

Contratualização de um Hospital Filantrópico no SUS: percepção e participação dos profissionais de enfermagem

CÉSAR AUGUSTO NEVES

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUDESTE DE MINAS GERAIS (IFSEMG)

VALÉRIA CRISTINA DE SOUSA

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUDESTE DE MINAS GERAIS (IFSEMG)

LÍLIAN DO NASCIMENTO

INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO SUDESTE DE MINAS GERAIS (IFSEMG)

Agradecimento à orgão de fomento:

Agradecemos à FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais e ao IF Sudeste MG - Campus São João del-Rei pelo financiamento desta pesquisa.

CONTRATUALIZAÇÃO DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO NO SUS: PERCEPÇÃO E PARTICIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com a nova Constituição Federal, foi fruto de importantes debates e mobilizações que se acirraram ao final da década de 1970. A rearticulação das forças políticas nacionais e a participação popular levaram a democratização tanto da saúde quanto do próprio regime político do país. A saúde pública deixa de ser excludente e fragmentada e passa a integrar uma estrutura única e descentralizada, de assistência integral e universal. Há, pela primeira vez, o reconhecimento formal da saúde pública como direito de todos e dever do Estado (FALLEIROS e LIMA, 2010).

O debate durante a criação do SUS colocou em confronto as visões privatista e publicista. O Movimento Sanitário e demais entidades que defendiam a estatização lutaram até o último momento, mas na instância final de deliberação foi aprovado o texto que atualmente é o artigo 199 da Constituição Federal. À iniciativa privada é permitido participar da prestação de serviços de saúde de forma complementar, com prioridade para as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos (FALLEIROS e LIMA, 2010).

É neste cenário que estão inseridos os hospitais filantrópicos, entidades precursoras da assistência gratuita à saúde no país. Estas instituições se inserem em algumas cidades de pequeno e médio porte do interior do país como a única alternativa em prestação de serviços hospitalares (BARBOSA, 2003; 2004). De acordo com dados de dezembro/2018 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), as entidades sem fins lucrativos correspondiam a 37% das unidades hospitalares com atendimento ao SUS. Ainda de acordo com os dados do CNES, estas entidades são a única alternativa de atendimento hospitalar pelo SUS em 79% dos municípios com até 200.000 habitantes (BRASIL, 2019).

Mediante a possibilidade destas instituições integrarem o sistema de saúde, em caráter complementar, caberia ao governo federal a definição do modelo contratual a ser adotado. Até 2005, a regra que predominou foi o pagamento pelos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados. Esta lógica de pagamento por produção foi interrompida com a criação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS (Portaria GM/MS nº 1.721/2005), seguindo os moldes do que foi adotado em hospitais de ensino e de pequeno porte desde 2003 (COUTTOLENC, 2009; CAVALCANTE, 2012).

O objetivo do programa, conforme dispõe a Portaria GM/MS nº 1.721/2005, é apresentar alternativas para melhorar a gestão e os resultados dos hospitais, buscando o saneamento das finanças, a superação da crise assistencial e a inserção no sistema locorregional de saúde, observando as demais políticas e princípios do SUS (BRASIL, 2005).

Considerando a fragilidade econômica e gerencial observável em parte significativa deste segmento – o que ameaça a sobrevivência do sistema – era emergente a necessidade de mudanças na atenção hospitalar brasileira visando melhorias na assistência, na gestão e no financiamento (BARBOSA, 2004). Neste sentido, considerando a Enfermagem como uma classe profissional representativa no cenário hospitalar, tanto na assistência como na gestão, inserimos o problema que orienta este trabalho: qual a percepção e a participação dos profissionais de enfermagem na implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em um estabelecimento de saúde?

Considerando esta problemática, nosso objetivo com este estudo é descrever a

percepção e a participação dos profissionais de enfermagem na implementação do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em um estabelecimento de saúde, em seus três eixos estruturantes: financiamento, assistência e gestão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS

A história da relação público-privada através das instituições filantrópicas na área dos direitos sociais, principalmente da saúde, é extensa. Contudo, as principais características tendem a permanecer intactas. Os tradicionais instrumentos, tais como subvenção, declaração de utilidade pública, certificado de filantropia e isenção de contribuições, taxas e impostos, são ainda hoje amplamente utilizados. Temos, contudo, maior formalidade e transparência nestas parcerias, mas pouco se avançou com relação à consagração dos direitos sociais e da universalização da cidadania. Tal configuração pode reproduzir ainda mais a pobreza e a desigualdade social na sociedade brasileira, além de reiterar a dependência de ajuda e de neutralizar demandas e reivindicações (MESTRINER, 2008).

O Estado reconhece estes direitos e assume a responsabilidade apenas com a Constituição Federal de 1988, quando são introduzidos instrumentos de participação social e garantido orçamento próprio para as políticas sociais. Contudo, mantém-se na implementação destas políticas a parceria com o setor privado, através de contratos, investimentos, subvenções e desonerações fiscais, em vez do Estado assumir integralmente a responsabilidade pelas necessidades da população (MESTRINER, 2008, p. 18).

Em seu art. 199, a Constituição Federal define que a iniciativa privada possa participar da prestação de serviços de saúde pública de forma complementar, tendo prioridade as instituições filantrópicas e as sem fins lucrativos. O papel das instituições filantrópicas, originalmente, era atender a parcela da população que não tinha acesso às políticas governamentais de saúde, que eram excludentes e segmentadas. Com a constituição de 1988 tem-se uma profissionalização da relação Estado e terceiro setor, exigindo planejamento e organização para inserir o segmento no sistema e integrá-lo às demais políticas e princípios do SUS (MESTRINER, 2008).

A presença do atendimento hospitalar como um dos elementos base da política pública de saúde exige uma atenção especial do Estado, através de metas e estratégias de consolidação da qualidade da assistência e da gestão destes estabelecimentos, assim como na preocupação com a sustentabilidade econômica destes. O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS, criado em 2005, é um importante marco nesta tentativa e visa a melhoria da assistência, da gestão e do financiamento nestes estabelecimentos de saúde através da mudança da forma de pagamento (do pagamento feito a cada procedimento realizado para o pagamento global vinculado à produtividade e ao cumprimento de metas de qualidade).

Também são objetivos: (i) assegurar uma perspectiva sistêmica de rede, a integralidade da atenção e o alinhamento com as políticas prioritárias do SUS; (ii) facilitar e dinamizar os processos de avaliação, controle e regulação dos serviços ofertados; (iii) promover maior transparência na relação com o gestor local do SUS; (iv) ampliar os mecanismos de participação e controle social; (v) promover maior comprometimento dos profissionais da instituição; (vi) incentivar o uso racional dos recursos e a incorporação de tecnologias da informação; (vii) incentivar a formação de equipes multiprofissionais e da horizontalidade da

organização do trabalho; promover, através de indicadores, a segurança dos pacientes, identificando-os corretamente, melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde, controlando melhor a prescrição, uso e administração de medicamentos e estabelecendo processos mais exigentes de higienização para evitar infecções e (viii) possibilitar o questionamento e enfrentamento dos arranjos de poder institucional (CAVALCANTE, 2012).

A Portaria nº 1.721/05, que criou o programa, foi revogada e aprimorada pela Portaria nº 3.410/13. Esta alteração na norma foi necessária para encaixar o programa na Política Nacional de Atenção Hospitalar, criada em 2013, que prevê uma melhoria no financiamento hospitalar e na busca pela qualidade desta assistência. A Política Nacional de Atenção Hospitalar estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde, focando na assistência, na gestão, na formação, no desenvolvimento e gestão da força de trabalho, no financiamento, na contratualização e nas responsabilidades de cada esfera de gestão. Está também interligada às Políticas Nacionais de Regulação, de Atenção Básica, de Atenção à Urgência, de Humanização, dentre outras (BRASIL, 2013a).

A contratualização como um mecanismo de planejamento, avaliação, controle e regulação proposto por esse programa estabelece metas quantitativas e qualitativas em dois eixos – assistência e gestão – rompendo então com a lógica de pagamento por produção (BRASIL, 2005; 2013b; QUINTELLA 2007; CAVALCANTE, 2012). As metas quantitativas referem-se à quantidade de procedimentos realizados pelo hospital no período avaliado. As metas qualitativas enquadram desde a redução da mortalidade ou infecção hospitalar até a participação de funcionários do hospital em cursos de gestão. O percentual referente às metas qualitativas aumentaria gradativamente a cada período avaliado até atingir 50% do valor a ser recebido. Os recursos financeiros, portanto, vincular-se-iam cada vez mais ao cumprimento de metas de qualidade e desempenho e seriam menos influenciados pela quantidade de serviços prestados (QUINTELLA, 2007; CAVALCANTE, 2012).

Para o sucesso deste programa, surge a necessidade de estabelecer um processo dinâmico e sistêmico de acompanhamento e avaliação. É para estes fins que se prevê a constituição das comissões permanentes de acompanhamento de contratos. Estes grupos, formados por representantes do órgão gestor do SUS municipal/estadual, dos governos municipais abrangidos, dos hospitais e de representantes da sociedade (Conselho de Saúde), passam a ser fundamentais em todo o processo, pois serão através de suas reuniões que as metas serão traçadas, o papel do hospital na rede será definido, as necessidades de saúde da população serão negociadas e os recursos financeiros serão estabelecidos. Todos os atores devem estar em sintonia e buscando um objetivo comum (BRASIL, 2005; 2013b).

Esta antecipação e conhecimento prévio dos valores a serem recebidos pela instituição permitem um melhor planejamento orçamentário e de fluxo de caixa. Contudo, a contrapartida dos hospitais pelos recursos recebidos passa a ser constituída em dois eixos, acrescentando as metas de gestão e de melhoria na assistência à tradicional prestação de serviços. Nesse programa há uma inovação, representada pela quebra da relação procedimento versus pagamento. Nos moldes anteriores não havia incentivo à reestruturação hospitalar, nem o incentivo à qualificação profissional, à reformulação de processos e à renovação tecnológica. A introdução de metas em relação à qualidade da assistência hospitalar nas relações contratuais pode ter sido o mais importante instrumento para o alcance dos objetivos propostos pelo programa (QUINTELLA, 2007). Precisamos, contudo, entender o que seria a qualidade na assistência à saúde, de acordo com a visão dos formuladores da Política Nacional de Atenção Hospitalar, e como ela foi inserida no Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde elencou os elementos que definem a

qualidade da assistência à saúde: “um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde” (D’INNOCENZO, ADAMI e CUNHA, 2006, p. 85). Já Donabedian (1980) estabeleceu alguns atributos como os pilares de sustentação na definição de qualidade em saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade, equidade, acessibilidade, adequação, qualidade técnico-científica, continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário. A avaliação da qualidade na saúde deveria ser medida a partir de três componentes:

Tabela 1 – Componentes da avaliação da qualidade na saúde

COMPONENTE	AMPLITUDE
Estrutura	Características relativamente estáveis e necessárias ao processo assistencial, abrangendo a área física, recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.
Processo	Prestação de assistência segundo padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto e, a utilização dos recursos nos seus aspectos quanti-qualitativos. Inclui o reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados prestados.
Resultados	Consequências das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional em termos de mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes, considerando também as mudanças relacionadas a conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao recebimento e prestação dos cuidados, respectivamente.

Fonte: adaptado de D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006).

Para que a contratualização possa influenciar no nível de qualidade do atendimento hospitalar é preciso que haja avaliação frequente e profunda destes e de outros elementos. Nas definições da Organização Mundial de Saúde (OMS) e de Donabedian, incluem-se como fatores essenciais para a qualidade elementos que na contratualização foram classificados como relacionados à gestão, tais como a eficiência na utilização dos recursos. A assistência de que trata a contratualização se dá no atendimento hospitalar, na atividade-fim do estabelecimento de saúde, desde a aceitação e acolhimento do paciente até o término deste tratamento. Utiliza-se para medir este atendimento informações como a taxa de ocupação hospitalar (se o hospital está utilizando de toda sua capacidade para o atendimento à população), as taxas de mortalidade geral ou específica (se o hospital possui bons índices de eficácia nos tratamentos), as taxas de infecção (se o hospital se preocupa com a segurança dos pacientes e mede também o nível de qualidade técnica dos profissionais e dos materiais e equipamentos utilizados), o tempo de internação (se o hospital está sendo eficiente e eficaz em seus atendimentos), as interações humanas (se os pacientes sentem-se satisfeitos, seguros e tratados de forma humanizada e respeitosa e se a comunicação é adequada), a capacidade instalada e o perfil profissional do estabelecimento (integralidade e qualidade do atendimento dos profissionais), dentre outros indicadores.

Para tentar facilitar este processo e disponibilizar uma gama maior de possibilidade aos membros das Comissões de Acompanhamento, o Ministério da Saúde lançou, em 2012, uma consulta pública com sugestões de metas qualitativas que poderiam ser utilizadas nos contratos. Com relação às metas assistenciais sugeridas, destacam-se: acolhimento com classificação de risco; protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas; equipe de referência multiprofissional – cuidado horizontal nas unidades de internação; visita aberta (unidades de

internação, Unidades de Terapia Intensiva - UTI, Unidades de Cuidados Intensivos - UCI); implantação do núcleo de acesso e qualidade hospitalar (NAQH); implantação das boas práticas do parto e nascimento (taxa episiotomia, parto em posição não supina, redução do uso de ocitocina, ambiência adequada, acompanhante para a mulher e o recém-nascido, índice de APGAR no 5º minuto, contato pele a pele e aleitamento na primeira hora, e demais); implantação da atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento (uso da Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU), quando indicado, espaço reservado, protocolos de atendimento humanizado segundo norma técnica do Ministério da Saúde e demais); avaliação de indicadores gerais (taxa de ocupação dos leitos, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecção, taxa de cesáreas e demais).

Entretanto, a Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.410/2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, definiu que apenas alguns indicadores deveriam ser monitorados de forma obrigatória, são eles: taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência para leitos de clínica médica e para leitos cirúrgicos; e taxa de mortalidade institucional. Os demais indicadores que constavam na Consulta Pública de 2012, assim como outros de interesse local, podem ser utilizados no monitoramento, mas de forma opcional.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS busca, portanto, através de intervenção em três eixos (financiamento, gestão e assistência), mudar a atenção hospitalar neste segmento do sistema de saúde, visando os objetivos descritos. Na prática, a maior parte desta intervenção será realizada pelos trabalhadores operacionais. Em um hospital, temos os profissionais de enfermagem como importantes atores neste processo. Realizamos, portanto, uma investigação da percepção e da participação destes em um hospital contratualizado, tentando identificar lacunas e potencialidades na política pública em avaliação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e, predominantemente, de abordagem qualitativa. O hospital estudado está localizado em um município de pequeno porte de Minas Gerais, com Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

Para realização dessa pesquisa, utilizamos o método de estudo de caso, que permite compreender a realidade dinâmica do hospital selecionado em uma perspectiva holística. O estudo de caso permite ao pesquisador descrever e analisar um fenômeno bem delimitado em profundidade. “(...) Consiste em uma investigação detalhada, frequentemente com dados coletados durante um período de tempo, de uma ou mais organizações, ou grupos dentro das organizações, visando prover uma análise do contexto e dos processos envolvidos no fenômeno em estudo” (HARTLEY, 1995, p. 208-209 *apud* GODOY, 2006, p. 120).

Foi feita, ainda, busca de dados quantitativos de fontes secundárias (DATASUS) e realizada pesquisa documental em contratos e planos operativos anuais. Contudo, a principal fonte de informações foram as entrevistas semiestruturadas em profundidade, realizadas no ano de 2018 com quatorze profissionais de enfermagem que atuam no hospital selecionado. Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), há dezessete profissionais de enfermagem cadastrados neste hospital, mas a visita *in loco* revelou que este número é maior. Entretanto, não foi necessário ampliar o número de participantes, pois nenhum elemento novo era introduzido para ampliar as propriedades do fenômeno investigado, indicando uma possível saturação dos dados (THIRY-CHERQUES, 2009).

A pesquisa foi autorizada pelo parecer consubstanciado IF SUDESTE MG/CEP n.º

2.820.790. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e exploradas conforme o método de análise de conteúdo. Por meio deste, foi possível identificar o significado que cada entrevistado exterioriza em seu discurso (CHIZZOTTI, 2006). Na análise dos resultados, os profissionais de enfermagem foram identificados de forma arbitrária (P1, P2, ..., P14).

A modalidade de avaliação de políticas públicas adotada é a de avaliação de processo, que visa investigar como o programa funciona (etapas, mecanismos, processos e conexões), detectar defeitos/problemas na elaboração dos procedimentos, acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas, identificar barreiras e obstáculos à sua implementação e gerar dados para sua reprogramação, por meio do registro de intercorrências e de atividades. Essa avaliação se realiza concomitantemente ao desenvolvimento do programa e o uso adequado das informações produzidas permite incorporar mudanças ao seu conteúdo (COSTA e CASTANHAR, 2003).

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

O hospital participante desta pesquisa possui mais de cem anos de existência, é de médio porte, com 48 leitos disponíveis ao SUS, e está localizado em uma cidade de pequeno porte no interior de Minas Gerais. Ainda de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o hospital possui 83 profissionais cadastrados, entre celetistas e autônomos, presta serviços de atenção básica, urgência e emergência e de média complexidade ambulatorial e hospitalar e é referência no atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental. Dentre os equipamentos disponíveis estão: raio-X, ultrassom, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo e endoscópio.

O município sede do hospital integra uma microrregião com população estimada em 290 mil habitantes. Em 2018, 33% das internações ocorridas no hospital foram de pacientes de outros municípios, demonstrando sua importância regional. A rede assistencial local conta com sete unidades básicas de saúde, três equipes de saúde da família (uma com serviço de saúde bucal), duas clínicas especializadas e uma unidade móvel de urgência e emergência. A cobertura do Programa Saúde da Família é de 67,68% da população do município.

O hospital aderiu ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS em dezembro de 2013. A partir de dezembro de 2018, o valor mensal que o hospital recebe do SUS para a prestação dos serviços é de R\$ 89.383,90. Este valor pode ser reduzido em caso de descumprimento das metas quantitativas e qualitativas, e será revisto/atualizado quadrimestralmente. A tabela 2 apresenta as metas quantitativas e a tabela 3 os demais valores incluídos no contrato. Os dados indicam que 40% dos recursos recebidos são oriundos de incentivos e recursos complementares, reduzindo o peso da produção na composição do faturamento pelos serviços prestados.

Tabela 2 – Metas quantitativas assistenciais do hospital contratualizado

	Serviços	Quantidade Mensal	Valor Mensal - R\$
1	Diagnóstico por radiologia	60	467,54
2	Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos	595	5.267,91
3	Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	7	266,94
4	Internações em leito cirúrgico	13	6.006,54
5	Internações em leito clínico	50	24.020,65
6	Internações em leito obstétrico	22	10.940,78
7	Internações em leito pediátrico	14	6.436,23
	Total:	761	53.406,59

Fonte: adaptado do Plano Operativo Anual.

Tabela 3 – Incentivos e recursos complementares do hospital contratualizado

Serviços		Valor Mensal - R\$
1	Recurso Portaria GM n.º 3.166/2013	0,42
2	Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar – IGH (IAC)	27.396,45
3	Incentivo de Integração ao SUS (Integrasus)	2.970,33
4	Incentivo de Leitos de Saúde Mental (SHR-RAPS)	5.610,11
Total:		35.977,31

Fonte: adaptado do Plano Operativo Anual.

Considerando que o hospital não possui atendimento de alta complexidade e leitos de UTI, não há parcela pós-fixada na composição do pagamento mensal. Do valor pré-fixado (R\$ 89.383,90), 60% é garantido com o cumprimento das metas quantitativas e 40% é garantido com o cumprimento das metas qualitativas expressas na Tabela 4. O rol utilizado excede o mínimo estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 3.410/2013.

Tabela 4 – Metas qualitativas assistenciais do hospital contratualizado

Indicadores		Metas para pontuação máxima
1	Taxa de ocupação geral dos leitos	No mínimo, 60%
2	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica	Menor que 8 dias
3	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica cirúrgica	Menor que 5 dias
4	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Adulto	No mínimo, 85%
5	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Pediátrico	No mínimo, 85%
6	Taxa de ocupação dos leitos de UTI Neonatal	No mínimo, 85%
7	Taxa de mortalidade Institucional	Até 3%
8	Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), com confirmação microbiológica, na UTI Adulto	Até 2 incidências em 1.000
9	Número médio de reuniões das seguintes comissões: “Núcleo de Segurança do Paciente”, “Controle de Infecção Hospitalar” e “Análise e Revisão dos Óbitos” no período	No mínimo, 0,5 reunião por mês
10	Comprovação de atuação do serviço de Ouvidoria	No mínimo, 0,5 relatório por mês
11	Visita Aberta	No mínimo, visitas em 4 dias da semana
12	Taxa de cirurgias oncológicas	No mínimo, 9,2 cirurgias por procedimento de quimioterapia

Fonte: adaptado do Plano Operativo Anual.

Como o hospital não possui leitos de UTI e atendimento oncológico, inviabiliza-se a utilização das metas 4, 5, 6, 8 e 12. Restam, portanto, sete metas qualitativas a serem avaliadas. Destas, quatro (1, 2, 3 e 7) podem ser apuradas por meio dos dados disponíveis no Ministério da Saúde/DATASUS. A tabela 5 apresenta os resultados destes indicadores no período de 2013 a 2018:

Tabela 5 – Resultados Apurados dos Indicadores Assistenciais nos hospitais filantrópicos estudados

Indicador		2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	Taxa de ocupação geral dos leitos	28%	26%	24%	26%	24%	27%
2	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica médica	4,0	3,8	3,5	3,8	3,8	4,1
3	Tempo médio de permanência nos leitos de clínica cirúrgica	1,9	1,5	2,3	1,9	2,2	1,4
7	Taxa de mortalidade Institucional	4,35	4,05	3,38	5,55	5,17	4,05

Fonte: Ministério da Saúde/Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES e Sistema de Informações Hospitalares – SIH.

Os dados indicam que as metas utilizadas não refletem a realidade local. Enquanto as metas de tempo médio de permanência nos leitos (2 e 3) estão sendo facilmente atingidas ao longo dos últimos seis anos, não sendo um desafio para o hospital, as outras duas (1 e 7) estão discrepantes. A taxa de ocupação geral dos leitos, por exemplo, está muito abaixo da meta e, de acordo com as pontuações disponíveis (de 0 a 15), receberia nota zero neste indicador. Verifica-se que não há, portanto, rigor na definição das metas qualitativas, prejudicando a avaliação e ignorando a principal inovação instituída pelo Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS.

A prestação de serviços de saúde nas instituições hospitalares é desenvolvida por uma equipe multiprofissional constituída por médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, entre outros. Desenvolvemos este estudo com profissionais de enfermagem, cuja importante missão social envolve recuperar a saúde das pessoas e assistir os enfermos em sua dor, utilizando domínio técnico, dedicação e generosidade. A importância deste trabalho no cuidado com a vida humana exige deles qualidade e eficiência (SILVA *et al*, 2015). Assim, o perfil do profissional, sua motivação e as condições de trabalho podem influenciar na assistência prestada e demandam investigação especial, considerando as metas qualitativas do programa de contratualização.

No hospital filantrópico participante desta pesquisa, ocorreu a participação de quatorze profissionais, sendo dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem e dez técnicos em enfermagem. Dez dos profissionais são mulheres e o maior nível de escolaridade da maioria dos entrevistados (nove) é a formação de técnico em enfermagem. Apenas os dois enfermeiros possuem pós-graduação. Outra informação importante do perfil dos entrevistados é o tempo de atuação no hospital. A maioria (oito) possui vínculo há dez anos ou mais, sendo que seis nunca trabalharam em outro local e todos relataram que a rotatividade no hospital é muito baixa. Este tempo de trabalho no hospital permite a comparação dos momentos anterior e durante a implementação do programa em avaliação.

Aqui sai pra aposentar. O pessoal que entra aqui, a rotatividade aqui é mínima, mínima. O pessoal entra e aposenta, (...) os mais novos é porque os que saiu aposentou e chegou. Parece ter prazer de falar que trabalha no Hospital e por outro lado é o único que tem na cidade. Então agarra aqui porque saiu daqui vai ter que sair da cidade, que não vai ter outro, mas eu acredito que o ponto primordial é o prazer de trabalhar aqui (P1).

Eu acho que é um lugar muito família. Todo mundo é amigo, todo mundo trabalha unido, todo mundo trabalha em equipe (P5).

Por gostar. É por amar mesmo a profissão e gostar de trabalhar aqui. Acaba sendo uma segunda família que eu passo metade na minha casa, metade aqui. Somos pessoas diferentes, tem as diferenças, mas acaba sendo a

segunda família da gente e gostar do que faz (P6).

Como não tem muita coisa de emprego, então, às vezes, não tem muita oportunidade fora, então a pessoa acaba ficando, mas, assim, no meu caso, eu faço porque eu gosto (P8).

Porque não tem outro lugar. Eu acho que é porque não tem outro lugar, porque se tivesse, por exemplo, um outro hospital aqui ou uma clínica, talvez seria, sei lá, mais distribuído, porque, assim, questão salarial aqui é bem menor do que nos outros lugares. Então, assim, só fica porque tá perto da família, conhece todo mundo e porque não tem muita opção também (P12).

Entretanto, uma das primeiras constatações com as entrevistas é de que nenhum destes profissionais conhece o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Ainda, segundo os entrevistados, apenas um conhece o Plano Diretor e nove não têm conhecimento sobre a situação financeira do hospital e sobre o contrato firmado com o SUS. No caso das finanças, apenas quatro disseram ter recebido alguma informação sobre o assunto da administração e, a partir de suas observações, oito acreditam que o hospital não possui dívidas.

Assim, como aqui é filantrópico, deputados ajudam, faz leilões. A gente vende rifas (P4).

Da última (conversa) que ele (o provedor anterior) teve com a gente ele falou: “gente, o hospital não deve nada, não deve nada”. Isso foi tão bom quando eu sai daqui de dentro, porque quando a gente ouviu isso, isso é muito bom pra gente, pra todos que estão aqui, pra nossa cidade. O hospital não devia nada. Então, eu ouvi isso dele, agora eu não tenho mais ouvido (P5).

Pelo que eu sei, pelo pouco que eu sei, acho que os valores que o SUS repassa são bem defasados. Isso atrapalha um pouco o desenvolvimento, mas, assim, na possibilidade que ele tem, tá indo bem (P6).

É, a gente não tem muito contato assim direto, esse tipo de coisa, mais o necessário mesmo, mas não é passado assim com detalhe pra gente não (P8). Ah, não fala, se tá com dívida, como é que está. Eu não tenho muito; eu pessoalmente não tenho muito conhecimento dessa parte não (P9).

Não, às vezes, assim, todo ano tem um leilão que ajuda o hospital e tal, mas, sobre dívidas a gente não fica sabendo não. Sempre tem várias campanhas pra ajudar. Se está ou não em dívida a gente não fica sabendo não (P12).

Há uns tempos atrás estava, tinha bastante dívida, mas com alguns recursos que eles foram conseguindo acho que quitou. Ah, às vezes, o comentário que eu já ouvi falar é que o SUS paga pouco, mas eu não sei agora com esse, está geral esse problema que o governo não está repassando, né? (P13).

A própria administradora, ela faz questão de passar esses problemas também, pra gente estar por dentro, do que tem acontecido. Eu sei que o SUS paga muito pouco pelas internações (P14).

Todos os entrevistados informaram que há controle de custos no hospital, que nunca houve atrasos no pagamento dos salários e, exceto em casos isolados, não há falta e atraso na entrega dos materiais necessários ao atendimento. Estes relatos podem indicar saúde financeira da instituição e preocupação com a manutenção desta condição, não prejudicando as compras e o pagamento dos trabalhadores e fornecedores.

A situação da entidade, por ser filantrópica tem as dificuldades financeiras que eu acho que todas têm atualmente, principalmente né, que acho que essa

crise tá afetando todo mundo, mas a gente é cobrado sim (P6).
Ah, hoje estão muito mais focados nisso aí, assim, em conter gastos, vamos dizer assim. Esse controle de gasto, assim, evitar desperdício, né? (P13).

Em relação aos materiais utilizados, além de não haver falta, dez consideram que a qualidade deles é boa e quatro consideram como regular. Em compensação, doze profissionais indicaram que acontece falta ou defeitos nos equipamentos do hospital. Já a infraestrutura é considerada satisfatória por onze, sendo que dez relataram que houve melhoria considerável nos últimos anos.

Dá problema? Dá sim, com certeza que dá problema, mas sempre é feita essa manutenção independente do aparelho estar com problema, aí vem fazer a manutenção. Tem a preventiva e a corretiva. E a gente mantém um aparelho sempre. Estregou um, backupzinho (P1).

Eu diria que hoje melhorou muito a nossa, a nossa condição. Aqui a gente, os nossos mobiliários, essas coiseiras eram tudo bem pior do que temos hoje. Hoje nós temos uma estrutura, desde mobiliário, mesmo a estrutura física todinha, para o hospital tem atendido bem melhor. Deu uma melhorada muito grande nesse aspecto (P1).

A melhora do hospital foi muito grande. As reformas que foram feitas foram muito satisfatórias (P2).

Enorme, enorme, uma melhoria de quase 100%, muito. Equipamento, então, foi uma maravilha, aumentou muito (P6).

Eu acho que tem melhorado muito, por ser uma estrutura bem antiga, né?. Eu acho que está, tem melhorado muito (P7).

Assim, qualquer material que a gente vê dificuldade de trabalhar com ele, a gente questiona com a farmácia, aí a farmácia já pede a troca, porque quando uma pessoa acha o material ruim, não é uma só, é todo mundo (P11).

A gente não confia e o termômetro não é confiável. A gente já, eu pelo menos já pedi. Eles falam: “ah, vai trocar”; e nunca troca. Esse é o único problema que eu acho: a gente não tem segurança com esses materiais (P12). Olha, por ser um prédio bem antigo, eu acho que as condições são ótimas, devido a outros hospitais que a gente frequenta por aí (P13).

Outra melhoria recente relatada por todos foi no controle administrativo.

Com certeza pra melhor. A resolutividade das coisas hoje é bem maior (P1). Tenho 24 anos de profissão aqui dentro e houve uma melhora muito grande. Funcionário da farmácia era bem menos horário. A gente que pegava medicamento, entendeu? Então, não tinha um controle. Hoje, tem um controle muito rigoroso em comparação ao passado. É muito organizado e bem mais rigoroso. De uns 4 anos pra cá, 4 a 5 anos, a melhora foi bem melhor. O medicamento vinha num copinho tudo misturado. Hoje não. Hoje é tudo selado, tudo diferenciado, leito por leito. Isso facilita muito pra enfermagem (P2).

Eu acho, assim, de uns anos para cá melhorou muito (P3).

Olha, tanto de estrutural como questão de equipamento, de técnica, administração, melhorou muito, a própria equipe também que quando eu comecei aqui a gente não tinha (P6).

Acho que, de modo geral, a estrutura, tudo melhorou, a administração, médicos. Então, assim, melhorou bastante, melhorou muito do meu ponto de vista (P8).

Mudou muito, mudou muita coisa, informatizou, né? Antes era tudo mais manual, escrito; agora está bem mais controlado, tudo... (P9).

Assim, varia de chefe pra chefe, porque hoje a gente é cobrado mais, mas hoje a gente tem mais qualidade também de material pra trabalhar, entendeu? Assim, uma coisa compensa a outra (P11).

Tem 2 anos que eu estou aqui, tem pouco tempo, né? Se for comparar com os outros que estão aqui mais tempo, eu percebi muita melhoria na questão da administração aqui, porque eu conheço o hospital de não trabalhar aqui dentro. Conheço como usuária e melhorou muito, muito, em relação a estrutura, tudo (P14).

Algumas informações condizem com esta mudança organizacional nos últimos anos: a contratação de mais profissionais administrativos, relatada por onze entrevistados; e o uso mais frequente do procedimento operacional padrão (POP), relatada por doze deles.

É uma exigência, assim, é uma necessidade aliado a qualidade. Então, para a gente manter esse assistencial com qualidade, se fez necessário esse aumento desse profissional (P1).

Antigamente, acho que podia até ter um número maior, mas desnecessário. Hoje, tem um número, mas um número que trabalha mesmo (P2).

Aumentou, aumentou, mas eu até penso assim, até acho assim que pelo fato de ter aumentado a qualidade hoje, assim, aumentou convênio (P11).

Antigamente aqui só existia o POP que o Hemominas exige, eu tinha do Hemominas. Agora que implantou POP pra tudo, que é utilizado pra tudo. A gente não utilizava (P11).

Ah não, pode ter no papel. Eu acredito que tenha, mas, assim, na prática não é passado pra gente não. Assim, aqui tem muita coisa documentada, assim, muita coisa, mas na prática não tem muito não (P12).

Aquela coisa, tem o POP, mas muitos não, não olham né, fazem o que acha que está certo, mas, assim, eu tenho o conhecimento deles, mas eu sei que muitos, às vezes, nem procuram saber (P14).

Outro ponto positivo indicado pela maioria dos entrevistados foram as capacitações e a educação permanente adotada pelo hospital. Apenas dois profissionais consideram o número de capacitações realizadas insuficiente e um relatou que a quantidade não aumentou nos últimos anos. Contudo, todos entendem que elas são importantes ou muito importantes no trabalho que desenvolvem.

Muita, muita, se não tivesse eles iam parar no tempo (P1).

Sim, sim, que a gente acaba pegando umas certas manias, então, quando tem essas palestras, a gente acaba dando uma sacudidinha assim, opa. É igual dirigir, né? Opa, eu estou caindo nessa, vou levantar. Vão sacudir a poeira e vão melhorar (P2).

Aqui sempre tem palestras, tem atualizações, muitas palestras. Tem, todo ano tem (P4).

Melhorou muito, a gente não tinha, ultimamente está tendo bastante. Tem muita palestra, tem muita coisa boa pra gente, entendeu? De uns 4 anos pra cá (P5).

Sim, temos sim, a gente tem curso frequente sim, a gente fez cursos do SAMU, faz palestras, muitas palestras aqui no hospital também. O enfermeiro faz, vem profissionais de fora também, de outras áreas dar palestra pra gente. Sim, tem muita, muita capacitação (P6).

A gente aprendia assim: você chegava, igual hoje, se chegasse alguém novato aqui, ia aprender a trabalhar comigo. Então, assim, aprende as coisas certas e erradas, porque ninguém é 100% perfeito, né? Hoje não (P11).

Aqui tem, mas, no meu ponto de vista, eu acho pouco (P13).

Pouco. Eu acho que deveria ter mais. Às vezes, até entre nós deveria ter, sabe, mas acho que é a correria, é a falta de tempo, muito serviço e a gente acaba não tendo (P14).

Se o número de profissionais administrativos aumentou nos últimos anos, segundo a maioria das observações, o número de profissionais da enfermagem continua igual para oito entrevistados. Para os outros seis, a quantidade diminuiu. Apenas o número de enfermeiros aumentou no período, segundo cinco relatos. A maioria dos entrevistados considera que a quantidade é insuficiente (oito) e se sentem sobrecarregados (nove).

Eu acho o seguinte: eu acho que a gente faz o possível, mas eu acho que tinha necessidade de ter mais profissional sim. A gente dá conta, mas aquele dá conta assim, que você se esforça muito. Você trabalha dobrado pra suprir aquela falta daquele outro profissional (P6).

Um dia ou outro pode apertar, só que é uma equipe muito boa. Se a gente está apertado numa ala, a outra equipe se disponibiliza a ir, ajudando, um ajuda o outro, aí acaba que no final dá tudo certo (P9).

Não tão assim sobrecarregada, no modo de dizer, mas, assim, tem hora que aperta né (P10).

Tem hora que eu acho que não. É muito relativo, porque tem dia, igual à noite, a gente tá atendendo à noite lá dentro, nós somos 3 lá dentro, 3 técnicos, deve ter 10 homens e umas 9 mulheres internadas. Aí, se chegar um paciente semi-intensivo, acaba que sobrecarga (P11).

A gente tem o pronto atendimento aqui, então, às vezes, eu fico mais aqui do que no hospital, então acaba que eu não consigo dar uma assistência boa nos dois ao mesmo tempo. O certo seria um enfermeiro lá e um aqui né, mas por falta de recurso e realmente não tem como manter dois (P14).

Contrapondo a diminuição no número de profissionais de enfermagem, verifica-se que no eixo da assistência, a percepção geral é de que o número de atendimentos aumentou nos últimos anos, principalmente de outras cidades, o que indica uma maior inserção do hospital na rede regional de atenção à saúde. A explicação para este incremento, entretanto, é diversa.

Sem dúvida, eu atribuo isso a credibilidade que foi tomada nos últimos anos a respeito do hospital. É fruto de um trabalho que a gente vem fazendo, seletivo de médico, aonde isso traz confiança e segurança pros usuários, trazendo eles mais, aonde que eu falo que aumentou ainda mais a nossa demanda (P1).

Ah eu acredito assim: primeiro porque o hospital está oferecendo um bom atendimento; segundo que o hospital teve uma ótima melhora. Com essa melhora, a busca do paciente foi bem maior e também, assim, houve uma melhora muito grande no atendimento dos médicos. Nós não tínhamos cardiologista, ortopedista, vários, vários médicos já formados. A gente não tinha, hoje a gente tem. Então, isso faz com que as portas abram e o pessoal procura mesmo (P2).

Eu acho que o povo tá mais conscientizado. Tipo assim, antigamente, principalmente homem: “ah eu vou cuidar em casa”. Morava na zona rural,

então por ali ficava e hoje os homens estão procurando mais. Estão preocupando mais com a saúde (P4).

Eu acho porque o número de idosos lá vai aumentando muito e a gente, esse hospital nosso, ele atende a região. Tem muita zona rural ao redor (P5).

A dificuldade financeira que todo mundo está passando hoje em dia, as pessoas estão tendo muita dificuldade de procurar médico particular, fazer exame particular e então procura mais o SUS, mas eu acho que o atendimento melhorou muito também, então o pessoal tá tendo mais confiança de vir aqui procurar, entendeu? (P6).

Aumentou o número de habitantes na cidade, então aumenta também o número de pacientes (P12).

Aumentou sim. É porque o hospital tem oferecido cirurgias, então aumenta em relação ao pós-cirúrgico (P14).

Outra importante opinião, unânime entre os entrevistados, é de que o hospital não recusa atendimentos e consegue internar todos os casos necessários. Os relatos, portanto, condizem com a taxa de ocupação apresentada na tabela 5 e indicam que o número de leitos é mais do que suficiente para a demanda. Contudo, nove entrevistados indicaram dificuldades nas transferências de pacientes para outros hospitais e oito reclamaram dos atendimentos impróprios em relação a referência. Ilustra-se que, por vezes, atendimentos habituais que não carecem de urgência/emergência e que poderiam ser realizados nas unidades da atenção básica são direcionados à unidade hospitalar.

70% poderia estar sendo resolvido lá, no atendimento lá, na atenção primária (...). Primeiro, é uma maravilha, lá é agendado, aqui é espontâneo, livre demanda, a hora que chegar é atendido. Quem vai querer ir pra lá? A resolutividade aqui é de imediato, lá não, lá é agendado. Você vai lá agora: “ah tô com dor nisso”, faz o exame, marca o seu retorno, aí vem, volta depois ainda, ainda vai lá na prefeitura pedir pra liberar aquele exame. Aqui já faz tudo na hora. Quem vai querer ir pra lá? (P1)

Olha, eu acho que antes era bem melhor, porque hoje tudo vem pro hospital, né? Igual eu falo, tem PSF, tem posto de saúde, mas não funciona. Já funcionou mais, agora tudo é hospital mesmo, tudo vem pra cá (P5).

Acho que os postos de saúde não estão funcionando com médico, assim, aí tem que vir tudo pra cá mesmo (P10).

Aí vai depender da gravidade. Se for de UTI pra UTI, o SAMU leva pra gente, se não for, aí eu tenho que implorar, ver se eles vão levar pra mim. Se tiver um médico de boa na regulação, um médico mais legal, aí eles mandam. Caso contrário, se tiver um médico mais resistente, é mais complicado (P1).

Tem um pouco de dificuldade com transferência, às vezes, com vagas. Mas, assim, transporte até que não (P8).

Parece um castigo, não atende. Pode pelear 2 horas e ninguém atende telefone lá. Eu nunca vi um lugar, um hospital que não atende telefone (P11).

O telefone lá simplesmente não funciona. A gente liga 500 telefones, 500 vezes pra conseguir ser atendido e, às vezes, a gente tem que mandar o paciente sem contato. Aí chega lá, eles brigam pra ver. A gente tem dificuldade de falar com eles e tem dificuldade, às vezes, de aceitar; muita má vontade (P12).

Além da garantia do atendimento e do leito, em caso de necessidade de internação, os

relatos sugerem que os usuários recebem um tratamento humanizado. Todos os entrevistados indicaram que o hospital desenvolve ações de humanização, nove conhecem os trabalhos do Comitê de Ética profissional da instituição e dez relataram que há uma constante pesquisa de qualidade entre os usuários. Entretanto, apenas dois entrevistados indicaram que há serviço de ouvidoria além das urnas de sugestões e reclamações.

Temos a comissão de humanização também aqui no hospital, que a gente trabalha muito com isso (...). É raro agradar todo mundo. É impossível. É raro paciente fazer uma queixa de atendimento de funcionário, mas a parte da humanização é muito trabalhado dentro do hospital (P1).

Olha, que eu vejo muito, assim, que melhorou muito, o tratamento do profissional pro paciente e vice versa. Acho que melhorou muito isso, a empatia (P6).

Temos nas alas de enfermagem um acrílico com as folhinhas, aonde o paciente pode colocar lá, falar da cozinha, lavanderia, atendimento da enfermagem, tudo. Ela pode escrever lá e colocar dentro de uma caixinha, depois isso é avaliado. Depois fica lá no quadro pra quem quiser ver (P9).

Dentre os compromissos a serem assumidos pelo hospital, de acordo com o contrato, tem-se o funcionamento de diversas comissões, dentre elas a de controle de infecção hospitalar, a multiprofissional de terapia nutricional, a de hemoterapia e as de revisão e análise de óbitos e prontuários. Onze dos entrevistados conhecem o trabalho das comissões, sendo que apenas quatro participam de alguma.

Ainda que mencionem desconhecer o Programa, os entrevistados conseguem perceber e relatam algumas ações e transformações que são condizentes com os objetivos do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS. Pode-se destacar o atendimento (mesmo que limitado) aos seguintes objetivos: (i) assegurar uma perspectiva sistêmica de rede, a integralidade da atenção e o alinhamento com as políticas prioritárias do SUS; ii) ampliar os mecanismos de participação e controle social; (iii) promover maior comprometimento dos profissionais da instituição; (iv) incentivar o uso racional dos recursos e a incorporação de tecnologias da informação; (v) incentivar a formação de equipes multiprofissionais e da horizontalidade da organização do trabalho; e (vi) promover, através de indicadores, a segurança dos pacientes, identificando-os corretamente, melhorando a comunicação entre os profissionais de saúde, controlando melhor a prescrição, uso e administração de medicamentos e estabelecendo processos mais exigentes de higienização para evitar infecções.

5 CONCLUSÃO

Partindo da legislação pertinente ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS e do contrato entre o hospital e o governo estadual, pode-se perceber que algumas das ações estabelecidas pelas normativas estão, de fato, sendo contempladas. Considerando que as metas de assistência são reduzir a taxa de mortalidade e o tempo de permanência nos leitos e aumentar a taxa de ocupação, além de manter em atividade o serviço de ouvidoria e importantes comissões de controle e avaliação, há um esforço contratual para melhorar a qualidade dos serviços, a eficiência nos atendimentos, a otimização no uso dos leitos, a segurança e a satisfação dos pacientes. Os indicadores de resultado, de fato, induzem a uma melhoria na qualidade. Uma mortalidade menor pode significar que os tratamentos estão mais eficazes, uma taxa de infecção menor pode significar um tratamento

mais seguro e eficiente, assim como uma taxa de ocupação maior, associada a um tempo de permanência menor, possibilitaria que mais pacientes fossem atendidos pelo hospital. Entretanto, para que as metas sejam efetivas na busca pela qualidade da assistência é preciso que estas sejam devidamente discutidas e revisadas e o hospital seja cobrado por resultados tangíveis e realistas, o que não observamos no caso estudado nesta pesquisa.

O processo de contratualização de um hospital filantrópico envolve mudanças significativas em três eixos: assistência, gestão e financiamento. Considerando a importância tanto quantitativa quanto qualitativa dos profissionais de enfermagem, não podemos ignorar o potencial de contribuição destes no processo. Além de serem os mais próximos aos usuários, são aqueles que utilizam os recursos escassos disponíveis e agregam os princípios e as políticas do SUS no atendimento que prestam e nos recursos e equipes que por vezes gerenciam.

Não se pode buscar um sistema inclusivo, participativo e com controle social, se um dos principais atores do processo é ignorado ou desvalorizado. As entrevistas sugerem que os profissionais, inclusive o enfermeiro responsável pela equipe de enfermagem, não recebem informações sobre o contrato em que estão sujeitos. Os objetivos podem estar sendo atingidos, mas é perceptível e inquietante que isso ocorra de forma indireta e sem a consciência de quem implementa o programa. Pode-se, portanto, questionar se os resultados não seriam melhores se houvesse a participação efetiva de todos os envolvidos neste processo. Os relatos indicam que há satisfação em trabalhar no hospital e essa motivação já seria uma vantagem importante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, P. R. *et al.* Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 811-818, dez. 2004.

BARBOSA, P. R. *et al.* O setor hospitalar filantrópico e alguns desafios para as políticas públicas em saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 265-283, mar./abr. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde/DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/tabwin>. Acesso em: 15 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 1.721, de 21 de setembro de 2005**. Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1721_15_09_2005.html>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.123, de 07 de dezembro de 2006**. Homologa o Processo de Adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3123_07_12_2006.html>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013a**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 8 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013b**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 8 abr. 2016.

CAVALCANTE, A. P. Contratualização da Rede Hospitalar SUS. In: Congresso FEHOSP, 21, 2012, Campinas. **Anais...** São Paulo, FEHOSP, 2012. Disponível em: <<http://www.eventosfehosp.com.br/galeria2012/>> Acesso em: 10 maio 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, F. L. da; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 962-969, set./out. 2003.

COUTTOLENC, B. F.; LA FORGIA, G. M. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 84-88, fev. 2006.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980, p. 77-125.

FALLEIROS, I.; LIMA, J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In.: FALLEIROS, I.; PONTE, C. F. (Orgs.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV, 2010, p. 239-246.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, jun. 2013.

MESTRINER, M. L. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003 - 2010**. Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Análise do processo de contratualização dos hospitais de ensino e filantrópicos no SUS – dificuldades, perspectivas e propostas**. Brasília: Editora MS, 2012.

QUINTELLA, J. E. de V (Coord.). **Estudos de contratualização de hospitais no âmbito do SUS**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2007.

SILVA, R. P. da; *et al.* Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de enfermagem. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 130-145, 2015.

THIRY-CHERQUES, H. R. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. **Revista PMKT**, n. 3, p. 20-27, 2009.