospitais avaliados tinham direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas. Dos diretores administrativos e técnicos, 67% tinham formação ou qualificação na área de Gestão de Serviços de Saúde.

O item que avaliou nos hospitais a existência de colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada ativos, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, teve 43% de respostas afirmativas. Sobre a existência de conselhos de saúde, 46% dos hospitais comprovaram ter fórum atuante de controle social e 74% possuem ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta.

Análise do Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo região, número de leitos, complexidade, gestão e esfera administrava

O Desempenho da Gestão Organizacional obteve os seguintes valores médios quando é analisado por região: os hospitais da região Sul tiveram desempenho de 70,7 e da Sudeste 68,4 (melhores desempenhos), enquanto a Centro-Oeste 57,5 e as regiões Nordeste 56,2 e Norte 52,9.

Em relação ao número de leitos, os hospitais com mais de 500 leitos apresentaram desempenho médio de 85,2, os com 151 a 500 leitos: 75,5, os de 50 a 150 leitos - 58 e os hospitais de pequeno porte com 0 a 49 leitos, 50,5.

Quanto ao Nível de Complexidade verificou-se desempenho de 70,0 para hospitais Nível 8 de complexidade, 62,0 para hospitais Nível 7 de complexidade e 47,4 para hospitais de Nível 1 a 6.

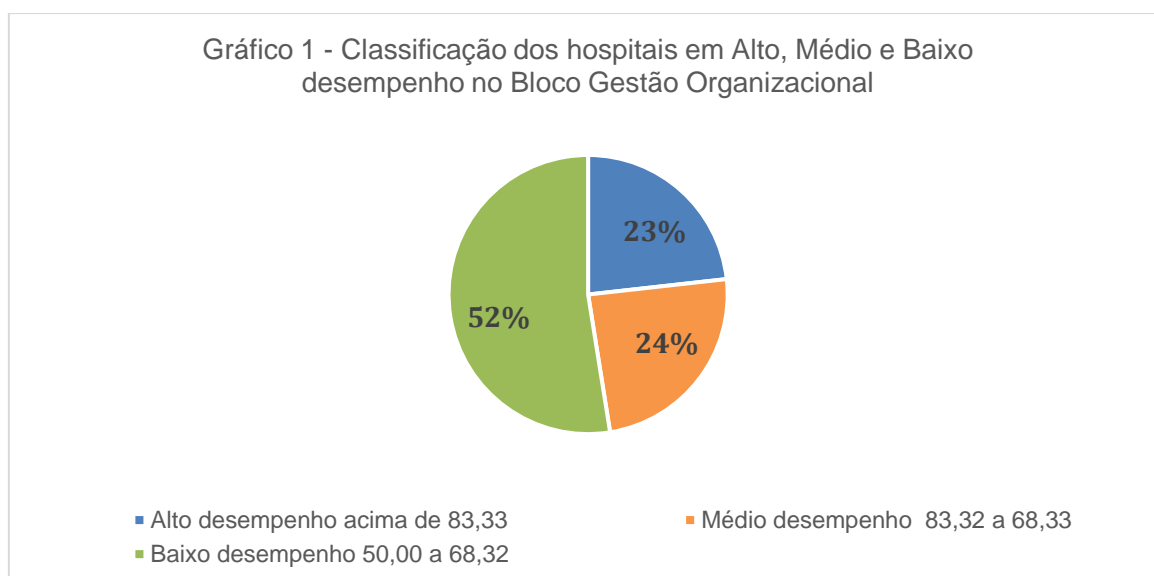
Quanto ao tipo de gestão, os hospitais Estaduais tiveram desempenho médio de 69, os de dupla gestão (Estadual/Municipal) 62,7 e Municipal 61,9. Para a esfera administrativa, identificou-se hospitais Público Federal com desempenho médio de 73,9, privada 68,3, Público Estadual 66,7 e Público Municipal 49,9 (Tabela 7)

Tabela 7 - Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo região, número de leitos, complexidade, gestão e esfera administrativa, PNASS 2015 e 2016, Brasil.

CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS	DESEMPENHO DOS HOSPITAIS	
	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
REGIÃO		
Centro-Oeste	57,5	25,6
Nordeste	56,2	24,7
Norte	52,9	25,9
Sudeste	68,4	22,1
Sul	70,7	20,7
NÚMERO DE LEITOS		
0 a 49	50,5	21,9
50 a 150	58,0	23,8
151 a 500	75,5	19,6
Acima de 500	85,2	15,9
NÍVEL DE COMPLEXIDADE		
Nível 1 a 6	47,4	27,4
Nível 7	62,1	24,1
Nível 8	70,0	21,9
TIPO DE GESTÃO		
Municipal	61,9	24,4
Estadual	69,0	22,9
Estadual/Municipal	62,7	23,0
ESFERA ADMINISTRATIVA		
Privada	68,3	21,0
Público Municipal	49,9	25,3
Público Estadual	66,7	24,2

Média geral do Desempenho da Gestão Organizacional

Os hospitais obtiveram média geral do Desempenho da Gestão Organizacional de 63,83% e desvio padrão de 24,01%. O 1º quartil de desempenho foi de 46,67%, 2º quartil 68,33% e no 3º quartil verificou-se desempenho de 83,33%. Com base no cálculo dos quartis os hospitais foram classificados em 3 faixas de desempenho, 52% foram enquadrados como baixo desempenho, 24% médio desempenho e 23% com alto desempenho (Gráfico 1).



Fonte: Base de dados Pública do PNAS 2015-2016.

Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo critérios de avaliação do PNAS

A tabela 8 apresenta as medidas de tendência central média, desvio padrão e distribuição dos quartis para cada critério de avaliação do Bloco Gestão Organizacional do PNAS.

Tabela 8- Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo critérios de avaliação do PNAS 2015 e 2016, Brasil

Critério de Avaliação	MÉDIA	1º QUARTIL	2º QUARTIL	3º QUARTIL	DESVIO PADRÃO	COEFICIENTE DE VARIAÇÃO
Gestão De Contratos	61.71	41.67	66.67	91.67	31.05	50%
Planejamento E Organização	56.45	25.00	58.33	91.67	35.29	63%
Gestão Da Informação	77.59	58.33	83.33	100.00	22.76	29%
Gestão De Pessoas	61.96	41.67	66.67	83.33	27.60	45%
Modelo Organizacional	61.64	41.67	66.67	91.67	30.42	49%
Total	63.83	46.67	68.33	83.33	24.01	38%

Fonte: Base de dados Pública do PNAS 2015-2016.

Na avaliação da média do desempenho dos hospitais em cada critério observou-se que Gestão da Informação apresentou melhor desempenho com 77,59%, seguido de Gestão de Pessoas (61,96%), Gestão de Contratos (61,71%), e Modelo Organizacional (61,64%), nestes três critérios nota-se o mesmo padrão de desempenho. Já o critério de Planejamento e Organização (56,45) teve a pior média dentre os cinco critérios avaliados. A média e a mediana tiveram a mesma tendência de resultado (Tabela 8).

Análise de Componentes Principais

A Análise de Componentes Principais apresentou em sua primeira componente percentual de explicação da variância total de 67.04%, sendo uma componente com alto poder de explicação da variabilidade dos dados originais. O primeiro e segundo componente somam 77.24% da variação total dos dados (Tabela 9).

A PCA mostra que todas as variáveis aleatórias estão fortemente correlacionadas ao Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais, a variável Planejamento e Organização possui a maior correlação (0.88), a Gestão de Contratos (0,80), o Modelo Organizacional (0.85), a Gestão de Pessoas (0.79), enquanto a menor a correlação é da variável Gestão da Informação (0.67) (Tabela 10).

Tabela 9 - Matriz de covariância das variáveis de Gestão Organizacional - PNASS 2015 e 2016, Brasil

	Gestão de Contratos	Planejamento e Organização	Gestão da Informação	Gestão de Pessoas	Modelo Organizacional
Gestão de Contratos	963.87	657.39	326.60	488.86	526.15
Planejamento e Organização	657.39	1245.30	394.59	560.17	717.45
Gestão da Informação	326.60	394.59	518.05	324.39	374.89
Gestão de Pessoas	488.86	560.17	324.39	761.91	526.00
Modelo Organizacional	526.15	717.45	374.89	526.00	925.14

Fonte: Base de dados Pública do PNASS 2015-2016.

Tabela 10 - Correlação entre as componentes de Gestão Organizacional e Variância Total Explicada pela Análise de Componentes Principais - PNAAS 2015 e 2016, Brasil

Componente Principal	Gestão de Contratos	Planejamento e Organização	Gestão da Informação	Gestão de Pessoas	Modelo Organizacional	Autovalor	Variância Total Explicada	Acumulado
Comp1	0.80	0.88	0.67	0.79	0.85	2959.13	67.04%	67.04%
Comp2	-0.53	0.32	-0.03	-0.14	0.19	450.35	10.20%	77.24%
Comp3	0.25	0.33	-0.34	-0.37	-0.27	422.07	9.56%	86.80%
Comp4	-0.10	0.09	-0.34	0.46	-0.23	294.47	6.67%	93.47%
Comp5	0.06	-0.10	-0.56	-0.03	0.34	288.25	6.53%	100.00%

Fonte: Base de dados Pública do PNAAS 2015-2016.

Análise dos resultados dos indicadores

Como o objetivo de verificar a associação entre o desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais e os indicadores Taxa de Ocupação, Média de Permanência e Valor Médio da AIH foi realizada análise descritiva dos dados considerando medidas de posição e dispersão, bem como, analisou-se o coeficiente de variação e intervalo de confiança de 95% (Tabela 11).

Na avaliação da Taxa de Ocupação de Leitos SUS estratificada por porte hospitalar observa-se que, em todas as variáveis, os hospitais com mais de 150 leitos apresentaram Taxa de Ocupação superior à dos hospitais com porte menor que 150 leitos. Quanto à região do país, os hospitais com mais de 150 leitos apresentaram as respectivas taxas de ocupação: Sudeste (71%), Norte (71%), Nordeste (69%) Sul (69%) Centro-Oeste (67%). Em relação ao Nível de Complexidade, os hospitais com mais de 150 leitos e nível de complexidade 8 tiveram taxa de ocupação de 71%, nível 7 (67%), nível 1 a 6 (65%). Quanto a Esfera Administrativa, a taxa de ocupação dos hospitais com mais de 150 leitos foi de: 79% Públicos Municipais, 75% Públicos Estaduais, 65% Públicos Federais, 65% Privados. Na análise por Gestão, os hospitais com mais de 150 leitos tiveram as seguintes taxas de ocupação: Gestão Estadual/Municipal 70%, Gestão Estadual 72% e Gestão Municipal 69% (Tabela 11).

Observa-se que os hospitais com mais de 150 leitos da região sul apresentaram a melhor média de permanência. Para o Nível de complexidade 7 e 8 os hospitais apresentam respectivamente média de permanência de 6,19 e 6,44 dias, resultado melhor que os hospitais de complexidade 1 a 6 os quais

apresentaram média de permanência bastante elevada de 15,8 dias. Destaca-se que os hospitais privados com mais de 150 leitos apresentaram a melhor média de permanência dos pacientes (5,98 dias), enquanto os hospitais federais do mesmo porte possuem resultado de 7,68 dias. Quanto ao tipo de gestão nos hospitais com mais de 150 leitos de gestão Estadual/Municipal verificaram-se resultados de 5,74 dias de permanência, os municipais 6,44 dias e os estaduais 7,35 dias (Tabela 11).

Na análise do Valor Médio da AIH por região destaca-se que os hospitais da região Sul possuem os Valores Médios de AIHs maiores que as demais regiões (R\$ 1874), seguido pelos hospitais do Sudeste (R\$1776), Nordeste (R\$1768), Centro-Oeste (R\$1735) e Norte (R\$1432) (Tabela 11).

Os hospitais de Nível de Complexidade 8 que possuem mais de 150 leitos apresentaram Valor Médio de AIH de R\$1874, os hospitais de complexidade 7 R\$1076 e os hospitais do grupo de complexidade 1 a 6 R\$1280. Em relação a esfera administrativa os hospitais privados com mais de 150 leitos se destacaram com valor médio da AIH de R\$2129, enquanto os hospitais federais apresentaram valor de R\$1841, os estaduais R\$1455 e municipais R\$1091. No que se refere à variável Gestão, os hospitais com gestão estadual e municipal (dupla) com mais de 150 leitos apresentaram maior Valor de Médio da AIH (R\$1930) em relação aos hospitais de Gestão municipal (R\$1811) e estadual (R\$1627) (Tabela 11).

Tabela 11 - Taxa de Ocupação, Média de Permanência e Valor Médio da AIH segundo região, complexidade, esfera administrativa, gestão, estratificado por porte hospitalar segundo PNAS 2015 e 2016

		TAXA DE OCUPAÇÃO				MÉDIA DE PERMANÊNCIA- EM DIAS			VALOR MÉDIO DA AIH		
Porte Hospitalar		n	Média	Intervalo de Confiança		Média	Intervalo de Confiança		Média	Intervalo de Confiança	
Região											
Centro-Oeste	0 -150 leitos	68	44%	38%	50%	4.44	3.82	5.05	1298	876	1721
	>150 leitos	40	67%	61%	73%	6.36	5.08	7.64	1735	1230	2239
Nordeste	0 -150 leitos	329	42%	40%	45%	4.26	3.95	4.57	764	667	860
	>150 leitos	109	69%	65%	73%	6.83	6.32	7.35	1768	1555	1981
Norte	0 -150 leitos	91	48%	41%	54%	4.38	3.85	4.92	656	570	741
	>150 leitos	35	71%	64%	77%	7.28	6.12	8.44	1432	1085	1779
Sudeste	0 -150 leitos	450	49%	47%	52%	5.43	4.95	5.90	886	780	991
	>150 leitos	246	71%	69%	74%	6.90	6.31	7.48	1776	1568	1985
Sul	0 -150 leitos	199	46%	44%	49%	5.01	4.48	5.55	837	750	924
	>150 leitos	98	69%	66%	72%	5.69	5.25	6.12	1874	1683	2064
Nível de Complexidade											
Nível 1 a 6	0 -150 leitos	390	36%	34%	38%	4.46	4.03	4.89	560	519	601
	>150 leitos	13	65%	50%	80%	15.80	8.12	23.40	1280	839	1721
Nível 7	0 -150 leitos	307	49%	46%	52%	4.73	4.29	5.17	675	635	714
	>150 leitos	61	67%	61%	72%	6.19	5.07	7.31	1076	974	1177
Nível 8	0 -150 leitos	440	54%	52%	56%	5.34	4.98	5.70	1225	1087	1363
	>150 leitos	454	71%	69%	72%	6.44	6.19	6.70	1874	1738	2009
Esfera Administrativa											
Privada	0 -150 leitos	597	45%	43%	47%	4.48	4.20	4.75	938	859	1018
	>150 leitos	259	65%	63%	67%	5.98	5.45	6.50	2129	1918	2341
Público Municipal	0 -150 leitos	327	41%	38%	44%	4.14	3.85	4.44	550	521	578
	>150 leitos	72	79%	75%	83%	6.51	5.88	7.13	1091	1004	1178
Público Estadual	0 -150 leitos	200	59%	55%	62%	7.24	6.37	8.11	1057	834	1279
	>150 leitos	155	75%	72%	78%	7.49	6.93	8.06	1455	1316	1594
Público Federal	0 -150 leitos	13	61%	47%	75%	5.18	4.32	6.04	1005	744	1266
	>150 leitos	42	65%	61%	70%	7.86	7.13	8.59	1841	1484	2198
Gestão											
Municipal	0 -150 leitos	694	45%	43%	47%	4.50	4.24	4.76	807	746	868
	>150 leitos	296	69%	66%	71%	6.44	6.07	6.81	1811	1627	1995
Estadual	0 -150 leitos	234	56%	53%	58%	6.20	5.46	6.94	1007	815	1199
	>150 leitos	168	72%	70%	75%	7.35	6.60	8.09	1627	1456	1797
Estadual/Municipal	0 -150 leitos	209	40%	38%	43%	4.63	4.19	5.08	808	687	928
	>150 leitos	64	70%	65%	75%	5.74	5.03	6.46	1930	1697	2162

Fonte: Base de dados Pública do PNAS 2015-2016.

Modelo de Regressão Logística

Considerando os critérios de seleção do modelo de regressão logística ajustado foram incluídas as variáveis Região, Gestão, Nível Hierárquico, Número de Leitos e Taxa de Ocupação Leitos SUS. Foi excluída a variável categórica Esfera Administrativa e as variáveis contínuas Média de Permanência e Valor Médio da AIH, as variáveis excluídas foram consideradas variáveis sem grande significância em relação ao desempenho dos hospitais.

Tabela 12 - Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais segundo Modelo de Regressão Logística Ajustado PNAAS, 2015- 2016, Brasil

Coeficiente	Estimativa	Erro Padrão	Estatística de Teste	P-valor
Intercepto	-3.135	0.357	-8.787	< 2E-16
Região Centro-Oeste (Referência)				
Região Nordeste	0.111	0.307	0.361	0.718
Região Norte	-0.058	0.378	-0.153	0.879
Região Sudeste	0.888	0.285	3.111	0.002
Região Sul	0.886	0.307	2.883	0.004
Taxa de Ocupação Leitos SUS	0.017	0.003	5.733	9.87E-09
Nível Hierárquico - Até nível 6 (Referência)				
Nível Hierárquico - Nível 7	0.444	0.218	2.037	0.042
Nível Hierárquico - Nível 8	0.47	0.205	2.295	0.022
Gestão - Estadual (Referência)				
Gestão - Estadual/Municipal	-0.166	0.2	-0.834	0.404
Gestão - Municipal	-0.414	0.143	-2.893	0.004
Porte Hospitalar - Até 150 leitos (Referência)				
Porte Hospitalar - Mais de 150 leitos	0.879	0.141	6.236	4.49E-10

Fonte: Base de dados Pública do PNAAS 2015-2016.

A análise do modelo de regressão logística ajustado mostrou que as variáveis estatisticamente significantes (p -valor ≤ 0.05) que efetivamente explicam o Desempenho da Gestão Organizacional são a região Sul (p -valor < 0.004) e Sudeste (p -valor < 0.002), os Níveis Hierárquicos 7 (p -valor < 0.042) e 8 (p -valor < 0.022), o porte hospitalar com mais de 150 leitos (p -valor $< 4.49E-10$) e a taxa de ocupação dos leitos (p -valor $< 9.87E-09$). Destaca-se que a

variável gestão Municipal (p-valor < 0.004) explica negativamente o desempenho dos hospitais avaliados, dado a estatística de teste igual a -2.893 (Tabela 12).

As variáveis de porte hospitalar com mais de 150 leitos e taxa de ocupação dos leitos são mais robustas na explicação do Desempenho da Gestão Organizacional, as variáveis regiões Sul e Sudeste também possuem forte fator de explicação. O Nível 7 e 8 de complexidade dos hospitais possui menor poder de explicação.

6. DISCUSSÃO

O estudo avaliou os resultados de 1655 hospitais do Brasil a partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Saúde (PNASS). Avaliou-se o Bloco de Gestão Organizacional a partir de 30 itens de verificação: Gestão de: contratos, Pessoas, Informação, Planejamento e Organização, Modelo Organizacional, que compuseram um escore de avaliação dos hospitais. O escore médio de desempenho foi 63,83. Na análise de regressão logística o desempenho mostrou-se associado com: Maior Porte hospitalar > 150 leitos; gestão municipal; Nível Hierárquico Nível 7 e Nível 8; as regiões Sul e Sudeste. Portanto, foi identificada uma relação entre complexidade, porte hospitalar e desempenho na gestão dos hospitais.

O PNASS se mostra como potente e qualificado instrumento de avaliação dos hospitais, capaz de fornecer resultados da importância da análise do cenário da gestão hospitalar no Brasil. O PNASS está ancorado em critérios embasados na PNHOSP, em legislação e boas práticas da atenção hospitalar, e possui potencial para reorientação de ações de melhoria da gestão, da estrutura e da assistência dos serviços hospitalares.

A pretensão de avaliar o desempenho dos hospitais quanto à Gestão Organizacional foi alcançada com a metodologia escolhida. Os resultados evidenciaram que grande parte dos hospitais avaliados requerem aprimoramento de suas ações relacionadas à gestão, considerando que 52% foram enquadrados como baixo desempenho, por não cumprirem os critérios do PNASS.

Quando avaliado o desempenho dos hospitais em cada critério, observaram-se resultados medianos, com notas de desempenho próximas à 60, para os critérios de Gestão de Contratos, Planejamento e Organização, Gestão de Pessoas, Modelo Organizacional, sendo o critério Gestão da Informação o que os hospitais obtiveram melhor avaliação com nota de desempenho igual a 77. Este resultado aponta deficiência em todas as áreas da gestão nos hospitais, indicando a necessidade de os hospitais aprimorarem sua gestão organizacional implantando plenamente os critérios e ferramentas apresentados pelo PNASS.

Foi identificado que as principais lacunas para melhoria da gestão dos hospitais perpassam por formalizar o instrumento de contratualização com o SUS, bem como, monitorar e alcançar as metas pactuadas neste contrato de gestão. Dos hospitais avaliados 34% não possuem Instrumento Formal de Contratualização (IFC), ou seja, sem regras contratuais de prestação de serviços e o repasse dos recursos financeiros conforme preconizado na Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 e avaliado no PNASS.

A ausência do IFC impacta no desempenho da gestão dos hospitais na medida em que existe uma indefinição dos repasses de recursos aos hospitais e fragilidade na prestação de contas e implementação de resultados dos hospitais. Além disto, esta situação de não contratualização pode “desconfigurar” e enfraquecer o sistema de regulação do gestor local do SUS. Liberatti *et al.* (2020) destacam a importância do processo de contratualização para a gestão em saúde como potencializador da qualificação das prestações de serviço. Dentre as potencialidades mencionadas, verificou-se o estabelecimento de responsabilidades e metas quanti-qualitativas entre gestores e prestadores de serviços, de forma a garantir maior qualidade na assistência à saúde, contribuindo também para a melhor aplicação de recursos financeiros, transparência e adequação dos serviços hospitalares.

No critério de Planejamento e Organização, que apresentou desempenho 56.45, verificou-se que a lacuna se refere à falta de planejamento estratégico institucional, alinhado ao planejamento orçamentário, com ausência de contratualização interna de indicadores junto às equipes. No âmbito da organização hospitalar, o planejamento estratégico direciona a instituição para seus objetivos, prevê metas, antecipa resultados e cria a cultura de planejar

(BORBA, 2006), sendo essencial para que os resultados desejados sejam atingidos (SILVA E ASSIS, 2016). Além do Planejamento Estratégico, a dinâmica hospitalar exige um Planejamento Orçamentário, dada a sua grande complexidade e variedade de recursos materiais, humanos e tecnológicos que requerem investimentos de grande vulto para sua manutenção (MORAES, 2007). Atualmente a atenção hospitalar enfrenta o aumento dos custos assistenciais, justificado principalmente pelo envelhecimento da população e doenças com opções de tratamento cada vez mais caras, levando a aumentos constantes dos custos da saúde e ratificando a necessidade de planejar (ANAHP, 2019).

No critério de Gestão de Pessoas a insuficiência ou inexistência de planos de cargos ou carreiras que estimule a fixação dos trabalhadores com incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo também impactou no desempenho da gestão dos hospitais. Ter estratégias de valorização e retenção de profissionais é importante para minimizar a rotatividade e conservar o conhecimento dos profissionais, além de estimular o desenvolvimento profissional, de forma, a que os hospitais consigam manter profissionais com experiência e conhecimento institucional que favoreçam a execução dos processos e da assistência com qualidade e eficiência.

Por fim, outra lacuna importante é a falta de um processo de democratização da gestão por meio da criação de Colegiados Gestores e Conselhos com participação de profissionais, usuários e gestores, com reuniões regulares e frequentes de forma a estabelecer um modelo de gestão participativa. Nos hospitais, o Colegiado Gestor, mais do que um mero arranjo burocrático-administrativo, deve ser pensado como um arranjo institucional que assume um caráter fortemente político, constituído como espaço de decisão compartilhada (ABRAHÃO, 2008; CECILIO, 2010).

Sobre o critério de Gestão da Informação ter apresentado melhores resultados (77), avalia-se que os itens avaliados são referentes a práticas mais consolidadas nos hospitais comparado aos demais itens. O item “Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado” foi o que obteve maior número de respostas SIM. É possível associar essa elevada conformidade ao fato do recebimento de receitas SUS dos hospitais estar atrelado a atualização

do CNES, podendo haver suspensão do repasse dos recursos financeiros devido à desatualização e inconsistências no CNES (PELISSARI, 2019).

A avaliação do Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais em função das variáveis Região, Gestão, Esfera Administrativa, Nível Hierárquico, Número de Leitos apresentou pontos importantes para discussão. A distribuição por região aponta para uma concentração de hospitais na região Sudeste e Sul indicando desigualdades regionais em relação ao acesso à atenção hospitalar e tecnologias terapêuticas e de diagnóstico. Chaves *et al.* (2021) corroboram estes resultados e discutem que a distribuição de hospitais deve estar pautada na conformação de arranjos regionais que equacionem a quantidade de hospitais às necessidades da atenção à saúde, com equilíbrio da distribuição de recursos humanos, de apoio diagnóstico adequado e de leitos baseados no perfil epidemiológico regional, o uso da informação e a informatização, o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia de acesso e de integralidade, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a relação com a atenção especializada, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas.

Além disto, os hospitais das regiões Sul e Sudeste apresentaram melhor Desempenho da Gestão Organizacional em consonância com Silva *et al.* (2017) que também concluíram que as regiões mais eficientes em relação às demais foram as do Sul e Sudeste ao analisarem a eficiência técnica hospitalar das regiões do Brasil nos anos de 2014 e 2015.

No que se refere à Esfera Administrativa, os hospitais públicos federais apesar de representarem apenas 3% dos avaliados se destacaram com o melhor Desempenho da Gestão Organizacional. Cabe destacar o REHUF, como plano de reestruturação dos hospitais federais que direcionou melhorias para os hospitais, o que pode ter refletido na melhoria da gestão (ITO, FERNANDES E MORGAN, 2014).

É importante discutir que os hospitais que possuem gestão municipal representam 60% dos hospitais avaliados, e são os que apresentaram as menores médias de desempenho. A análise de regressão logística valida este resultado demonstrando o efeito negativo da gestão municipal no desempenho

dos hospitais. Este resultado indica avanço quantitativo no processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde no SUS, contudo demonstra que são necessárias intervenções de forma a qualificar a gestão organizacional dos hospitais de gestão municipal. Ditterich, Moysés e Moysés (2012) refletem que a municipalização possui impacto direto no desempenho dos serviços de saúde, pois envolve questões relacionadas a contrato de gestão, financiamento, ausência de redes de atenção integral, baixa sustentabilidade política e institucional e problemas na fixação de pessoal.

A análise dos resultados dos indicadores Taxa de Ocupação, Média de Permanência e Valor Médio da AIH levam a reflexões relevantes sobre a eficiência dos hospitais. A taxa de ocupação estratificada por porte hospitalar sinaliza baixa ocupação, até mesmo para os hospitais com mais de 150 leitos. É importante destacar que a média de ocupação dos hospitais em nenhuma análise alcançou a faixa de 80% de ocupação preconizada pelo Ministério da Saúde. Os resultados sobre a Taxa de Ocupação demonstram oportunidades de melhorias na gestão interna e externa dos leitos. Soares (2017) reflete que pode parecer paradoxal que hospitais apresentem leitos ociosos no contexto atual de grande demanda de leitos e superlotação das emergências. No âmbito interno dos hospitais o autor defende a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com função primordial de promover o uso eficiente e racional dos leitos de internação, bem como, a implementação de protocolos com critérios de internação, definindo o perfil de atendimento para facilitar a alocação do paciente certo no leito certo. Não obstante, refere a importância do fortalecimento do relacionamento externo com a Rede de Atenção à Saúde para adequar o número e o perfil de pacientes encaminhados para estes hospitais.

Os resultados do indicador de média de permanência que mais chamam atenção é que os hospitais de baixa complexidade (hierarquia 1 a 6) apresentaram média de permanência bastante elevada (15 dias), que pode estar relacionado com a insuficiência de recursos tecnológicos e de cuidado para diagnóstico e tratamento nestes hospitais, prolongando assim o tempo de internação dos pacientes. De Castro Machado e Machado (2019) ratificam que, para adequar o tempo de utilização do leito, o nível de cuidado oferecido

deve ser apropriado às condições do paciente, sua classificação de criticidade e complexidade.

A média de permanência dos hospitais privados com mais de 150 leitos é de 5,8 dias indicando maior eficiência no tratamento dos pacientes. Estudo de Raffa, Malik e Pinochet (2017) sobre gestão de leitos em organizações hospitalares privadas associa a menor média permanência aos hospitais que possuem melhores práticas de gerenciamento de leitos e atuação nos processos de alta dos pacientes.

O valor médio da AIH dos hospitais com melhor desempenho na gestão organizacional foi de R\$ 1602,00, ou seja, este é o valor médio que os hospitais recebem por cada paciente internado. Sobre este valor, é considerado baixo em relação aos custos de uma internação hospitalar. Os resultados também mostraram que os hospitais privados que possuem leitos SUS apresentam valor médio da AIH 25% maior que os hospitais públicos, o que pode ser interpretado como reflexo de melhor gestão do processo de faturamento dos hospitais privados, demonstrando que os hospitais públicos possuem lacunas de processos e estrutura que, se adequados, podem potencializar a receita dos hospitais. O artigo de Zunta e Lima (2017) demonstra o mapeamento do processo de faturamento de um hospital privado de grande porte e destaca que a eficiência do processo de faturamento perpassa pela informatização e pelo investimento em auditoria de contas.

A análise do Modelo e Regressão Logística Ajustado aplicado a este estudo valida que os hospitais da região Sudeste e Sul explicam fortemente o desempenho dos hospitais, indicado desigualdades regionais a em relação ao acesso à atenção hospitalar e tecnologias terapêuticas e de diagnóstico.

Aponta também para a relação entre escala e eficiência, dado que as variáveis relacionadas ao porte hospitalar, taxa de ocupação e nível de complexidade são as que mais explicam o Desempenho da Gestão Organizacional dos hospitais, ou seja, os hospitais com mais de 150 leitos, com melhores taxas de ocupação dos leitos, com nível de complexidade 7 e 8 possuem melhor Desempenho da Gestão Organizacional. Níveis mais elevados de eficiência em hospitais associados com maior número de leitos também foram

evidenciados nos estudos De Almeida Botega, Andrade e Guedes (2019) e Chen, Hwang e Shao (2005). La Forgia e Couttolenc (2009) também observaram melhores níveis de eficiência para os hospitais de maior porte.

Este estudo destaca a importância do instrumento, entretanto, destaca que ainda são necessários alguns avanços no PNASS como: publicização dos resultados do segundo e terceiro instrumento avaliativo que não foram disponibilizados ainda pelo MS; devolutiva dos resultados aos estabelecimentos avaliados; inserção de itens qualitativos no instrumento de avaliação; e principalmente a continuidade das avaliações do PNASS como mecanismo de institucionalização da avaliação no SUS.

7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo apontam o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Saúde (PNASS) como potente e qualificado instrumento de avaliação dos hospitais, capaz de fornecer resultados da importância da análise do cenário da gestão hospitalar no Brasil. Contudo, são necessários alguns avanços no PNASS como: publicização dos resultados do segundo e terceiro instrumento avaliativo que não foi disponibilizado ainda pelo MS, devolutiva dos resultados aos estabelecimentos avaliados, inserção de itens qualitativos no instrumento de avaliação, e principalmente a continuidade das avaliações do PNASS como mecanismo de institucionalização da avaliação no SUS.

Este estudo evidenciou lacunas importantes na Gestão Organizacional dos Hospitais frente aos critérios dos PNASS, indicando a necessidade dos hospitais implementarem ações em relação à Gestão de Contratos, Planejamento e Organização, Gestão da informação, Gestão de pessoas, e Modelo Organizacional para a conformidade com os critérios avaliados pelo PNASS e efetiva melhoria do desempenho da gestão organizacional, considerando que 52% dos hospitais foram classificados como de baixo de desempenho por não cumprirem os critérios avaliados.

Aponta também para a relação de escala e eficiência considerando que hospitais com mais de 150 leitos tem as melhores taxas de ocupação dos leitos, maior complexidade em suas internações e possuem melhor Desempenho da Gestão

Organizacional. Além disto, o estudo reforça a desigualdade regional com concentração de hospitais Sul e Sudeste em termos quantitativos e qualitativos, além de demonstrar a necessidade de aprofundamento do diagnóstico sobre a gestão organizacional dos hospitais de gestão municipal dada a insuficiência apontada neste estudo.

8. REFERÊNCIAS

ABIIS - Aliança Brasileira da Indústria Inovadora em Saúde. Notícias. **OCDE desenvolverá estudos para avaliar a saúde brasileira**. 20 dez. 2019. Disponível em: <https://abiis.org.br/ocde-desenvolvera-estudos-para-avaliar-a-saude-brasileira/> Acesso em 05 out. 2020.

ABREU, A.; ABRANTES, M.L. A importância da Acreditação hospitalar na assistência à saúde no Brasil. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**. Ano 5, n. 18 – abr./jun. 2018.ISSN 23578173 (versão on-line), Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Edicao_18/Artigos Acesso em 08 out. 2020.

ABRAHAO, A.L. Colegiado gestor: uma análise das possibilidades de autogestão em um hospital público. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 95-102, Fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 06 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100014>.

AGUIAR, A. B.; MARTINS, G. A. A teoria das estruturas organizacionais de Mintzberg e a gestão estratégica de custos: um estudo nas ONGs paulistas. **Rev. contab. finanç.**, São Paulo, v. 17, n. spe, p. 51-64, Ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-70772006000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 jul.2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-70772006000400005>.

ALONSO, L. B. N. et al. Acreditação Hospitalar e a Gestão da Qualidade dos processos assistenciais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 34-49, jul./dez. 2014. ISSN: 2236-417X. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/pgc/article/view/19162> Acesso em 08 out. 2020.

ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3937> Acesso em 15 jun.2020.

AMERIOUN, A. et al. Assessment of International Joint Commission (IJC) accreditation standard in a military hospital laboratory. **Iranian Journal of Military Medicine Summer** 2011, Volume 13, Issue 2; 75-80. Available from: <http://militarymedj.ir/article-1-778-en.html> Access on 08 out. 2020

ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. (2018). **Observatório 2018**. Edição 11. Disponível em: <https://conteudo.anahp.com.br/observatorio-2019-anahp>

], F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção online**. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis – SC – Brasil. www.producaoonline.inf.br. ISSN 1676 - 1901 / Vol. 5/ Num. 1/ mar de 2005. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/205176> Acesso em 08 out. 2020.

ARAUJO, C.A.S.; FIGUEIREDO, O.H.S.; FIGUEIREDO, K. F. O que motiva os hospitais brasileiros a buscar a Acreditação?. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 17-28, jun. 2015. ISSN 2316-3712. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/111>>. Acesso em 08 out. 2020. doi:<http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v4i1.111>.

BALDERRAMA, P. et al. Health management: assessment of access to the regional system. **Journal of Nursing UFPE on line**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 933-942, abr. 2019. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236966> Acesso em 14 jul.2020

BAO, A. C. P. et al. Indicadores de qualidade: ferramentas para o gerenciamento de boas práticas em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 360-366, abr. 2019. Disponível em: Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200360&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jun. 2020. Epub 18-Abr-2019. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>.

BARBOSA, R. R. Inteligência empresarial: uma avaliação de fontes de informação sobre o ambiente organizacional externo. **Datagrama Zero-Revista de Ciência da Informação [em linha]**. Vol. 3, n.º 6. 2002. Disponível em: <http://afro.culturadigital.br/wp-content/uploads/2017/10/Artigo-19.pdf>. Acesso em 18 jul. 2020.

BEDONI, M. F. **Avaliação dos prestadoras de serviços Hospitalares para assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação**. 108 p. Ribeirão Preto, 2018. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Tecnologia e Inovação no Gerenciamento e Gestão em Saúde e Enfermagem. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-03072018-150501/pt-br.php> Acesso em 09 out. 2020.

BIRCH, S.; GAFNI, A. Achievements and challenges of medicare in Canada: Are we there yet? Are we on course? **International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation**. 2005; 35(3):443-463. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/RWA1-C3PB-0KY4-HBUT> Acesso em 19 jun.2020. DOI: 10.2190/rwa1-c3pb-0ky4-hbut.

BONATO, S. V.; CATEN, C. S. T. Diagnóstico da integração dos sistemas de gestão ISO 9001, ISO 14001 e OHSAS 18001. **Prod.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 626-640, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132015000300626&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2020. Epub Aug 18, 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-6513.004811>.

BORBA, V. R. **Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.638/2002, de 09 de agosto de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 09 ago. 2002. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1638>. Acesso em 15 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2009b. ISBN 978-85-334-1545-4. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3038.pdf> Acesso em 21 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Avaliacao_na_atencao_basica_em_saude_caminhos_da_institucionalizacao_/587 Acesso em 16 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jul. 2006a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2006/decreto-5841-13-julho-2006-544588-norma-pe.html> Acesso em 16 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 19 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p : il. ISBN 978-85-334-2203-2. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/12/manual-das-ouvidorias-do-sus.pdf> Acesso em 17 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS: resultado do processo avaliativo 2004 – 2006**. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>. Acesso em 16 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 48 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde). ISBN 978-85-334-1713-7. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em 18 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1485-3. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus.pdf. Acesso em 19 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, 01 de agosto de 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html Acesso em 15 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 28, de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) e dá outras providências.

Diário Oficial da União. Brasília, 9 de janeiro de 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html Acesso em 14 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAAS e dá outras providências. **Diário Oficial da União. Brasília**, 11 de mar. 2005. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-382-2005_192166.html Acesso em 15 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 fev. 2006b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em 15 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Diário Oficial da União. Brasília**, 9 de maio de 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html Acesso em 14 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial da União. Brasília**, 30 de dezembro de 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html Acesso em 14 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União** 2013a; 30dez. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html Acesso em 14 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, dez. 2002. [14] p.ilus. Disponível em: http://www.dms.ufpel.edu.br/proesf/cadglas/ne_glas1/proesf.pdf Acesso em 15 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB. **Diário Oficial da União. Brasília**, Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf. Acesso em 17 jun.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União. Brasília**, 30 de dezembro de 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 17 jun.2020.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. 3. ed. Porto, Edições Afrontamento, 1998.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290-305, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000200290&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>.

CARVALHO, A. L. B. et al. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 901-911, 2012. Disponível em: Acesso em 20 jul. 2020. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>.

CASAS, C. P. R. et al. Avaliação de tecnologias em saúde: tensões metodológicas durante a pandemia de Covid-19. **Estud. av.**, São Paulo, v. 34, n. 99, p. 77-96, Ago. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200077&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 ago. 2020. Epub 10-Jul-2020. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.006>

CASTRO, R; ELIAS, F. T. S. Envolvimento dos usuários de sistemas de saúde na Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS): uma revisão narrativa de estratégias internacionais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**. 2018; 22(64):97-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100097&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 jul. 2020. Epub June 12, 2017. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0549>.

CECILIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, v. 1, p. 197-210, 2003. Disponível em: <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em 18 jun. 2020

CECILIO, L.C.O. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, Mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300013>. Acesso em 06 abr. 2021.

CHAVES, Lenir Aparecida et al. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-549720210002> Acesso em 01 fev. 2021

CHEN, Andrew; HWANG, Yuhchang; SHAO, Benjamin. Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. **European Journal of Operational Research**, v. 161, n. 2, p. 447-468, 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ejor.2003.09.017> Acesso em 01 fev. 2021

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 4^a ed. Barueri, SP: Manole, 2014. ISBN 978-85-204-4549-5

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração: uma visão abrangente da moderna administração das organizações**. 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 6^a reimpressão. Inclui bibliografia. ISBN 85-352-1348-1

CONTANDRIOPOULOS A.P. et al. A Avaliação na Área Da Saúde: Conceitos e Métodos. In:HARTZ, ZMA., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, abr. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200008>.

COSTA JÚNIOR, H. **Avaliação do instrumento do programa nacional de avaliação de serviços de saúde (PNASS)**. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação) - Fundação Cesgranrio, Rio de Janeiro, 2013.

CREMADEZ, M. A gestão estratégica dos hospitais na França: balanço e perspectivas. **Ciênc.saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2285-2296, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500004>.

DA SILVA, C. A. et al. Horizontes da Avaliação em Tecnologias da Saúde. **Desenvolvimento e Sociedade**. nº 3 Dezembro 2017. ISSN impresso: 2183-9220. ISSN eletrônico: 2184-2647. Disponível em: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/desenvolvimento_sociedade/article/view/226 Acesso em 23 Jul. 2020.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde**. 2019. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/> Acesso em 03 jul.2020.

DE ALMEIDA BOTEGA, Laura; ANDRADE, Mônica Viegas; GUEDES, Gilvan Ramalho. Eficiência Hospitalar em Minas Gerais: Data Envelopment Analysis (DEA). **Anais**, p. 1-18, 2019. Disponível em: <http://abep.org.br/~abeporgb/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/3107/2969>. Acesso em 03 jul.2021.

DE CASTRO MACHADO, Domenica; MACHADO, Ana Carolina Araujo. A otimização do processo de gerenciamento de leitos e alta hospitalar. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 50, p. 1866-1872, 2019. Disponível em <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/171>

DE JESUS, C. S.; ESPIRITO SANTO, F. R. **Análise e desafios da gestão de pessoas no ambiente hospitalar**. Artigo de pós-graduação, UNICAMP, São Paulo, 2014. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/MES/MES18/JESUS-cristiane-silva-de.pdf>. Acesso em 23 jun.2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300013>.

DITTERICH, Rafael Gomes; MOYSÉS, Simone Tetu; MOYSÉS, Samuel Jorge. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 615-625, 2012. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Nh9VyYxsYqW47xsrj5cWqjd/?lang=pt&format=pdf>

DONABEDIAN, A. **The definition of quality: A conceptual exploration**. In: *Explorations in Quality Assessment and Monitoring* (A. Donabedian), vol. I, pp. 3-31, Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press. 1980.

DRUCKER, P. F.; MONTINGELLI JUNIOR, N. Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século. In: **Administrando para o futuro: os anos 90 e a virada do século**. Coleção: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios. Editora: Pioneira. 1996. p.242.

EMÍDIO, L. F. et al. Acreditação Hospitalar: Estudo de casos no Brasil. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 98-113, jan./jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/13822>. Acesso em 08 out. 2020.

FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; AGUIAR, R. A. T. Gestão Colegiada: conceitos e pressupostos para o alcance da alta responsabilidade organizacional. **Saúde Digital [internet]**, 2003. Disponível em: http://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/NDE/GEST%C3%83O%20COL_EGIADA.doc. Acesso em 24 jun. 2020.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, jun. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000200015>.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2006, v. 11, n. 3, p. 553-563. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>.

FELISBERTO, E. et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 jun. 2020.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300012&lng=en&nrm=iso. Acesso em 24 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000300012>.

FERNANDES, C. M. T. **Modelos de financiamento, equidade de acesso e eficiência hospitalar: Um estudo em Portugal e na Suíça**. Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Porto. 2017. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21636> Acesso em 05 out. 2020.

FIDELIS, G. J. **Gestão de Pessoas: Rotinas Trabalhistas e Dinâmicas do Departamento de Pessoal**. 5ª ed. revisada e atualizada de acordo com a reforma trabalhista, 2018. ISBN 9788536527826.

FORTES, M. T.; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Acreditação ou acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-246, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200025&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000200025>.

FORTUNATO, I. M. M. L. D. **A Nova Gestão Pública aplicada em contexto hospitalar: impacto na Cultura Organizacional do Hospital Distrital de Santarém**, EPE. Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Santarém, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/1128> Acesso em 24 jun. 2020.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n.

12, p. 2643-2655, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202643&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00187113>.

GALVÃO, M. C. B. Prontuário do paciente. **Informação & Sociedade: Estudos**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 22, n. 2, 11. 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/13557> Acesso em 25 jun.2020.

GASPARY, L. V. Processo de acreditação hospitalar internacional de um hospital geral público da Grande São Paulo. **RAS** _ Vol. 16, nº 62 – Jan-Mar, 2014. Disponível em: https://cqg.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=1261&p_nanexo=588. Acesso em 08 out. 2020.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>.

GERÔNIMO, M. S. et al. Acreditação como ferramenta de competitividade: um estudo comparativo entre hospitais da rede particular com e sem certificação. **Exacta**, São Paulo, v.16, n. 2, p. 187-207, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/810/81058960012/html/index.html> Acesso em 08 out. 2020.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700040&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700040>.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência&SaúdeColetiva**, 2006, 11.3: 733-738. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300020>.

HURST, J. Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges. **Measuring up: improving health system performance in OECD countries**, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/247140888_Performance_measurement_and_improvement_in_OECD_Health_Systems_Overview_of_issues_and_challenges Acesso em 29 jun. 2020.

ITO, Nádia; FERNANDES, José Lúcio Tozetti; MORGAN, Beatriz. A RELAÇÃO DOS RECURSOS REHUF E A ESTRUTURA FÍSICA NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS NO PERÍODO DE 2010 A 2014. **Psiquiatria**, v. 25, n. 10.950, p. 36.910.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. Desempenho hospitalar no Brasil. **São Paulo: Singular**, 2009. Disponível em <https://bitly.com/kpg58> Acesso em 01 jun. 2021.

JCSEE. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. **Checklist of The Program Evaluation Standards Statements**. Western Michigan University, 2018. Disponível em: https://wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2019/program-eval-standards-jc_0.pdf. Acesso em 29 jun. 2020.

JORGE, A.O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. 254 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/309137> Acesso em 14 jun. 2020

KOTLER, P. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementações e controle**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LEAL, L. M.; CASTRO, M. M. de C. Política nacional de atenção hospitalar: impactos para o trabalho do assistente social. **Serviço Social e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 211-228, 17 jan. 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8651464/17510/>. Acesso em 30 jun. 2020. <https://doi.org/10.20396/sss.v16i2.8651464>

LEITE, L. L. As Ouvidorias dos Hospitais Universitários Federais sob a gestão da Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares. **Revista Científica da Associação Brasileira de Ouvidores/Ombudsman (ABO)**, v. 3, n. 3-2020, p. 147, 2018. Disponível em: http://www.abonacional.org.br/files/edicoes/artigos/3_12.pdf. Acesso em 30 jun. 2020.

LIBERATTI, Vanessa Moraes et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

LIMA, C. P. **Comparando a saúde no Brasil com os países da OCDE: explorando dados de saúde pública**. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas, Escola de Matemática Aplicada. Rio de Janeiro. 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/16503> Acesso em 05 out. 2020.

LIMA, S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração pública**, v. 30, n. 5, p. 101-138, 1996. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8005>. Acesso em 30 jun. 2020.

LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JÚNIOR, H.. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. **Organizações & Sociedade**, v. 19, n. 63, p. 641-659, 2012. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/11217> Acesso em 01 jul. 2020.

MAEKAWA, R.; CARVALHO, M. M.; OLIVEIRA, O. J. Um estudo sobre a certificação ISO 9001 no Brasil: mapeamento de motivações, benefícios e dificuldades. **Gest. Prod.**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 763-779, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-530X2013000400002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 out. 2020. Epub Nov. 05, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-530X2013005000003>.

MAFRA, E. K. **A Acreditação como ferramenta de melhoria de qualidade das organizações prestadoras de serviços de saúde: o caso do Hospital Celso Ramos**. 2007. Número de folhas (106f.). Trabalho de Conclusão de Estágio (Graduação em Administração). Curso de Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MAIA, T. P.; ROQUETE, F. F. Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a Experiência da Joint Commission International (JCI). **XI SEGET. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. RJ. Out. 2014. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf>. Acesso em 08 out. 2020

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 jul. 2020. Epub Sep 17, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.

MARINHO, A; CARDOSO, S. S; ALMEIDA, V. V. Avaliação comparativa de sistemas de saúde com a utilização de fronteiras estocásticas: Brasil e OCDE. **Rev. Bras. Econ.**, Rio de Janeiro v. 66, n. 1, p. 3-19, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402012000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jul.2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71402012000100001>.

MARTINS, M. F. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. **Revista de Administração e Contabilidade da FAT**, v. 3, n. 2, p. 4-22, 2017. Disponível em: <http://www.reacfat.com.br/index.php/react/article/view/27>
Acesso em 06 jul.2020.

MATOS, T. T. et al. Contratualização interna vs. contratualização externa. **Ver Port Saúde Pública**. 2010;9:161–80. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/4708> Acesso em 03 jul.2020.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Washington, D.C: Borrador, 1987. Tomo I.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 31(2): 1-3, abr./jun., 2018. e-ISSN:1806-1230. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em 06 jul.2020. DOI: 10.5020/18061230.2018.7565

MINGOTI, Sueli Aparecida. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005

MORAES, R. C. Controladoria e planejamento orçamentário em organizações hospitalares: um estudo empírico. In: **Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC**. 2007. Disponível em: <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/1573> Acesso em 07 jun.2020.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 1, p. 205-225 fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122013000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>.

NEGRI FILHO, A. A. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS**: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. 2016. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. doi:10.11606/T.5.2017.tde-06032017-154754. Acesso em 08 jul. 2020.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. 57f.: il. Guia de Gestão Pública em Saúde, Unidade XIV. ISBN: 978-85-7862-570-2. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7408> Acesso em 06 jul.2020.

OLIVEIRA, J. L. C.; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: A voz dos gestores da qualidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 63-69, mar. 2016.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160009>.

OLIVEIRA, J. L. C. et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2851, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100312&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2020. Epub Mar 09, 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1394.2851>.

OLIVEIRA, R. C.; SOUSA, A.; BAYLINA P. Serviços de saúde e avaliação de desempenho: uma revisão da literatura. **Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção – Enegep. XXVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 09 a 11 de outubro de 2007. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/publicacoes/index.asp?pesq=ok&ano=2007&area=&pchave=&autor=Romulo+Carvalho+de+Oliveira> Acesso em 05 out. 2020

OPAS – Organización Panamericana de La Salud 2001. **Health Systems Performance Assessment and Improvement in The Region of Americas. Washington, DC**. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/785> Acesso em 08 jul.2020.
para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

PARPINELLI, M. Â. A reforma do sistema da atenção hospitalar brasileira: o quê muda para o CAISM?. **Serviço Social e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 61-70, 14 maio 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=43717>. Acesso em 14 jul. 2020.

PATTON, M. Q. The Challenges of Making Evaluation Useful. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.13, n.46, p. 67-78, jan./mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362005000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362005000100005>.

PELISSARI, Marcia Regina. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. **Revista De Saúde Pública Do Paraná**, v. 2, n. 1, p. 159-165, 2019. Disponível em: <http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/210>

PEREIRA JÚNIOR, N. **Política, planejamento e gestão em hospitais universitários federais. 2018**. 1 recurso online (156 p.). Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/333328> Acesso em 18 jul.2020

PERIN, G.; BOZZETTI, G. C; KAUSS, B. Percepções da Realidade dos Serviços de Saúde a Partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): um Relato de Experiência. **NAU Social**, 2016, 7.13. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31365> Acesso em 14 jul.2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9771/ns.v7i13.31365>

PNASS. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**. Edição 2004/2005. Brasília – DF. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosade/avalia/pnass.pdf>. Acesso em 17 jun.2020

PORTO, M. E. A; GRANETTO, S. Z..Gestão de Pessoas nos ambientes hospitalares: Uma revisão sobre os principais pontos de uma gestão eficiente. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n.6,p.38366-38382.Jun.2020.ISSN 25258761 Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11798> Acesso em 16 jul. 2020.

RAFAEL, D. N.; AQUINO, S. Processo de acreditação ONA: desafios para gestores de qualidade em serviços de apoio às Organizações de Saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 327-341, set./dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/13470/7950> Acesso em 08 out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5585/RGSS.v8i3.13470>

RAFFA, Claudia; MALIK, Ana Maria; PINOCHET, Luis Hernan Contreras. O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 124-141, 2017. Disponível em <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/298>

REGO, P. M. N. **Modelo de contratualização interna para o Centro Hospitalar do Algarve, EPE**. 2017. Tese de Doutorado. Disponível em: <ttp://hdl.handle.net/10400.1/10412> Acesso em 17 jul.2020.

REIS, A.C. et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.41, n. spe, p. 330-344, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500330&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s24>.

REMOR, K. V. T. et al. Situational strategic planning applied to a hospital mental health unit: an experience report. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 7, n. 1, 11 Mar. 2019. Disponível em: <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/issue/view/30> Acesso em 18 Ago. 2020.

RIBEIRO, V. A. P.; ALMEIDA, E. S. Gestão da qualidade no processo de implantação da Acreditação hospitalar: dificuldades e desafios. **V Workshop de Pesquisa Tecnologia e Inovação (PTI) I Simpósio Internacional de Inovação e Tecnologia (SIINTEC)**. set. 2015. Salvador, Bahia. Disponível em: <http://repositoriosenaiba.fieb.org.br/handle/fieb/388> Acesso em 08 out. 2020.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência Brasileira**. 2004. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4703> Acesso em 08 out. 2020.

ROQUETE, F. F.; SANTOS, G. M. M. Q.; VIANA, S. M. N. Benefícios e desafios da Acreditação hospitalar no Brasil: uma revisão integrativa de literatura. **XXII SEGET. Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. RJ. Out. 2015. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/16622248.pdf> Acesso em 08 out. 2020.

ROSA, G. M.; TOLEDO, J. C. Certificações e creditações buscadas por hospitais brasileiros. **1º EINEPRO. Encontro Interestadual de Engenharia de Produção**. Abr. 2015. São João da Barra. RJ. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/301289701_Certificacoes_e_acreditacoes_buscas_por_hospitais_brasileiros Acesso em 08 out. 2020.

SALCI, M.A.; SILVA, M. G. V. D.; MEIRELLES, B. H.S. Avaliação no sistema de saúde brasileiro **Cienc Cuid Saude** 2018 Abr-Jun 17(2). Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41937> Acesso em 08 out 2020. DOI: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937>

SALES, J. C.; PEIXE, B. C. S. Empresa brasileira de serviços hospitalares: resultados para usuários da gestão de política pública na área da saúde. **Rev. Gest. Sist. Saúde**, São Paulo, 9(2), 319-339. Ago.2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i2.16399> Acesso em 18 ago. 2020.

SANTOS, T. B. S. 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. spe2, 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 16 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s217>.

SANTOS, T. B. S; DE MATOS PINTO, I. C. Contratualização da gestão hospitalar versus regulação em saúde: agências, controle estatal e avaliação no SUS. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 16, p. 47-53, 2017. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/43> Acesso em 17 jul.2020. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.43>

SANTOS, T. B. S; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, **Conferências e estratégias do Executivo Federal. Saúde em Debate [online]**. v. 41, pp. 99-113, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000700099&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s308>.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141910.21642013>

SCHULTZ, G. **Introdução à gestão de organizações**. Coordenado pela SEAD UFRGS. Porto Alegre. Editora UFRGS, 2016. 94 pag. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=KyA6DwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR>. Acesso em 15 jun. 2020.

SILVA, C. L; ASSIS, L. Aplicabilidade do Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS** Vol. 5, N. 2. jul./dez. 2016. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/257> Acesso em 17 Ago. 2020.

SILVA, B. N. et al. Eficiência Hospitalar das regiões brasileiras: um estudo por meio da análise envoltória de dados. *Rev Gest Sist Saúde* 2017; 6 (1): 76-91. Disponível em: <http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/314>

SILVA, L. E. T. **Gestão, informação e inovação: a experiência da ouvidoria do maior complexo hospitalar do Sul do país**. Trabalho de conclusão de especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Curso de Especialização em Gestão em Saúde (UAB). Rio Grande do Sul, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/201829> Acesso em 17 jul.2020.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39. 275 págs. ISBN: 9788575414477. eISBN: 9788575415160. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575415160>

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994. Disponível em: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13873> Acesso em 17 jun. 2020

SOARES, Vinícius Sabedot. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, n. 3, p. 339-343, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082017GS3878> Acesso em 01 fev. 2021.

SOUZA, E. N.; GEORGES, M. R. R. Gestão de operações e sustentabilidade: um panorama na Hospitais Acreditados do Estado de São Paulo”, **Revista Observatorio de la Economía Latinoamericana**, ISSN: 1696-8352, ago 2020. Disponível em: <https://www.eumed.net/rev/oel/2020/08/hospitais-sao-paulo.html> Acesso em 08 out. 2020.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **Rev. adm. saúde**; 15(59): 79-88, abr.-jun. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-704509>. Acesso em 09 out. 2020.

STEGMULLER, K. O agir econômico como motor da política de saúde na Alemanha: consequências para a prevenção e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 889-897, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300024>.

TANAKA, O. Y.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 7-17, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 out. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100002>.

TIMM, Neil H. **Análise multivariada aplicada**. Springer, New York: Springer-Verlag, 2002. 519p.

VIACAVA, F et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2018, v. 23, n. 6, pp. 1751-1762. ISSN 1678-4561. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601751&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.

VIACAVA, F. et al. **PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório final**. Laboratório de Informações em Saúde – LIS. Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e tecnologia – ICICT. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, abril de 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4073> Acesso em 14 jul. 2020.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 711-724, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jul.2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300021>.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200008>.

VIGNOCHI, L.; GONCALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho?. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 496-509, out. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902014000500496&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 jul 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020140504>.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2000: health systems: improving performance**. World Health Organization, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/whr/2000/en/>. Acesso em 14 jul.2020.

WIDMER, T. The development and status of evaluation standards in Western Europe. **New directions for evaluation**, 2004, 2004.104: 31-42. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/227736351_The_Development_and_Status_of_Evaluation_Standards_in_Western_Europe Acesso em 19 jun. 2020.

WOILER, S; MATHIAS, W. F. **Projetos: planejamento, elaboração e análise**. São Paulo: Atlas, 1996.

XAVIER, J. J. S. et al. A importância do conselho local de saúde para efetivação da participação social e conquistas no micro-espço. In: **1º Congresso de Saúde Pública do Núcleo Ribeirão Preto da Associação Paulista de Saúde Pública**. 2018. p. 54

ZUNTA, Raquel Silva Bicalho; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/42082> Acesso em 10 abr. 2021.

ANEXOS

Anexo I - Itens de Verificação do Bloco Gestão Organizacional dos Serviços de Saúde – segundo o PNASS 2015- 2016, Brasil.

Itens de Verificação do Bloco Gestão Organizacional dos Serviços de Saúde – segundo o PNASS 2015-2016, Brasil.				
1. Critério – Gestão de contratos			SIM	NÃO
I	1	Possui instrumento de contratualização formal com o SUS		
I	2	O estabelecimento possui contratos vigentes com seus prestadores de serviços		
N	3	O estabelecimento cumpriu acima de 70% das metas estabelecidas no contrato com o SUS nos últimos dois anos		
N	4	Existem instrumentos de acompanhamento dos contratos com os prestadores de serviços terceirizados.		
R	5	O estabelecimento acompanha o instrumento de contratualização com o SUS por meio de indicadores qualitativos.		
R	6	O estabelecimento possui comissão interna de acompanhamento do instrumento de contratualização com o SUS		
2. Critério – Planejamento e organização			SIM	NÃO
I	7	Houve planejamento institucional em relação a objetivos, à missão e às diretrizes nos últimos quatro anos.		
I	8	Possui Programação Orçamentária para o ano do exercício atual		
N	9	Possui estudos de custos implantados		
N	10	Há revisão periódica do processo de planejamento institucional quanto as suas prioridades e metas, com monitoramento dos resultados		
R	11	Há contratualização interna das equipes com metas e resultados.		
R	12	Trabalha com gestão a vista para os trabalhadores/ usuários.		
3. Critério – Gestão da informação			SIM	NÃO
I	13	O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde está atualizado		
I	14	Há prontuário único com registros sistemáticos e regulares dos atendimentos, das evoluções e das intercorrências no prontuário dos pacientes		
N	15	O estabelecimento responsabiliza-se pela guarda e pelo acesso do prontuário do paciente		
N	16	Existe Comissão de Revisão de prontuários formalmente instituída		
R	17	O estabelecimento utiliza as informações e os indicadores de gestão e da assistência para adequar rotinas assistenciais e processos gerenciais		
R	18	Divulga a informação e os indicadores de gestão e da assistência com o objetivo de coletivizá-los de forma		
4. Critério – Gestão de pessoas			SIM	NÃO
I	19	A política de recursos humanos preconiza a Educação Permanente		

I	20	Os trabalhadores possuem vínculos protegidos, cujo contrato de trabalho assegure seus direitos trabalhistas		
N	21	Existe programa de atenção integral à saúde do trabalhador		
N	22	O estabelecimento possui espaço formal e permanente de negociação que envolva trabalhadores e gestores		
R	23	O estabelecimento conta com plano de cargo ou carreiras estruturado ou em estruturação, que estimule a fixação dos trabalhadores		
R	24	Existe programa de incentivo financeiro ou premiação individual e/ou coletivo, atrelado ao atingimento de metas e resultados esperados, como parte de um processo de Avaliação de Desempenho.		
5. Critério – Modelo Organizacional			SIM	NÃO
I	25	O estabelecimento conta com direção e responsáveis técnicos ou coordenadores/gerentes com atribuições formalmente definidas.		
I	26	Conta com colegiados gestores, grupos estratégicos ou outras instâncias de gestão compartilhada, com participação dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, com agenda de funcionamento regular		
N	27	Os diretores administrativos e técnicos possuem formação/ qualificação na gestão de serviço de saúde.		
N	28	O estabelecimento desenvolve periodicamente mecanismos de análise de resultados.		
R	29	Há conselhos gestores de unidade ou outros fóruns de controle social vinculados ao estabelecimento de saúde		
R	30	Conta com ouvidoria ou outros tipos de serviços de escuta		

Fonte: PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, 2015³.

³ Cada critério do PNASS possui 6 itens de verificação, que na metodologia são considerados: 2 Imprescindíveis (I), 2 Necessários (N) e 2 Recomendáveis (R). No total correspondem a um conjunto de 30 variáveis, cujas respostas são sempre binárias (SIM ou NÃO).