

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público de ensino do estado de São Paulo

Renato Carlos Machado, Aldaísa Cassanho Forster, Patrícia Coelho de Soárez, Lucieli Pedreschi Chaves

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.10006>

Submetido em: 2024-09-16

Postado em: 2024-10-07 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Avaliação por método misto da qualidade da assistência e gestão em hospital público de ensino do estado de São Paulo

Autores:

Machado, R. C.
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8327-539X>

Chaves, L.P
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

Soárez, P. C.
Faculdade de Medicina da USP.
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8383-0728>

Forster, A. C.
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2720-5802>

Resumo

Este estudo avaliou a qualidade da assistência e gestão de um hospital de ensino, sob a modalidade de convênio de gestão, com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. É um estudo de caso único, com abordagem por métodos mistos de pesquisa utilizando indicadores da qualidade da assistência e da gestão (acesso, efetividade e eficiência) e entrevistas com integrantes das comissões de avaliação do convênio. Utilizou-se a estatística inferencial pela técnica de análise de Séries Temporais Interrompidas para os dados quantitativos e análise de conteúdo para dados qualitativos, comparando-os após a implantação do novo modelo, por meio do método da fusão para a integração. Dos nove indicadores quantitativos, sete apresentaram tendência de melhora, dois em nível de significância; dois tendência de piora, um em nível de significância. Os dados qualitativos mostraram melhora na efetividade da gestão, sem haver melhora nas demais subdimensões. A análise integrada dos dados sugere que a implantação da modalidade de convênio de gestão com a SES-SP não trouxe mudanças significativas na qualidade da assistência à saúde ou na gestão hospitalar.

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Efetividade.

Eficiência organizacional.

Mixed-method assessment of quality of care and management in a public teaching hospital in the state of São Paulo.

Abstract

This study evaluated the quality of care and management of a teaching hospital, under the management agreement modality, with the São Paulo State Health Department. It is a single case study, with a mixed research methods approach using indicators of care and management quality (access, effectiveness and efficiency) and interviews with members of the agreement evaluation committees. Inferential statistics were used through the Interrupted Time Series analysis technique for quantitative data and content analysis for qualitative data, comparing them after the implementation of the new model, through the fusion for integration method. Of the nine quantitative indicators, seven showed an improvement trend, two at a significance level; two showed a worsening trend, one at a significance level. The qualitative data showed an improvement in management effectiveness, without any improvement in the other sub-dimensions. The integrated analysis of the data suggests that the implementation of the management agreement modality with SES-SP did not bring significant changes in the quality of health care or hospital management.

Keywords: Health Management. Access to Health Services. Effectiveness. Organizational Efficiency.

Introdução

No Brasil, a avaliação na área da saúde desenvolveu-se como ferramenta de gestão com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. O desenvolvimento dessa área foi impulsionado pela interação de agentes inseridos nos campos econômico, burocrático e científico. A avaliação econômica e do desempenho das instituições passou a ter destaque no ambiente de gestão, refletindo a importância de uma gestão eficiente e informada por evidências científicas.¹

Os anos noventa assistiram à implantação de novas fórmulas para a gestão pública, baseada em modelos empresariais privados. Países como Reino Unido, França, Estados Unidos da América, Austrália e Canadá adotaram a contratualização, que originalmente foi instituída no setor privado, para depois ser adotada no serviço público, na esteira da reestruturação das reformas de Estado. A contratualização de serviços em saúde, a fórmula adotada na gestão em saúde, sustenta-se em algumas premissas: no planejamento, recursos disponíveis, mecanismos de avaliação e controle, e no sistema de incentivos que condiciona esses recursos ao alcance de metas.^{2,3}

No início da implantação do SUS, os critérios de financiamento e repasses para os serviços hospitalares continuaram baseados em séries históricas de produção de procedimentos, orientados pela oferta de serviços e não pelas necessidades de saúde. A partir de 2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino instituído pelo Ministério da Educação em parceria com o SUS e, posteriormente, estendido ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos, promoveram a alocação de recursos mediante sistemas mistos de orçamento global, com pagamento de procedimentos de média e alta complexidade da tabela do SUS. Esses programas condicionam as instituições hospitalares, por meio de um contrato de gestão, a propor e cumprir metas quantitativas e qualitativas em saúde.

No estado de São Paulo, este modelo foi adotado pelos hospitais públicos de ensino ligados ao governo. O convênio tem particularidades jurídicas firmadas entre o hospital e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), mas a lógica da alocação de recursos financeiros é mantida, inclusive com incentivos do governo federal.⁵

Desde de 2004, o Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE), desenvolvido pela Coordenadoria de Planejamento de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), coleta dados para relatórios mensais e anuais. Entretanto, os dados disponíveis, além de insuficientes para análise mais acurada do desempenho destes hospitais, carecem de atualização periódica e refinamento, considerando a importância dos complexos hospitalares estaduais. Além disso, em relação ao hospital objeto deste estudo, não foi encontrado registro de pesquisa científica publicada, avaliando o desempenho desta instituição nos últimos dez anos. Portanto, a importância de avaliar a assistência e gestão dessa nova modalidade de financiamento, nos hospitais de ensino do estado de São Paulo, justificam o presente estudo.⁵

Esse artigo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência e da gestão de um hospital público de ensino do estado de São Paulo, que aderiu à modalidade do convênio de gestão, com a SES-SP.

Método

Estudo de caso único orientado pelo pressuposto epistemológico do Pragmatismo. Utiliza metodologia de métodos mistos de pesquisa, com desenho convergente. Este desenho envolve coleta dos dados quantitativos e qualitativos simultaneamente, mas de forma separada. Na sequência, os dois conjuntos de dados são analisados separadamente e de forma independente. Em seguida, os resultados são comparados para verificar se convergem, divergem ou não se relacionam. Essa combinação de dados busca oferecer uma compreensão mais aprofundada do fenômeno estudado.⁶

O estudo foi realizado em um hospital público universitário de nível terciário, vinculado

ao SUS por meio da SES-SP, que aderiu a nova modalidade de gestão, em 2005. No convênio hospitalar está previsto a avaliação de desempenho, por meio de uma comissão técnica, que é composta por representantes do hospital, da Diretoria Regional de Saúde XIII do estado de São Paulo, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e representante dos usuários do hospital. Essa comissão avalia o cumprimento das regras contratuais e das metas do plano, e se reúne trimestralmente. O plano tem validade quinquenal e reavaliação anual do Plano Operativo Anual.^{7,8}

Para os dados quantitativos foram utilizados indicadores da qualidade da assistência e da gestão hospitalar, coletados no Sistema de Informação Hospitalar do DATASUS, para o período de 2002 a 2019, tabulados no programa TabWin versão 4.15, em nível de desagregação institucional (hospitalar). Dados demográficos foram coletados da Fundação do Sistema Estadual de Análise de Dados, do DATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Para a organização e interpretação dos dados, três categorias temáticas foram definidas previamente: subdimensão acesso, efetividade e eficiência, conforme o referencial teórico utilizado, e os respectivos conceitos de cada subdimensão¹¹. Outras categorias emergiram durante a análise dos dados. Os trechos dos discursos coletados junto aos entrevistados foram classificados conforme a conexão semântica entre o significado dos discursos e os conceitos de cada subdimensão referente à qualidade.

A subdimensão acesso foi avaliada pelos indicadores do número de internações hospitalares e angioplastias coronarianas; a efetividade pelo número de óbitos hospitalares, óbitos por infarto agudo do miocárdio (IAM), óbitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e partos vaginais; a eficiência por valor médio pago por internação hospitalar de média complexidade, tempo médio de permanência das internações e colecistectomia videolaparoscópica.^{9, 10,11,12}

Os dados quantitativos foram analisados verificando o efeito da implementação do novo modelo de convênio, utilizando a abordagem de Análise de Séries Temporais Interrompidas. O número de casos mensais dos indicadores foi estimado pelo modelo linear generalizado de distribuição binomial-negativa com função de ligação logarítmica e um offset igual ao logaritmo do denominador, de acordo com o proposto para cada indicador, para compensar e transformar os indicadores em taxas novamente. Quando necessário, foram utilizadas variáveis de defasagem de grau 1, 2 e no máximo 3 para controlar a autocorrelação residual. Funções harmônicas (baseadas em seno e cosseno) foram utilizadas para melhorar a estimativa de picos e vales da série. Segue o modelo linear genérico:

$$y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Tempo}_i + \beta_2 \text{Política}_i + \beta_3 \text{Tempo}_i \cdot \text{Política}_i + e_i.$$
 Para os indicadores de tempo e valor, a análise se deu por meio de um modelo linear generalizado de distribuição Gamma com função de ligação logarítmica. As auto correlações residuais foram avaliadas pelo gráfico ACF e pelo valor da estatística de Durbin-Watson. Todos os gráficos e análises foram feitos com o auxílio do software R, versão 4.1.0. O nível de significância (valor-p) adotado foi de 5% e o Intervalo de Confiança (IC) de 95% ^{14, 15}.

Os dados qualitativos foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, com integrantes da comissão de avaliação do convênio de gestão. As entrevistas, realizadas no período de 01 de julho a 10 de agosto de 2022, foram gravadas e armazenadas em dispositivo eletrônico, realizadas pelo próprio pesquisador por meio de videoconferência, em virtude da pandemia. Foram realizadas sete entrevistas e os participantes foram codificados conforme a sequência das entrevistas e a profissão de cada um (E1 – ENF = entrevistada 1 e enfermeira; E2 – ECO = entrevistada 2 e economista; E3 – ADM = entrevistada 3 e administradora de empresas; E4 – ADM = entrevistada 4 e administradora de empresas; E5 – ADM = entrevistada 5 e administradora de empresas; E6 – MED – entrevistada 6 e médica; E7 – MED – entrevistada 6 e médico). ¹⁴

Dados qualitativos foram analisados utilizando a Análise de Conteúdo, identificados os indicadores geradores de sentido e realizado o desmembramento de fragmentos do texto em Núcleos de Sentido e Grandes Temas, correspondendo respectivamente às unidades de análise e categorias temáticas. Foram definidas a priori três Grandes Temas que se relacionam aos objetivos do estudo: acesso, efetividade e eficiência; subsequentemente fez-se a definição dos Núcleos de Sentido por frequência (repetição de conteúdos comuns à maioria dos respondentes) ou por relevância implícita (tema importante que não se repete no relato de outros respondentes, mas que guarda em si, riqueza e relevância para o estudo).^{15, 16}

Na discussão fez-se a integração dos dados quantitativos e qualitativos comparando-os de forma narrativa, sob a perspectiva da avaliação do desempenho de cada subdimensão, observando o comportamento dos indicadores quantitativos comparado ao conteúdo dos trechos de discursos dos entrevistados, buscando convergências, divergências ou relação entre o que os números mostraram e a percepção dos integrantes da comissão.^{15, 16, 17}

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do hospital, atendendo à Resolução CNS 466/12, pelo parecer número 5.384.544. Os participantes consentiram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Na subdimensão acesso (Apêndice 1), a figura 1 mostra a evolução do número de casos mensais de internação. A análise inferencial mostra que, apesar de uma variação positiva entre um efeito imediato antes e após a implantação do convênio de gestão, esta não apresentou significância ($p < 0,223$) ao longo do tempo de estudo. A figura 2 mostra que houve aumento de 170% no número de casos de angioplastia. A tendência era de queda deste número, porém no período após a implementação do convênio de gestão, a tendência foi de aumento, em média 1,2% ao ano. Existe evidência estatística de diferença entre as tendências antes e após a mudança para o novo convênio ($p < 0,013$), ao longo do estudo.

Para a subdimensão efetividade (Apêndice 2), a figura 3 mostra que os óbitos institucionais têm uma variação imediata negativa, mas com p -valor $< 0,207$. Além disso, mostra p -valor $< 0,374$ na comparação entre as tendências antes e depois, ao longo do estudo. A figura 4 mostra uma variação positiva no número de casos de mortalidade por IAM. Entretanto, a análise inferencial não mostra significância estatística, tanto para um efeito imediato ($p < 0,663$) quanto para as tendências antes e depois da mudança do modelo de gestão ($p < 0,605$). A figura 5 mostra uma redução no número de óbitos em UTI pediátrica. Entretanto, a análise inferencial não mostra significância estatística tanto para um efeito imediato ($p < 0,424$), quanto para as tendências antes e depois da mudança ($p < 0,768$). A figura 6 mostra uma variação negativa no número de partos vaginais, ou seja, uma diminuição de 27,2% e ($p < 0,071$), além de uma diferença significativa entre as tendências antes e depois da mudança do modelo de gestão ($p < 0,015$).

Para a subdimensão eficiência (Apêndice 3), a figura 7 mostra uma variação negativa de 0,9% no valor médio pago por internação hospitalar de média complexidade, porém sem significância estatística para um efeito imediato ($p < 0,926$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da mudança ($p < 0,231$). A figura 8 mostra uma variação negativa de 0,46% no tempo média de permanência, porém sem significância estatística para um efeito imediato ($p < 0,473$), nem para a comparação entre as tendências de antes e depois da intervenção. A figura 9 mostra uma variação positiva no efeito imediato e ao longo do estudo no número de casos de colecistectomia por videolaparoscopia ($p < 0,031$), com um aumento médio de 121,4% . A tendência era de queda de número deste procedimento (10,5% ao ano) antes da implementação do convênio de gestão.

Os resultados qualitativos foram organizados em Grandes Temas e Núcleos de Sentido, conforme os recortes de fala abaixo apresentados.

Acesso aos serviços hospitalares

Limitação do acesso

As falas a seguir evidenciam as limitações do acesso às vagas no hospital, principalmente para casos novos, com repercussão na fila de espera de internação:

E1 – ENF: ...então em Ribeirão Preto está sendo muito difícil colocar paciente dentro do HC ... esses desenhos das redes não estão muito bem-feito na DRS 13, eu acho que tem muito que melhorar.

E2 – ECO: ...o hospital acha que a rede deveria estar mais bem organizada com a porta de entrada ao sistema. Dificulta a meta de primeiras consultas. De casos novos, por exemplo, poderia ser maior, poderia ter um encaminhamento mais adequado do sistema

Ineficiência da contrarreferência

É possível verificar nas falas a seguir a dificuldade em inserir o hospital num sistema de contrarreferência, além de obter informações clínicas necessárias para continuidade do tratamento do paciente que retorna para a Atenção Primária à Saúde.

E4 – ADM: ...o hospital se preocupa muito que o paciente chega aqui dentro e não sai, né? Porque é difícil a contrarreferência, então eu acho que medir esse indicador é importante e é interessante.

E6 – MED: ...para você colocar um paciente do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto você tem que seguir um protocolo e escrever até a cor da alma do paciente ... só que a contrarreferência dele não é igual, ele manda porcamente para o município.

E6 – MED: Não escrevem os resultados de exames, o que onera muito mais o SUS porque ele fez exame no HC e vai me fazer repetir tudo de novo.

Efetividade na gestão da contratualização

Oferta de serviços

Na visão de um entrevistado, o hospital consegue manter oferta de serviços constantes, conferindo qualidade aos serviços prestados. Entretanto, há relato da dificuldade na gestão da oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais do hospital

E7 – MED: ...você consegue manter uma produção quantitativa contínua, isso diz a qualidade do serviço. Para quem precisa de um ambulatório, de uma consulta ambulatorial, você ter um ambulatório que é perene e que funciona, a coisa roda de maneira constante, isso dá qualidade para a pessoa, você não tem interrupção de serviço, de cirurgias, enfim.

E5 – ADM: ...você precisa de tanto de consulta, quero tantas primeiras consultas, não conseguimos tudo que a gente pede, tá? Nós ainda não chegamos nesse nível, mas pelo menos dá para discutir, né?

Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação

As reuniões da comissão de acompanhamento do contrato foram vistas pela maioria dos entrevistados como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio. Entretanto, momentos de tensão e falta de resolução frente a problemas apontados, também foram destacados.

E2 – ECO: ...o que eu percebo é que todos os atores ficam muito à vontade [nas reuniões] no sentido de fazer suas críticas, de cobrar a sua instituição... Se você falar que o acompanhamento direto [pela comissão de acompanhamento] está aumentando a qualidade, eu acredito que sim, porque se você está sendo cobrado periodicamente, você tem esforço extra para buscar essa coisa que você ainda não alcançou

E3 – ADM: ...acabava sendo útil para discutir alguns pontos de necessidade, né? Assim, o município traz necessidades, o HC traz necessidade em cima do indicador. Não só isso, mas era um momento de encontro para discutir necessidade

E6 – MED: ...o prestador vai falando todas as metas e obviamente quando o estado questiona alguma coisa, eles tentam responder com argumentações, algumas vezes eu vejo que não tem tantas argumentações pertinentes, mas eu não vejo atitudes. Em uma das reuniões que eu tive esse problema lá, um participante foi extremamente grosseiro e não aceitaram críticas...

Efetividade e desafios da gestão na contratualização

A maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias com planejamento, organização, uso de metas e indicadores. Foi destacado a ineficiência do modelo tradicional de gestão. Por outro lado, falas críticas apontaram que o hospital está sendo administrado por gestores não qualificados, falta de processos de trabalho, participação de pessoas pouco representativas, além de indicadores de pouca utilidade. O indicador relevante foi o de satisfação do usuário.

E4 – ADM: ... no hospital muitas mudanças foram acontecendo, ajudou muito, o plano de metas, tudo foi sendo regulamentado e vai melhorando, vai melhorando o trabalho, atendimento para o paciente, melhorando a qualidade.

E7 – MED: ...a modalidade tradicional de gestão, que era bater ou não bater o teto, era uma tragédia porque na verdade você não estava gerindo nada, não tinha definido nenhuma prioridade, não tinha um mecanismo de diálogo com o gestor do que estava ou não acontecendo, de como fazer ou não...

E1 – ENF: ...gestor da época, ele queria mudar os convênios do jeito que a gente levava para eles na gestão da DRS, mas ele não tem força para mudar algumas coisas dentro do HC porque a secretaria do estado tem que fazer a gestão do HC ...

E1 – ENF: ...depois que mudou o tipo de contratualização, melhorou bastante porque você em que ter os indicadores quantitativos, mas qualitativos também, tem que ter o indicador de produção [metas]

E1 – ENF: ...deixa a desejar é que as vezes a gente fala alguma coisa do ponto de vista de que não atingiu a meta, essas coisas eles sempre arrumam uma desculpa [para atingir a pontuação]

E7 – MED: Indicadores muito produtivistas, por exemplo quantidade de consultas por sala, quantidade de internação por leito, esse tipo de coisa assim, acrescenta pouco na minha visão, agrega pouco...

E1 – ENF: ...o HC sempre teve avaliações do usuário muito boa, a taxa dele sempre teve alta...

A ouvidoria eles também têm assim uma alta resolução, a gente não tem problema nessa parte

E5 – ADM: ...indicadores de qualidade das comissões que se reúnem, de ouvidoria, são vários indicadores, até de resíduos. Então, é importante, eu acho que não reflete 100% a instituição.

Efetividade da assistência em saúde

A qualidade da assistência

A qualidade técnica da assistência é reconhecida como boa, porém é ressaltado falha na questão da espera para atendimento, o que se reflete em um atendimento pouco humanizado.

E6 – MED: ...vamos falar uma coisa, você vai ao ambulatório do HC uma da tarde e vai embora as sete da noite, isso é qualidade? Se eu for ver o plano de humanização talvez não

...talvez falhe um pouco na questão de humanização, que também é uma questão de qualidade

E6 – MED: ...em contrapartida o atendimento dele é bom. As pessoas são preocupadas, elas cuidam do paciente, da parte de internação, da parte cirúrgica, eu não acredito que tenha uma falha de qualidade de uma assistência direta...

Eficiência da qualidade da assistência e da gestão

Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP

O subfinanciamento do SUS, tanto se referindo à tabela de procedimentos quanto ao teto financeiro do convênio hospitalar, foi destacado como fator limitante para a oferta de

serviços e qualidade da assistência. O custo do Hospital das Clínicas é elevado e superior aos recursos que recebe para custeio, não conseguindo acompanhar a evolução da inflação, impactando no teto financeiro.

E1 – ENF: ... desse jeito que está, ela [tabela SUS] continua tendo um valor irrisório, então a gente tem que rever as metas e não está sendo bem utilizado... o custo do HC é bem alto, porque ele é mais terciário, né? O custo desse paciente é realmente mais alto, na urgência esse paciente também tem um custo maior, mas o recurso que a gente recebe é inferior

E3 – ADM: ...o SUS a gente vê que é meio subfinanciado e não supre nossa necessidade...
... esse teto já é ruim porque você acaba ultrapassando o teto, quanto mais você faz, parece que você está perdendo o teto

E7 – MED: De uma maneira em geral, vai aumentando paulatinamente porque tem inflação e os insumos seguem os preços ... então de novo, ele diz pouco sobre a qualidade e gestão financeira geral, uma vez que você estabelece uma série histórica você não consegue falar assim: nós vamos diminuir 10% o custo de leito dia, isso não é viável.

Visão positiva da gestão

Na percepção de dois entrevistados, ligados à gestão do HC, o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, principalmente pela gestão de preços e atuação em licitações.

E2 – ECO: O hospital tem, na medida do possível, um acompanhamento dos custos hospitalares, e às vezes a gente faz muito, muito na medida do possível da comparação de preços que outras instituições pagam, na medida que a gente é obrigada a participar de licitação...

E7 – MED: ...o que eu tenho visto atualmente é que a gente tem tentado se mexer para um momento mais criativo da gestão financeira, por exemplo o quanto você conseguiu baixar do preço programado no momento da contratação do pregão...

A comparação dos dados quantitativos e qualitativos pode ser observada no Quadro 1,

com a interpretação integrada de cada subdimensão.

Discussão

O acesso medido por meio do número de internações hospitalares não mostrou diferença significativa antes e depois da mudança do convênio, apesar de tendência de melhora. O limitado investimento em saúde, tanto para a expansão do número de leitos quanto para o quadro de profissionais, além dos mesmos moldes na condução da gestão da agenda hospitalar, poderiam explicar o comportamento deste indicador^{18,19}. Quanto ao número de angioplastias, verificou-se uma mudança significativa nas tendências, com melhora na oferta do procedimento. As novas tecnologias médicas que oferecem resultados de eficácia e segurança tão bons ou melhores que procedimentos cirúrgicos abertos, mas de custo menor, explicaria este resultado^{20, 21, 22}.

Já os dados qualitativos apontam dificuldades para o acesso aos serviços hospitalares, notadamente internação de casos novos, e na contrarreferência à Atenção Primária, com precárias informações clínicas, além de dificuldade do hospital em participar de um sistema de referência e contrarreferência, o que facilitaria a troca de informações e daria agilidade ao atendimento. Os dados comparados convergem e mostram que existe uma deficiência em oferecer vagas de internação. O acesso aos serviços hospitalares é um problema recorrente, principalmente nos serviços públicos, em especial naqueles de nível terciário. O subfinanciamento está na raiz desse problema, limitando a expansão do número de leitos, profissionais da saúde e aparato tecnológico. A simples mudança do modelo de gestão, sem contrapartida de investimentos, não tem se mostrado suficiente para resolver o problema²³.

Na avaliação da efetividade da assistência, os indicadores de mortalidade não mostraram mudança significativa após a implementação do modelo de gestão, apesar dos indicadores de mortalidade institucional e UTI pediátrica indicarem tendência de queda. O

número de casos relativamente pequenos pode dificultar a interpretação do nível de significância estatística. A mortalidade por IAM teve aumento, mas sem significância, também sofrendo interferência de reduzido número de casos. Outra interpretação para o comportamento destes indicadores é que, em hospitais terciários com práticas e modelos de atenção consolidados, não se espera grandes variações no número de óbitos, pois existe padrão de assistência desenvolvido ao longo do tempo, baseado em boas práticas. Entretanto, pode refletir limitação na melhoria da assistência, com a mudança na modalidade de gestão^{23,24,25}. Quanto ao indicador de partos vaginais, a redução significativa do número de casos é indesejável, pois o parto natural oferece melhores resultados à parturiente e ao nascituro. Isto evidencia que a mudança contratual não trouxera benefício nesta área da atenção. Entretanto, há que se considerar o desmembramento do complexo hospitalar do HCRP-USP em mais hospitais especializados, inclusive uma maternidade, fazendo com que os partos naturais fossem direcionados para outro serviço, além de ser referência para partos de risco, o que tende a aumentar a taxa de cesarea.²⁶

Os dados qualitativos mostram que a qualidade técnica da assistência é reconhecida. Foi destacado que a ausência de indicadores de mortalidade no rol do convênio não é relevante, pois o hospital possui taxas estáveis destes indicadores, e sua interpretação é difícil, em função da complexidade da assistência do hospital. Indicadores de satisfação do usuário são mais úteis como instrumento de avaliação da qualidade da assistência. Este mostrou a espera para atendimento como inadequada, em função do elevado tempo.²⁷

Para a avaliação da efetividade da gestão, não foi utilizado dado quantitativo, impossibilitando a avaliação comparada. Entretanto, é possível trazer à discussão importantes aspectos percebidos pelos entrevistados, como a manutenção da oferta de serviços, porém com dificuldade na oferta de consultas e vagas de internação, em função dos limites contratuais e estruturais do hospital.

Em relação ao uso de indicadores e metas contratuais foi destacada a importância para a gestão. Entretanto, críticas foram feitas a indicadores de primeira consulta, “produtivistas” e financeiros. É compreensível tal crítica uma vez que a falta de revisão deste quantitativo ao longo do acompanhamento anual, e em função da dinâmica da demanda, tornaria a análise meramente cartorial e de caráter anuente, não se prestando a finalidade de ponderar a oferta e a demanda, com adequação no Plano Operativo Anual. Além disso, falhas na pontuação do alcance da meta foram apontadas, sendo um viés recorrente observado na atuação das comissões de acompanhamento. Algumas vezes o erro de confundir um provável potencial da instituição de atingir a meta analisada, em função de uma presumível boa qualidade gerencial percebida pelos integrantes, ou por um bom desempenho histórico da instituição, endossaria tal comportamento inadequado.^{27,28}

Outro aspecto foi a importância das reuniões da comissão de acompanhamento, percebidas como importante espaço de discussão, onde os assuntos foram tratados com transparência, organização, abertura para reivindicações e críticas, conferindo qualidade à gestão do convênio, apesar de momentos de tensão e falta de resolução frente aos problemas apontados em reunião. As reuniões de acompanhamento são fundamentais e decisivas para a qualidade da gestão do convênio. É o momento de colocar na mesa o que está sendo percebido como desenvolvimento do POA e dos imperativos contratuais, e portanto do cumprimento das metas. Também é o espaço de compartilhar experiências e percepções do desempenho global da assistência e da gestão. É o momento de se redefinir rumos e estratégias.²⁷

Quanto à visão geral da efetividade da gestão, a maioria dos entrevistados tem a percepção de que o contrato de metas trouxe melhorias para a gestão do hospital e da qualidade da assistência, apesar de críticas apontaram para e gestores não qualificados, falta de processos de trabalho, de envolvimento em níveis de rede, da participação de pessoas pouco representativas na gestão. Esta percepção ambígua da mudança de gestão contratual é observada

em outros trabalhos que também utilizaram dados qualitativos. Pode ser parcialmente explicado por um amplo conceito de gestão contratual, que engloba o planejamento, viabilização de objetivos, elaboração das metas, alocação de recursos, monitoramento e avaliação do desempenho. Portanto, não se espera visões uniformes, em qualquer instituição hospitalar.^{24,27}

Para a avaliação da eficiência o valor médio pago por internação de média complexidade e o tempo médio de permanência apresentaram tendência de queda, porém sem variação significativa. No caso do primeiro, é necessário considerar a defasagem dos valores repassados aos hospitais, causa de parte do subfinanciamento da saúde, pois a correção da tabela de referência não é feita com a necessidade que os custos hospitalares impõe. Entretanto, isto pode trazer viés de interpretação do indicador, uma vez que estaria sendo prestado uma mesma qualidade de assistência, com menos recursos. Quanto ao número de colecistectomias videolaparoscópicas, houve aumento significativo, o que é desejável, uma vez que se trata de intervenção menos invasiva e com eficácia equivalente ao procedimento convencional, mostrando possível melhoria na gestão da oferta deste serviço. Entretanto, poderia apenas acompanhar tendência universal de se utilizar procedimento menos invasivo e maior facilidade técnica, sendo uma opção do médico assistente e não uma consequência da gestão.^{23,24,27,29}

Os dados qualitativos trouxeram informações a respeito do subfinanciamento do SUS, sendo destacado o subfinanciamento da tabela de procedimentos. É crítica recorrente e pertinente entre gestores do SUS, pois quando se compara outros sistemas de saúde no modelo Beveridgiano, como o canadense, inglês, espanhol, percebe-se que os recursos do SUS são muito inferiores, na comparação per capita e corrigidos pela paridade do dólar, além de que os investimentos públicos em saúde estão aquém do necessário³⁰

Quanto ao teto financeiro, destacaram que é fator limitante, tornando a gestão financeira um desafio, devido a custos crescentes pela evolução da inflação, impactando na eficiência; o custo do hospital é elevado e superior aos recursos que o convênio recebe. É uma percepção

compartilhada por parte significativa dos gestores de hospitais públicos. A limitação contratual de alocação de recursos, aliado a limitação em acompanhar a dinâmica dos custos hospitalares, em um país em que a instabilidade econômica é a regra, traz dificuldades na gestão financeira. As revisões contratuais geralmente são feitas a cada cinco anos, e via de regra não acompanham as necessidades de custos.^{28,29}

Por outro lado, alguns entrevistados perceberam que o hospital tem tido bons resultados na gestão financeira, pela atuação em pregões de compra. Fazer mais com menos é uma citação recorrente por gestores com demanda crescente. E as estratégias de mercado, baseadas na concorrência, muitas vezes é saída encontrada.

Na comparação dos dados de eficiência, percebe-se associação entre variação sem significância de indicadores quantitativos e recursos insuficientes. Pode-se dizer que em função da limitação do financiamento, não seria esperado melhorias no desempenho dos números, uma vez que um depende quase que invariavelmente do outro. Entretanto, e aparentemente de forma paradoxal, o melhor desempenho de um indicador quantitativo poderia estar associado a maior oferta do serviço, mesmo com restrições orçamentárias.

A literatura tem mostrado que o novo modelo de gestão, baseado em desempenho, tem trazido mudanças para hospitais públicos de ensino, como alocação de recursos atreladas a metas, permitido transparência na prestação de contas, melhoria da assistência impulsionada pela pesquisa de satisfação dos usuários e atuação das comissões intra-hospitalares, conhecimento maior do SUS e melhoria na qualidade da assistência.^{24, 27}

Entretanto, resultados desfavoráveis têm sido preponderantemente observados, como a política que não conseguiu produzir uma nova lógica de gestão, complacência em relação a postura dos gestores no acompanhamento das metas, com precário funcionamento das comissões de avaliação, a não incorporação de novos recursos para ampliação de serviços ao SUS, frágil associação entre contratualização e mecanismos de inserção na rede,

desconhecimento da contratualização, recursos físicos, humanos e a taxa de ocupação hospitalar entre os hospitais contratualizados e não contratualizados sem diferenças significativas, e que a implantação desta política não produziu resultados esperados.^{18, 23, 25, 27}

Considerações finais

A análise dos dados sugere que a implantação da modalidade de convênio de gestão com a SES-SP não trouxe mudanças significativas na qualidade da assistência à saúde ou na gestão hospitalar. A análise estatística mostra uma tendência de melhoria em sete dos nove indicadores, mas com nível de significância para apenas dois deles. Em contrapartida, dois indicadores mostraram tendência de piora no seu desempenho, sendo um deles estatisticamente significativo. Em relação aos dados qualitativos, podemos inferir que os entrevistados perceberam melhora na efetividade da gestão, sem entretanto haver melhoria que pudesse claramente ser depreendida das falas, quanto às demais subdimensões. Na análise integrada dos dados quantitativos e qualitativos observou-se concordância para a maioria dos dados analisados, com os dados qualitativos corroborando o que os quantitativos mostraram: a maioria não mostrou mudança significativa, na comparação antes e depois da mudança de modelo.

Bibliografia

- 1 Akerman M, Furtado, FP, organizadores. *Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos - Série Atenção Básica e Educação na Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p.
- 2 Machado RC, Forster AC. Avaliação de um modelo de contratualização de dois hospitais filantrópicos de São José do Rio Preto/SP. *Espaço para a saúde – Revista de Saúde Pública do Paraná* 2017;18 (1): 81-89.
- 3 Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde debate* 2017; 41, n. Especial: 118-137.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: uma análise do processo de implantação da contratualização.

- Série C: Projetos, Programas e Relatórios [Internet]. 2012. [Acessado: 2024 08 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantropicos_2003_2010.pdf
- 5 São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES). VI Seminário de Avaliação de Desempenho dos Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo [Internet]. 2018. [Acessado 2023 jun 09]. Disponível em: <<https://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/seminario-apresentacao.php>>
 - 6 Creswell JW. *Pesquisa de métodos mistos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Penso; 2013.
 - 7 São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo [Internet]. 2023. [Acessado em: 2023 mai 30]. Disponível em: < <https://site.hcrp.usp.br/hcfmrp-em-numeros/>>.
 - 8 São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Relatório de atividades [Internet]. 2022. [Acessado em: 2024 ago 10]. Disponível em: <https://site.hcrp.usp.br/wp-content/uploads/2023/05/Relatorio-de-Atividades-HCRP-2022.pdf>
 - 9 Rede Interagencial de Informação para a Saúde. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2a ed. Brasília: OPAS; 2008.
 - 10 Associação Paulista de Medicina (APM). *Compromisso com a Qualidade Hospitalar*. 3º Caderno de Indicadores CQH. São Paulo: APM/CREMESP; 2009.
 - 11 Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde [Internet]. [acessado 2023 jun 1]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br>
 - 12 União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS). *Manual da Ficha Técnica dos Indicadores do Programa*. São Paulo: UNIPLUS; 2018.

- 13 Bernal JL, Cummins S, Gasparrini A. Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol*. 2017; 46(1):348-355.
- 14 Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (1): 17-27.
- 15 Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª Edição. Lisboa: Edições 70; 2015.
- 16 Franco MLPB. *Análise de conteúdo* [e-book]. 1ª Edição. Campinas, SP: Editora Autores Associados; 2021.
- 17 Fetters MD, Freshwater D. Publishing a Methodological Mixed Methods Research Article. *Journal of Mixed Methods Research* 2015; 9(3): 203–213.
- 18 Andreazzi MFS, Gomes LS, Pérez MA, Azevedo NRP, D'almeida L. Um olhar exploratório sobre hospitais universitários federais selecionados segundo modelos de gestão de 2012 a 2017. *Rev. gest. sist. Saúde* 2021; 10(3), 238-252.
- 19 Lobo MSC, Silva ACM, Lins MPE, Fizman R. Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):437-45.
- 20 Brizola JB. *Gestão hospitalar: análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde* [Dissertação]. Londrina (PR): Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Londrina; 2010.
- 21 Balderrama P, Gleriano JS, Henriques SH, Ferreira JBB, Alves LR, Chaves LDP. Health management: assessment of access to regional System. *J Nurs UFPE* [periódico na internet]. 2019 Apr [Acessado 2023 jun 20]; 13(4):933-42. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/236966/31765%3B>
- 22 Martins M, Lima SML, Andrade CLT, Portela MC. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Cien Saúde Colet* 2019; 24(12):4541-4554.
- 23 Lima SML, Rivera FJU. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de

Saúde brasileiro. *Cien Saúde Colet* 2012; 17(9):2507-2521.

- 24 Azevedo JMR, Barbosa MA, Teixeira RAG, Chaves EO. Aspectos identificados no processo de contratualização em um hospital público de ensino. *Atas CIAIQ2019* 2019; vol 2.
- 25 Ferlin M. *Avaliação dos Hospitais Universitários Federais sob Gestão Compartilhada Com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)* [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas; 2020.
- 26 Antunes MB, Rossi RM, Pelloso SM. Relação entre risco gestacional e tipo de parto na gravidez de alto risco. *Rev Esc Enferm* 2020; 54: 1-9.
- 27 Nogueira DL, Lira GV, Albuquerque IMN, Linhares MSC. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Rev Bras Educ Med* 2015; 39 (1):151-158
- 28 Chioro A, Andreazza R, Furtado LAC, Araújo EC, Nasser MA, Cecílio LCO. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? *Cien Saúde Colet* 2021; 26(11):5691-5700.
- 29 Liberatti VM, Pedro DRC, Costa RG, Pissinati PSC, Marcon SS, Hadda MCFL. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. *Trab. Educ. Saúde* 2020; 18 (3): 2-10.
- 30 Marques RM, MENDES A. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. *Economia e Sociedade* 2012; 21(2): 345-362

Os gráficos apresentam três linhas: a preta corresponde ao número de casos efetivamente levantados, a azul à tendência esperada pela inferência estatística com a mudança do modelo de gestão contratual e a laranja à tendência esperada pela inferência estatística, caso não houvesse a mudança do modelo de gestão contratual. A linha tracejada vertical corresponde ao início do novo modelo.

Apêndice 1. Acesso

Figura 1. Número de casos e tendências de internação hospitalar antes e após o novo convênio

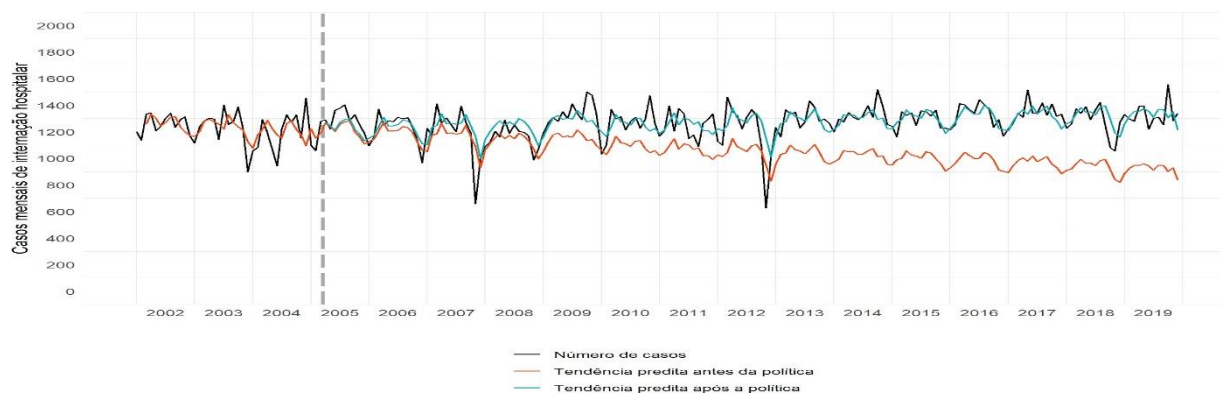
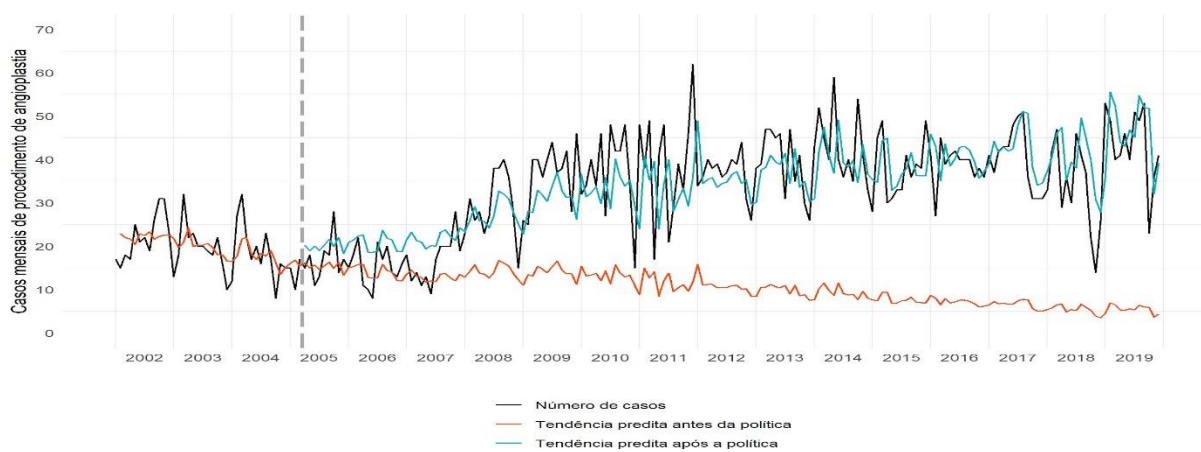


Figura 2. Número de casos e tendências de angioplastias antes e após o novo convênio



Fonte: autores

Apêndice 2. Efetividade.

Figura 3. Número de casos e tendências de óbito institucional antes e após o novo convênio

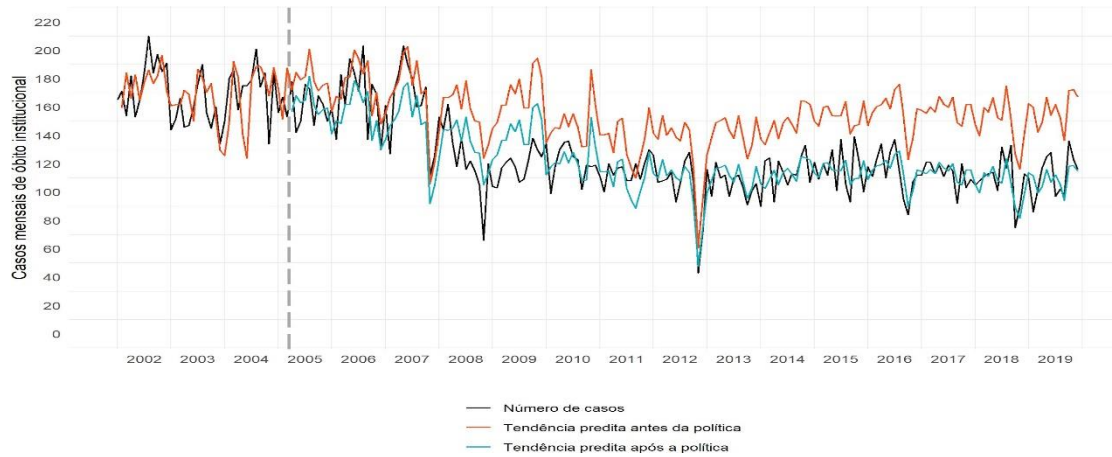


Figura 4. Número de casos e tendências de óbitos por IAM antes e após o novo convênio

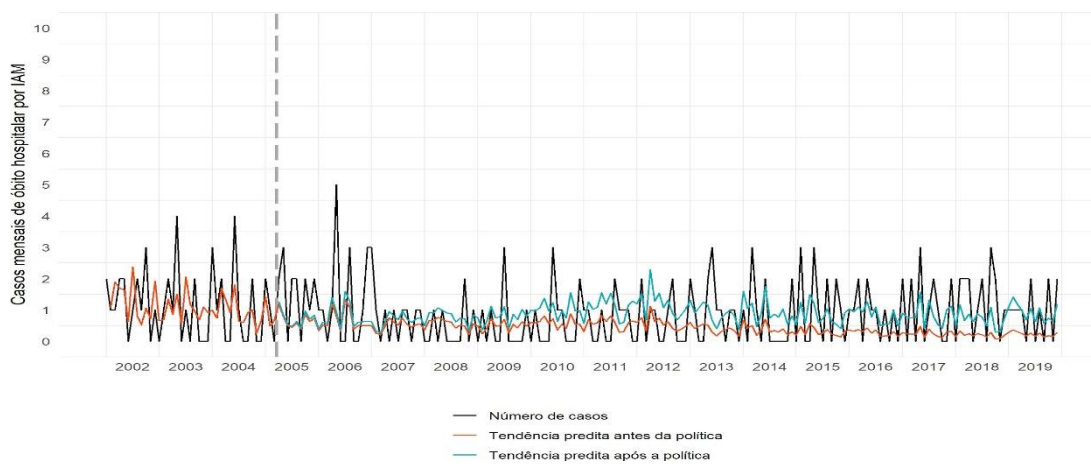
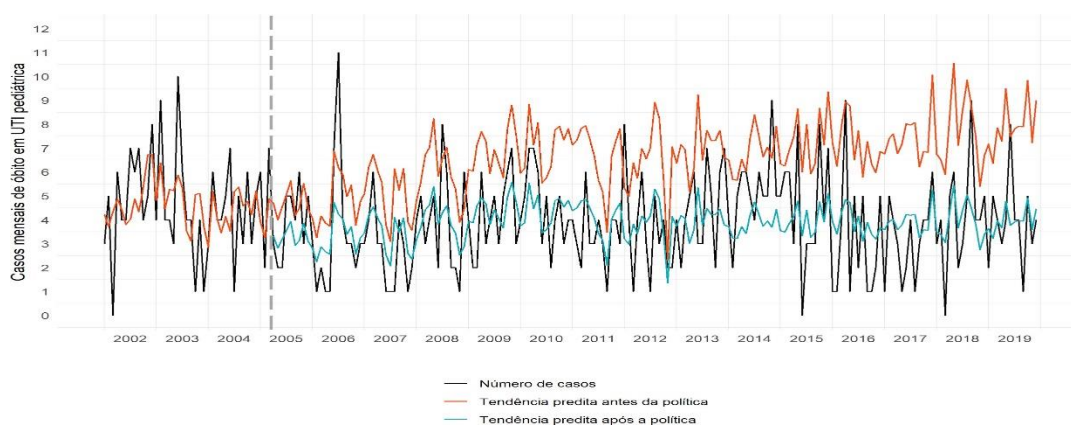
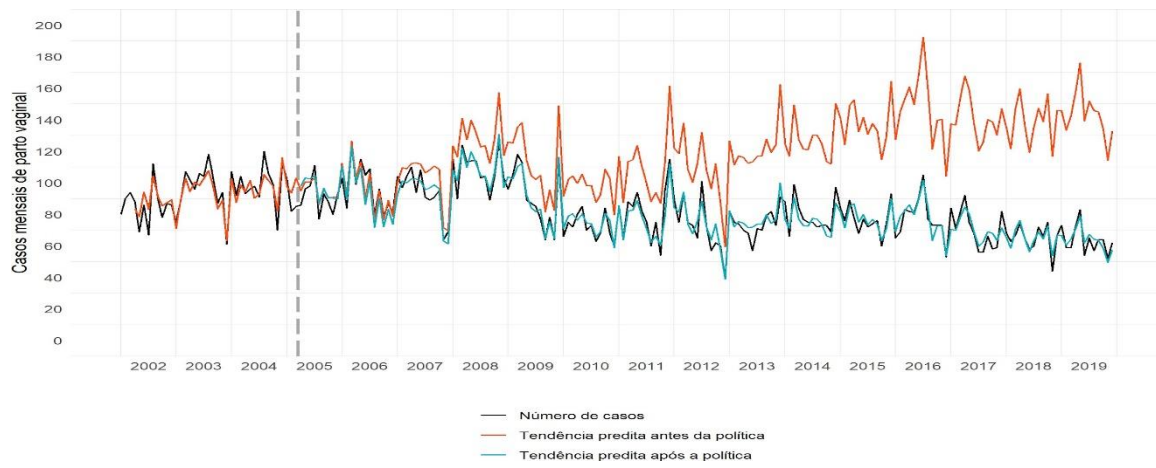


Figura 5. Número de casos e tendências de óbitos em UTI pediátrica antes após o novo convênio



...continuação apêndice Efetividade

Figura 6. Número de casos e tendências de partos vaginais antes e após o novo convênio



Fonte: autores

Apêndice 3. Eficiência

Figura 7. Valor médio pago por internação de média complexidade antes e após o novo convênio

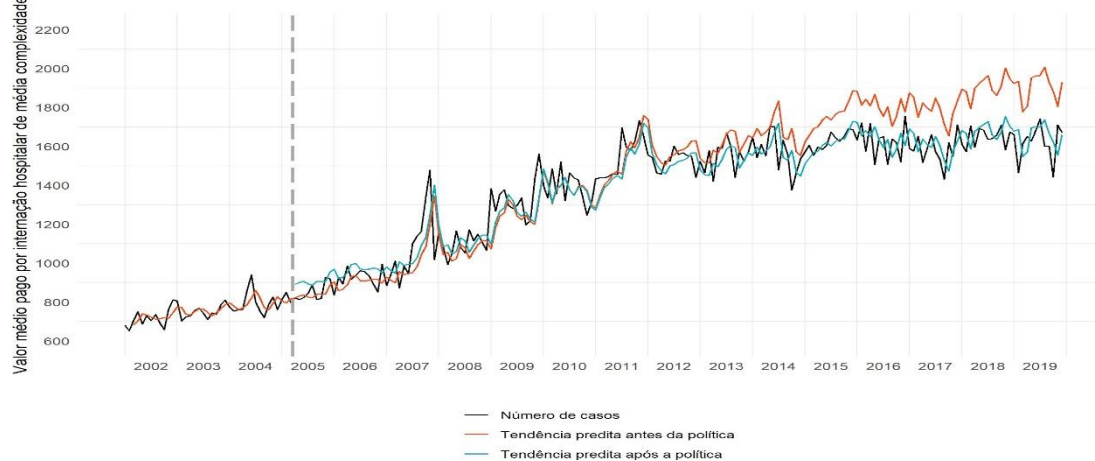


Figura 8. Tempo médio de permanência hospitalar antes e após o novo convênio

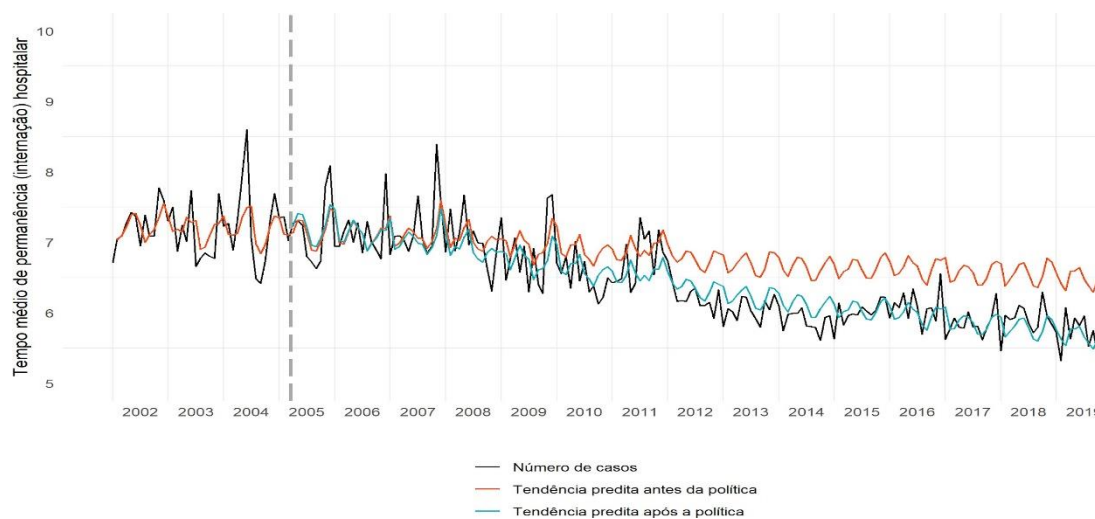
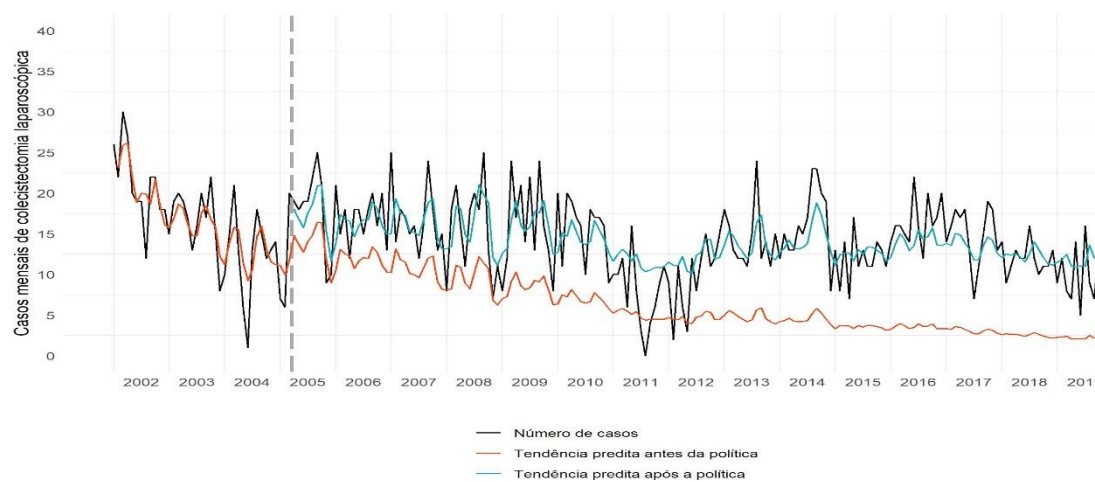


Figura 9. Número de casos e tendências de colecistectomia videolaparoscópica antes e após o novo convênio



Fonte: autores

Quadro 1. Integração dos dados -quantitativos e qualitativos

Integração dos dados quantitativos e qualitativos			
	Qualitativo	Quantitativo	Interpretação comparada dos dados
		Acesso aos serviços hospitalares	
Efetividade da gestão e da assistência	<p><u>Efetividade da oferta de serviços</u> Mantém oferta de serviços constante, mas dificuldade na gestão da oferta de consultas e internação, em função dos limites contratuais e estruturais</p>	<p><i>Mortalidade hospitalar por IAM</i> Valor-p = 0,605</p>	Os indicadores de mortalidade não apresentaram variações significativas e não foram percebidos como relevantes pelos entrevistados, que reconheceram a limitação desse instrumento em refletir mudanças na qualidade da assistência. Houve concordância entre a percepção dessa limitação e o comportamento dos indicadores, ao longo do período de pesquisa. Quanto aos partos vaginais, os entrevistados não se posicionaram, evidenciando desatenção a um indicador que apresentou comportamento inadequado. Outros indicadores, embora não calculados quantitativamente, foram reconhecidos como importantes para o meio ambiente e a cultura organizacional, mas sem impacto na assistência efetiva.
	<p><u>Importância das metas e uso de indicadores</u> A importância das metas como instrumento de gestão. Entretanto, falhas na pontuação. Importância dos indicadores para controle, prestação de contas, planejamento; críticas a indicadores “produtivistas”, de custo médio e quantidade de atendimento.</p>	<p><i>Partos vaginais</i> Valor-p = 0,015</p>	
	<p><u>Contribuições e dificuldades das reuniões de avaliação</u> Importante espaço de discussão, transparência, organização, abertura para reinvidicações e críticas. Entretanto, falta de resolução de problemas</p>	<p><i>Mortalidade institucional</i> Valor-p = 0,374</p>	
	<p><u>Efetividade e desafios da gestão na contratualização</u> O contrato de metas trouxe melhorias para a gestão e qualidade da assistência, com maior direcionamento das ações, regulamentação, pactuação, organização e ações baseadas em evidências. Críticas ao modelo tradicional de gestão. Entretanto, críticas de administração por interesses, gestores não qualificados, falta de envolvimento em níveis de rede, participação de pessoas pouco representativas.</p>	<p><i>Mortalidade em UTI pediátrica</i> Valor-p = 0,768</p>	
Eficiência na assistência e gestão	<p><u>Descompasso entre a percepção do financiamento e custos do HCRP</u> O subfinanciamento do SUS, em relação à tabela de procedimentos e ao teto financeiro, limita a oferta de serviços, pois o custo é elevado e superior aos recursos recebidos para o custeio.</p>	<p><i>Colecistectomia Laparoscópica</i> Valor-p = 0,031</p>	Percebe-se concordância na variação sem significância de dois indicadores quantitativos e recursos insuficientes citados pelos entrevistados. Conclui-se que a limitação do financiamento percebida corroborou a falta de melhorias no desempenho dos números, uma vez que um depende quase que invariavelmente do outro. Entretanto, o melhor desempenho de um indicador com significância pode estar ligado à percepção de que para alguns, os gestores estão tendo bom desempenho, mesmo com restrições orçamentárias
	<p><u>Visão positiva e negativa da gestão financeira</u> Entrevistados ligados à gestão do HC, relataram bons resultados na gestão financeira (gestão de preços e insumos). Outros destacaram dificuldades a gestão financeira dos custos hospitalares, que não acompanham a inflação.</p>	<p><i>Valor médio pago por internação hospitalar (SUS) de média complexidade</i> Valor-p = 0,231</p>	
		<p><i>Tempo médio de permanência hospitalar</i> Valor-p = 0,236</p>	

Fonte: autores

Contribuição de autoria:

Machado, RC : conceptualização, investigação, administração do projeto, recursos, escrita – rascunho original.

Chaves, LP : escrita – análise e edição.

Soárez, PC: escrita – análise e edição.

Forster, AC: escrita – análise e edição, validação.

Conflito de interesses

Os autores do manuscrito declaram não haver qualquer conflito de interesses, seja de natureza econômica, política, acadêmica, pessoal, ou qualquer outro que possa comprometer a lisura do trabalho.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.