



Universidade Federal
de São João del-Rei

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI



PROFIAP

MESTRADO PROFISSIONAL EM
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

MESTRADO PROFISISONAL EM
ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA
PROFIAP

BRUNO ROCHA CAMPOS

**A GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO:
Desafios e proposições**

São João del-Rei

2022



Universidade Federal
de São João del-Rei

BRUNO ROCHA CAMPOS



**A GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO:
Desafios e proposições**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração Pública – PROFIAP, da Universidade Federal de São João del-Rei, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Administração Pública.

Área de concentração: Administração Pública.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Pablo Luiz Martins

São João del-Rei

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C198g Campos, Bruno Rocha.
A GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO: :
Desafios e proposições / Bruno Rocha Campos ;
orientador Pablo Luiz Martins. -- São João del-Rei,
2022.
185 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Mestrado
Profissional em Administração Pública - PROFIAP) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2022.

1. Acreditação. 2. Qualidade. 3. sistema de saúde.
4. Administração Pública. 5. hospital. I. Martins,
Pablo Luiz, orient. II. Título.



MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA – PROFIAPI

Ata da defesa de Mestrado do Programa de Mestrado em Administração Pública - Profiap

No dia 11 do mês de outubro do ano de 2022, às 9:00 horas, por meio de sistema virtual, reuniram-se os membros da banca examinadora composta pelos professores doutores Pablo Luiz Martins (presidente da banca/UFSJ), Magna Leite Carvalho (membro externo/UNINCOR), Maria Aparecida Curi (Membro externo/UNIFAL) e Caroline Miria Fontes Martins (Membro interno/UFSJ), a fim de argüirem o mestrando Bruno Rocha Campos, cujo trabalho intitula-se “A GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO: desafios e proposições.”, sob a orientação do professor Pablo Luiz Martins. Aberta a sessão pelo presidente da mesma, coube ao candidato expor o tema de sua pesquisa, dentro do tempo regulamentar, sendo em seguida questionado pelos membros da banca examinadora. Tendo dado as explicações que foram necessárias, os membros da banca consideraram a Dissertação de Mestrado:

(X) aprovada

() não aprovada, devendo ser realizada nova defesa no prazo regimental.

Recomendações da Banca:

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
gov.br PABLO LUIZ MARTINS
Data: 11/10/2022 10:56:23-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Pablo Luiz Martins (Presidente/UFSJ) _____

Documento assinado digitalmente
gov.br MAGNA LEITE CARVALHO LIMA
Data: 11/10/2022 15:44:11-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Magna Leite Carvalho (membro externo/UNICOR) _____

Documento assinado digitalmente
 CAROLINE MIRIA FONTES MARTINS
Data: 11/10/2022 11:37:59-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Caroline Miria Fontes Martins (Membro interno/UFSJ) _____

Documento assinado digitalmente:
 BRUNO ROCHA CAMPOS
Data: 11/10/2022 15:20:15-0300
Verifique em <https://verificador.itl.br>

Candidato: Bruno Rocha Campos _____

São João del-Rei, 11 de outubro de 2022.

Dedico este trabalho à minha esposa Olívia
e ao meu filho Bruno Aquiles.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre abençoar as minhas escolhas.

Aos meus pais, Mário e Maria, por fomentarem desde cedo essa incessante curiosidade e me proporcionarem condições para meus estudos. Aos meus irmãos Pablo e Matheus, pelos conselhos e pelo incentivo.

À minha esposa Olívia, pelo companheirismo, paciência, dedicação e por me proporcionar o melhor presente da minha vida. Ao meu filho Bruno Aquiles, que nasceu em meio a tantas tribulações e enche meu coração de amor e alegria, pois foi a criança mais desejada desse mundo inteiro.

Agradeço ao meu orientador Pablo, sempre parceiro e sábio, que acreditou em mim e me ofereceu seu tempo e seus conhecimentos.

A todas as professoras e professores que me proporcionaram aprendizados que levarei para a vida.

Agradeço aos colegas e amigos do curso pela incrível troca de experiências.

Enfim, agradeço a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram com essa etapa da minha vida. Gratidão!

“A qualidade nunca se obtém por acaso; ela é sempre o resultado do esforço inteligente.”

John Ruskin

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral realizar um diagnóstico situacional do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo (HRBJA) para identificar possíveis entraves na implantação da Gestão da Qualidade. Como objetivos específicos, a pesquisa pretende levantar e analisar as evoluções das estruturas, dos serviços e do financiamento do SUS; diagnosticar o cenário e os procedimentos da Gestão da Qualidade em Saúde; realizar um diagnóstico situacional do HRBJA; além de elaborar uma proposta de intervenção que auxilie o HRBJA no processo de implantação da Gestão da Qualidade. Para isso, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de natureza aplicada, exploratória, bibliográfica e documental, classificada como um estudo de caso, cuja base se deu por uma investigação empírica. O contexto do estudo partiu do cenário da evolução do SUS no Brasil e passou ao hospital estudado em seu panorama geral e, especificamente, às auditorias realizadas com a finalidade de diagnosticar a Gestão da Qualidade no HRBJA. Os resultados apontam para a fragilidade do processo existente, em razão das diversas restrições estruturais. Ficou evidenciado que o HRBJA iniciou, de maneira embrionária, o processo de Gestão da Qualidade desde 2014. Entretanto, as auditorias internas realizadas pelo hospital apontam para a necessidade de maior atenção ao processo de divulgação e utilização dos instrumentos gerenciais por parte das equipes. Os apontamentos indicam que os instrumentos gerenciais são utilizados de maneira insuficiente, além de uma baixa divulgação do processo de Gestão da Qualidade. Como medidas propostas para subsidiar a instrumentalização do processo de gestão no HRBJA, observa-se a necessidade de estruturação do escopo da Qualidade, a construção do macroprocesso do hospital, a capacitação dos servidores e o desenvolvimento das ferramentas da Qualidade.

Palavras-chave: Acreditação; Qualidade; sistema de saúde; Administração Pública; hospital.

ABSTRACT

The present study has as general objective to carry out a situational diagnosis of the Regional Hospital of Barbacena Dr. José Américo (HRBJA) to identify possible obstacles in the implementation of Quality Management. As specific objectives, the research intends to raise and analyze the evolution of the structures, services and financing of the SUS; diagnose the scenario and procedures of Quality Management in Health; perform a situational diagnosis of the HRBJA; in addition to preparing an intervention proposal that helps HRBJA in the process of implementing Quality Management. For this, qualitative research was carried out, of an applied, exploratory, bibliographic and documentary nature, classified as a case study, based on an empirical investigation. The context of the study started from the scenario of the evolution of the SUS in Brazil and passed to the hospital studied in its general panorama and, specifically, to the audits carried out with the purpose of diagnosing Quality Management in the HRBJA. The results point to the fragility of the existing process, due to the various structural restrictions. It was evident that the HRBJA started, in an embryonic way, the Quality Management process since 2014. However, the internal audits carried out by the hospital point to the need for greater attention to the process of dissemination and use of management tools by the teams. The notes indicate that the management instruments are used insufficiently, in addition to a low dissemination of the Quality Management process. As proposed measures to support the instrumentalization of the management process in the HRBJA, there is a need to structure the scope of Quality, the construction of the hospital's macro process, the training of servers and the development of Quality tools.

Keywords: Accreditation; Quality; health system; Public Administration; hospital.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de construção de políticas públicas	29
Figura 2 – Ciclo das políticas públicas	30
Figura 3 – Tipos de coerção, tipos de políticas públicas e tipos de políticas	32
Figura 4 – Principais marcos históricos da Saúde Pública no Brasil	46
Figura 5 – Princípios do SUS e suas relações	48
Figura 6 – Trajetória da descentralização do SUS nos anos 90.....	50
Figura 7 – Componentes de um sistema de saúde	69
Figura 8 – As eras da Qualidade.....	83
Figura 9 – Princípios da Qualidade	84
Figura 10 – Custos da Qualidade.....	86
Figura 11 – Modelos de administração pública no Brasil	89
Figura 12 – Organização Nacional de Acreditação – ONA	94
Figura 13 – Selos de Certificação ONA.....	96
Figura 14 – Hospitais acreditados ONA por Região – 2022.....	98
Figura 15 – Tipos de pesquisa científica	102
Figura 16 – Tela do TabWin®	105
Figura 17 – Figura metodológica.....	108
Figura 18 – Macrorregiões de Saúde em Minas Gerais	110
Figura 19 – Macrorregião Centro Sul	111
Figura 20 – Microrregião de Saúde de Barbacena.....	112
Figura 21 – Unidades da Rede FHEMIG.....	116
Figura 22 – Mapa Estratégico 2020-2023 – FHEMIG	118
Figura 23 – Organograma do HRBJA	120

Figura 24 – Fluxo do Acordo de Resultados – FHEMIG	125
Figura 25 – Metodologia de Custos por Absorção FHEMIG	129
Figura 26 – Organograma do HRBJA com Centros de Custos – 2021	130
Figura 27 – Fluxograma da proposta de intervenção	144
Figura 28 – Etapas para a implantação da Acreditação	146

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Total de hospitais SUS por ano – 2005-2021	52
Gráfico 2 – Distribuição de hospitais SUS por NJ – 2005-2021	53
Gráfico 3 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por ano – 2005-2021	53
Gráfico 4 – Variação de hospitais SUS por NJ, por ano – 2005-2021.....	54
Gráfico 5 – Distribuição de hospitais SUS por Região entre 2019 e 2021	55
Gráfico 6 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por Região – 2019	55
Gráfico 7 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por Região – 2021	56
Gráfico 8 – Distribuição de hospitais SUS por estado – 2021	56
Gráfico 9 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por estado – 2021	57
Gráfico 10 – Total de leitos SUS por ano – 2005-2021	58
Gráfico 11 – Distribuição de leitos SUS por NJ – 2005-2021	59
Gráfico 12 – Percentual de leitos SUS por NJ, por ano – 2005-2021	59
Gráfico 13 – Variação de leitos SUS por NJ, por ano – 2005-2021	60
Gráfico 14 – Distribuição de leitos SUS por Região entre 2019 e 2021	61
Gráfico 15 – Distribuição de leitos SUS por NJ, por Região – 2019.....	61
Gráfico 16 – Distribuição de leitos SUS por NJ, por Região – 2021.....	62
Gráfico 17 – Distribuição de leitos SUS por estado – 2021.....	62
Gráfico 18 – Percentual de leitos SUS por NJ, por estado – 2021.....	63
Gráfico 19 – Percentual de hospitais e leitos SUS por NJ, por estado – 2021.....	63
Gráfico 20 – Estimativa populacional no Brasil – 2001-2021	64
Gráfico 21 – Estimativa populacional do Brasil, por Região – 2021	65
Gráfico 22 – Percentual de população estimada por Região – 2021	66
Gráfico 23 – Distribuição da população estimada por estado – 2021	67

Gráfico 24 – Leitos disponíveis e população estimada por estado – 2021.....	68
Gráfico 25 – Gastos com saúde per capita em US\$, por país – 2019.....	72
Gráfico 26 – Certificações ONA por tipo de instituição – 2022.....	97
Gráfico 27 – Hospitais certificados ONA por natureza jurídica – 2022.....	97
Gráfico 28 – IDH de municípios da Microrregião de Barbacena – 2010.....	113
Gráfico 29 – População SUS dependente Macro Centro Sul – 2019-2021	115
Gráfico 30 – Resultados do Pacto de Gestão Participativa 1ª etapa – 2020-2021..	126
Gráfico 31 – Distribuição dos CC do HRBJA por grupos – 2021.....	131
Gráfico 32 – Evolução dos custos hospitalares do HRBJA – 2010-2021	131
Gráfico 33 – Percentual de custos do HRBJA por item de custos – 2021.....	133
Gráfico 34 – Percentual de custos HRBJA por item de custos – Jan/21-Dez/21	133

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contribuições dos pais fundadores da área de políticas públicas	27
Quadro 2 – Tipos de coerção e tipos de políticas públicas	32
Quadro 3 – Definição dos princípios do SUS	47
Quadro 4 – Sistemas de Saúde dos países selecionados	70
Quadro 5 – Conceitos de qualidade	79
Quadro 6 – Prioridades associadas às abordagens da qualidade	80
Quadro 7 – A evolução da Qualidade	82
Quadro 8 – Os pilares da Qualidade em Saúde.....	91
Quadro 9 – Principais impactos da Qualidade em Saúde	92
Quadro 10 – Características das organizações certificadoras e acreditadoras.....	93
Quadro 11 – Níveis de certificação ONA e seus requisitos.....	95
Quadro 12 – Estudos sobre a Gestão da Qualidade em Saúde.....	99
Quadro 13 – Missão, Visão e Valores da FHEMIG	117
Quadro 14 – Grupos de Centros de Custos	129
Quadro 15 – Estruturas físicas – TabWin®	162
Quadro 16 – Filtros de seleção de gastos com saúde	163
Quadro 17 – Mapas assistenciais	164
Quadro 18 – Critérios de pesquisa no TabWin®.....	165

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Gasto público com saúde em % dos gastos totais – 2000-2019	70
Tabela 2 – Gasto público saúde em % dos gastos totais saúde – 2000-2019	71
Tabela 3 – Gasto total per capita e gasto total como % do PIB – 2019	73
Tabela 4 – Gasto público e privado em saúde – 2019	74
Tabela 5 – Total de instituições certificadas ONA – 2022	96
Tabela 6 – Média salarial e % da população ocupada Microrregião de Barbacena – 2020	113
Tabela 7 – Cobertura EAB e ESF – Microrregião de Barbacena – dez/2020.....	114
Tabela 8 – Total de profissionais do HRBJA por categoria – Dez/2021	122
Tabela 9 – Produções ambulatoriais e hospitalares do HRBJA – 2019-2021	123
Tabela 10 – Resultados do Pacto de Gestão Participativa 2ª etapa – 2020-2021 ..	127
Tabela 11 – Custos hospitalares HRBJA por item de custos – 2019-2021	132
Tabela 12 – Resultados da auditoria da Gestão da Qualidade HRBJA – 2020.....	136
Tabela 13 – Resultados “Parcialmente Conforme” e “Não Conforme”	137

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH's	Autorizações de internação hospitalar
ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
ANC 87-88	Assembleia Nacional Constituinte de 87-88
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BPA's	Boletins de produção ambulatorial
CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CC	Centros de Custos
CF/88	Constituição Federal de 1988
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DataSUS	Departamento de Informática do SUS
EAB	Equipes de Atenção Básica
ESF	Equipes de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HIMSS	<i>Healthcare Information and Management Systems Society</i>
HRBJA	Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo
IAP's	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISQua	<i>International Society for Quality in Health Care</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organization</i>
NJ	Natureza jurídica
NOB's	Normas Operacionais Básicas
OHSAS	<i>Occupational Health and Safety Management</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONU	Organização das Nações Unidas
PROFIAP	Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional
PROUNI	Programa Universidade para Todos
SBA	Sistema Brasileiro de Acreditação
SES	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TabWin®	Tabulador de Dados para <i>Windows</i> ®

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 Os problemas públicos e as políticas públicas	26
2.1.1 A construção de políticas públicas	28
2.1.2 Tipos de políticas públicas	31
2.2 A Saúde Pública	34
2.2.1 História da Saúde Pública no Brasil: da Colônia até 1988	35
2.2.2 A Saúde Pública no Brasil após 1988: o Sistema Único de Saúde	42
2.2.3 A relevância do SUS	51
2.2.4 Os desafios do SUS	74
2.3 Qualidade	78
2.3.1 A Gestão da Qualidade	80
2.3.2 O Setor Saúde e a Gestão da Qualidade	90
2.3.3 Qualidade em Saúde e a ONA	94
3 METODOLOGIA	101
3.1 Caracterização do estudo	102
3.2 Coleta e análise de dados	104
3.3 Universo da pesquisa	107
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	109
4.1 Diagnóstico situacional do HRBJA	109
4.1.1 O cenário epidemiológico	109
4.2.2 Panorama geral do hospital	115
4.2.3 Resultados dos Pactos de Gestão Participativa	124

4.2.4 Evolução dos custos hospitalares.....	128
4.2.5 Auditorias internas para a Qualidade.....	134
5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	138
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS.....	152
APÊNDICE A – Detalhamento dos filtros de pesquisa do TabWin®.....	162
APÊNDICE B – Produto da dissertação: plano de ação	166
ANEXO A – Parecer técnico FHEMIG.....	168
ANEXO B – Formulário de auditoria interna – FHEMIG.....	170
ANEXO C – Formulário de macroprocesso – FHEMIG.....	174
ANEXO D – Mapa de processos – FHEMIG	175
ANEXO E – Cadeia cliente-fornecedor – FHEMIG.....	176
ANEXO F – Procedimento operacional padrão – FHEMIG.....	177
ANEXO G – Relato de não conformidade – FHEMIG	178
ANEXO H – Plano de ação – FHEMIG	179
ANEXO I – Matriz de risco – FHEMIG.....	180
ANEXO J – Matriz de registro – FHEMIG.....	185

1 INTRODUÇÃO

A relação entre o ser humano e a vida – principalmente no que toca o desejo de permanecer vivo – enseja admiração em razão da sua perenidade no curso da linha do tempo. Essa busca pela manutenção da vida, que também pode ser compreendida como uma luta contra a morte, remete às sociedades mais antigas da humanidade (ALVES, 2014).

Do prisma da Psicanálise, vislumbra-se uma relação constante e intrínseca ao indivíduo, caracterizada pela fusão entre os impulsos de morte e de vida, na qual são maiores os impulsos de vida conforme se desenvolvem os indivíduos. A ampliação dessa relação dicotômica se estende ao conjunto sociocultural à medida que o desenvolvimento humano se aperfeiçoa (BICUDO, 2019).

No curso natural dessa evolução, a humanidade desenvolveu os hospitais, instituições especializadas em executar procedimentos voltados aos tratamentos de saúde, cuja etimologia remonta ao radical latino *hospes*, que significa hóspede, compreendido como o local onde se recebiam pessoas para promoção de tratamentos de saúde (BRASIL, 1965).

Em razão dessa natureza, a sociedade contemporânea direcionou para este tipo de estrutura a realização de tratamentos de saúde, na expectativa de aumentar as possibilidades de permanecer vivo, seja no encaminhamento das gestantes para a realização dos partos de seus filhos, seja nos tratamentos curativos como forma de prolongamento da vida.

Com isso, vislumbra-se que a vida e as organizações de saúde possuem a seguinte relação: são nos hospitais que muitas vidas se iniciam; neles são realizadas tentativas de prolongamento para muitas pessoas e, também, são neles que, muitas das vezes, a vida tem o seu fim.

Nesse sentido, depreende-se que, ao longo de suas vidas, muitas pessoas podem vir a se relacionar com os hospitais de alguma maneira, seja para buscar tratamento para si, seja para o acompanhamento de familiares ou de pessoas próximas.

Por essa razão, observa-se a importância dos hospitais para a sociedade contemporânea, uma vez que são nessas estruturas que acontecem as conduções de casos daqueles que necessitam e procuram atendimento (GONÇALVES, 1998), principalmente daqueles cujo tratamento dependa necessariamente de uma estrutura na qual possam ser realizadas internações.

A identificação da necessidade de uma estrutura que receba pacientes por um período implica no entendimento acerca da magnitude do que é uma estrutura hospitalar: como o paciente internado depende majoritariamente das ações da organização na qual ele se encontra, ante as eventuais limitações em se manter sozinho durante o período de internação, percebe-se que, além dos cuidados assistenciais de equipes multidisciplinares, ao paciente internado também são ofertadas refeições, vestuário e acomodações, além de todo o aparato administrativo indispensável ao funcionamento de um hospital.

Isto posto, vislumbra-se que o funcionamento de um hospital é a consequência dos serviços prestados por tipos distintos de organizações: restaurante, hotel, serviços de diagnóstico, laboratório, transporte, logística, farmácia, obras e reformas, além da atuação das equipes assistenciais (GONÇALVES et al., 2012).

De maneira generalizada, diante das possibilidades de comparação hoje existentes, o acesso a produtos e serviços possibilita ampliar o nível de exigência dos clientes, justificado pela democratização do acesso à informação (RODRIGUES, 2016).

Especificamente, o acesso a serviços de saúde mais eficazes e a demanda por organizações hospitalares mais efetivas também se inserem nesse contexto, diante da necessidade de melhoria dos serviços prestados em razão das demandas dos clientes (GALDINO et al., 2016), independentemente dessas organizações possuírem natureza jurídica privada ou pública.

Ao considerar o necessário para otimizar os processos de trabalho nas organizações hospitalares, vislumbra-se na Gestão da Qualidade um cenário favorável (com a utilização de instrumentos de controle e mensuração de resultados) desenvolvido por intermédio da utilização de ferramentas de controle e validados por uma agência certificadora que utiliza critérios objetivos e sistemáticos de avaliação,

balizados por um conjunto padronizado de ações (KOUSGAARD; THORSEN; DUE, 2019).

A premissa da acreditação é de que a utilização de ações padronizadas baseadas em evidências otimiza os resultados qualitativos da organização, melhora a segurança dos serviços executados e aumenta a percepção dos usuários de que o serviço ofertado atende a padrões de qualidade (ALMASABI; THOMAS, 2017).

Ante o exposto, o presente estudo parte da hipótese de que as melhorias trazidas pela Gestão da Qualidade impactam positivamente na efetividade das organizações de saúde.

O interesse do pesquisador pelo setor público se iniciou em 2005, quando ingressou na graduação em Direito, por meio do Programa Universidade para Todos (PROUNI), uma política pública que amplia o acesso ao ensino superior e à formação profissional.

A Saúde Pública passou a ser uma área de interesse a partir de 2008, quando o pesquisador ingressou no quadro de servidores efetivos do estado de Minas Gerais na função de auxiliar administrativo na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), lotado no HRBJA. Em 2010, concluiu sua graduação em Direito, mesmo ano em que foi designado para a Coordenação de Gestão Estratégica, função na organização responsável pelo planejamento, monitoramento dos resultados e gestão de custos.

Em 2014, tornou-se bolsista pela FHEMIG em uma especialização em Acreditação em Saúde, iniciada em 2015 e concluída em 2016, que fomentou ainda mais o interesse por otimizar os resultados do hospital. Também no ano de 2015 iniciou uma especialização em Direito Empresarial, concluída em 2017. Em 2016 iniciou uma graduação em Administração, concluída em 2019 e também iniciou uma especialização em Gestão Pública, concluída em 2018, na qual teve seu primeiro contato com as teorias que envolvem a Administração Pública.

Em 2018, iniciou uma graduação em Administração Pública, com a finalidade de compreender melhor o contexto do Setor Público. Em 2019, iniciou o Mestrado Profissional em Administração Pública em Rede Nacional (PROFIAP), pela

oportunidade de aprofundar seus estudos na área – mesmo ano em que iniciou uma especialização em Docência no Ensino Superior, concluída em 2021.

Em 2020, sua função no HRBJA passou a ser a de Assessor de Gestão Estratégica e Qualidade, o que oficializou as rotinas da Gestão da Qualidade dentro das atribuições de sua competência na organização.

Assim, o principal interesse do pesquisador é aprimorar seus conhecimentos e, concomitantemente, subsidiar a organização na qual é servidor e grato por todas as oportunidades, com um instrumento que contribua com seus processos e melhore os serviços prestados aos seus clientes.

A organização escolhida para o estudo, portanto, é o HRBJA, um hospital público, 100% conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), parte da FHEMIG. É referência da Macrorregião de Saúde Centro Sul, que conta com uma população estimada de 787.099 habitantes.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa com a proposta de estudar o HRBJA foi submetido à apreciação da Gerência de Ensino e Pesquisa da FHEMIG e foi obtida sua aprovação por parte do Núcleo de Apoio ao Pesquisador, conforme Parecer Técnico nº 261/2021 (Anexo A).

Especificamente, o HRBJA não possui certificação. Os processos de Gestão da Qualidade aparentemente são realizados de maneira embrionária e em poucos setores, razão pela qual existe a lacuna que possibilita a realização deste estudo.

Diante do cenário apresentado, que envolve a busca por melhorias nos serviços públicos hospitalares prestados e por otimização dos processos de gestão do serviço público, far-se-á necessário responder à questão: qual a situação da organização estudada em relação aos requisitos de implantação da Gestão da Qualidade?

Como forma de responder à questão trazida no problema de pesquisa, estabeleceu-se o objetivo geral do estudo: realizar um diagnóstico situacional do HRBJA para identificar possíveis entraves na implantação da Gestão da Qualidade. Diante da necessidade de realização de ações voltadas para a consecução do objetivo geral estabelecido, foram delineados e propostos seguintes objetivos específicos:

- ✓ Levantar e analisar as evoluções das estruturas, dos serviços e do financiamento do SUS;
- ✓ Diagnosticar o cenário e os procedimentos da Gestão da Qualidade em Saúde;
- ✓ Elaborar uma proposta de intervenção que auxilie o HRBJA no processo de implantação da Gestão da Qualidade.

A fim de orientar as ações, a proposta consistiu na construção de fluxos de implementação que porventura sejam identificados na teoria analisada e sua comparação com o diagnóstico da organização estudada, para analisar os pontos positivos, baseado em diagnósticos integrados com proposições de intervenção e, a partir daí, construir um direcionamento voltado para o HRBJA.

Os diagnósticos da organização de saúde que foram elaborados no estudo, bem como os instrumentos produzidos serão destinados a subsidiar a gestão do HRBJA com o auxílio técnico e teórico, com o objetivo de promover facilitadores no curso do processo de estruturação da Gestão da Qualidade.

Este produto final do estudo se alinha ao estabelecido pelo Regimento Nacional do PROFIAP, que disciplina a forma de execução do programa e estabelece, em seu artigo 20, as possibilidades de abordagens trazidas pela dissertação, dentre elas o plano de ação (ANDIFES, 2021).

Ante o caráter revisional do estudo, cuja ênfase é a consulta a informações secundárias da organização, de caráter administrativo e financeiro e que não possuem envolvimento com seres humanos, entende-se que não existem riscos associados à prestação de serviços assistenciais.

Justificado pelo anseio dos clientes em receberem os melhores serviços dos órgãos que integram a esfera pública, bem como da busca de melhoria na alocação de recursos públicos, verifica-se a relevância do tema nos âmbitos econômicos e sociais. A possibilidade de melhoria trazida pelo produto do presente estudo poderá impactar diretamente a população da Macrorregião de Saúde Centro Sul.

Do ponto de vista administrativo, em face da necessidade de estruturação e da implementação de ferramentas que sejam exequíveis no campo da Administração Pública, identificam-se como benefícios da pesquisa o mapeamento

da estrutura organizacional, o que possibilitará o desenho do atual momento da organização e os direcionamentos necessários para a promoção de melhorias nas rotinas existentes.

Este processo torna-se possível com a instrumentalização das rotinas e dos processos de trabalho – o que subsidia os gestores da instituição no momento de tomada de decisões sob o ponto de vista de conciliação entre a teoria e os instrumentos práticos existentes, além de possibilitar o desenvolvimento de uma estruturação que atenda aos requisitos da Gestão da Qualidade e que possibilite a otimização de processos e a adequação da alocação de recursos.

A abordagem do tema que trata acerca da Gestão da Qualidade (mais especificamente, da Qualidade no Setor da Saúde) subsidia as discussões na área e caracteriza a ampliação do debate em torno da aplicação teórica ante a necessidade prática, o que contribui positivamente para o debate acadêmico.

Em vista do pouco tempo de existência do atual modelo público de saúde adotado pelo Brasil e da necessidade de aprimoramento e profissionalização da gestão, espera-se que a pesquisa possa fomentar a discussão e embasar os gestores com instrumentos implementáveis que possibilitem o aumento da efetividade da organização pública.

A pesquisa se subdividiu em seis capítulos: além desta introdução, também foram construídos o referencial teórico (que abordou os assuntos políticas públicas, Saúde Pública e Gestão da Qualidade), a metodologia, a análise e discussão dos resultados, a proposta de intervenção e as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo consiste na realização de uma pesquisa bibliográfica acerca dos assuntos que compõem o cerne da pesquisa, em busca do aprofundamento sobre os temas: políticas públicas, sistemas públicos de saúde e suas configurações históricas e atuais no Brasil e Qualidade e Gestão da Qualidade em Saúde.

2.1 Os problemas públicos e as políticas públicas

As diversas interações possíveis aos indivíduos que habitam um determinado território podem ser entre si ou com o Estado resultam em questões e dilemas que necessitam de atenção.

Uma parte dessas demandas constituem apenas as relações denominadas particulares (CEFAÏ, 2017), ou seja, não possuem características inerentes a uma demanda pública. Entretanto, a outra parte necessita da atenção do Estado para o provimento de soluções, uma vez que o problema arguido tem relevância no contexto social, ou seja, os atores sociais responsáveis pelo seu pleito têm interesse na solução destas questões (ALVES; BOULLOSA, 2020).

Essas demandas valoradas pelos atores públicos se apresentam de diversas formas, vinculadas à prestação de serviços pela Administração Pública, empresas privadas com intermediação da administração pública ou por organizações do Terceiro Setor.

Frisa-se que, apesar da necessidade da atenção do Estado, os problemas públicos não devem ser só de sua responsabilidade, uma vez que a efetividade de suas soluções está ligada à pluralidade de atores que delas participam, ante a complexidade de sua natureza (ANDION, 2012).

Nesse sentido, observa-se a existência da área de políticas públicas, uma área de conhecimento responsável por esse debate e que tem em seu alicerce a construção baseada nas teorias de quatro autores (SOUZA, 2003), cujos conceitos estão dispostos no Quadro 1:

Quadro 1 – Contribuições dos pais fundadores da área de políticas públicas

Ano	Autores	Conceito
1936	LASWELL, Harold	Responsável por cunhar a expressão <i>policy analysis</i> (análise de política pública).
1957	SIMON, Herbert Alexander	Responsável pelo conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (<i>policy makers</i>).
1959/1979	LINDBLOM, Charles Edward	Ao questionar a ênfase no racionalismo, ampliou os elementos das políticas públicas para além da racionalidade.
1965	EASTON, David	Idealizou a política pública como um sistema.

Fonte: Adaptado de Souza (2006).

De maneira geral, as conceituações trazidas pelos quatro autores criaram a evolução da área das políticas públicas.

Inicialmente, ao associar a possibilidade de análise da política pública, Laswell ligou os conhecimentos empíricos com os científicos e ampliou a possibilidade de debate entre os atores sociais. Simon, por sua vez, estabeleceu a ideia de que a racionalidade dos decisores possuem limitações, mas que podem ser otimizadas por meio de regras e incentivos na busca por melhores resultados. Lindblom se uniu ao debate e expandiu os quantitativos de variáveis existentes até então para as políticas públicas, o que possibilitou agregar novos fatores como a burocracia, além da racionalidade trazida anteriormente. Por fim, Easton aperfeiçoou o cenário e conceituou a política pública como um sistema com entradas e saídas que interagem com o meio e que, por sua vez, são modificadas por ele (SOUZA, 2006).

Em termos gerais, não existe um consenso sobre o conceito de políticas públicas. Para Dye (2013), políticas públicas associam-se às ações promovidas (ou não) pelo governo.

Saravia (2006) estabelece seu conceito como um direcionador das decisões públicas cuja finalidade é a interferência para buscar equilíbrio social. Complementarmente, Parada (2006) associa a essência da expressão ao estabelecimento de um objetivo democrático e de soluções participativas que envolvam os vários segmentos da sociedade.

De maneira sintetizada e respeitada a polissemia do termo, pode-se compreender políticas públicas como as ações realizadas pelos atores sociais para ofertar respostas aos problemas públicos que foram pautados na agenda pública.

2.1.1 A construção de políticas públicas

São várias as possibilidades no campo das políticas públicas; elas podem se relacionar com a prestação de serviços de saúde, com a execução de obras públicas (construção de estradas, por exemplo), com atividades de ensino, dentre outras possibilidades.

Seu formato não está restrito à mera execução de bens e serviços, e pode abranger também o reconhecimento de pleitos e anseios vinculados tanto ao direito de determinados grupos de pessoas, quanto práticas de manutenção da esfera de controle e fiscalização de serviços executados pelos entes vinculados ao Estado (RUA, 2014).

Com isso, após a apresentação de uma demanda coletiva e legitimada pelos atores sociais aos gestores públicos (a, então, como um problema público), cabe a estes a criação de soluções que correspondam aos pleitos da sociedade (GOMES; SILVA, 2012).

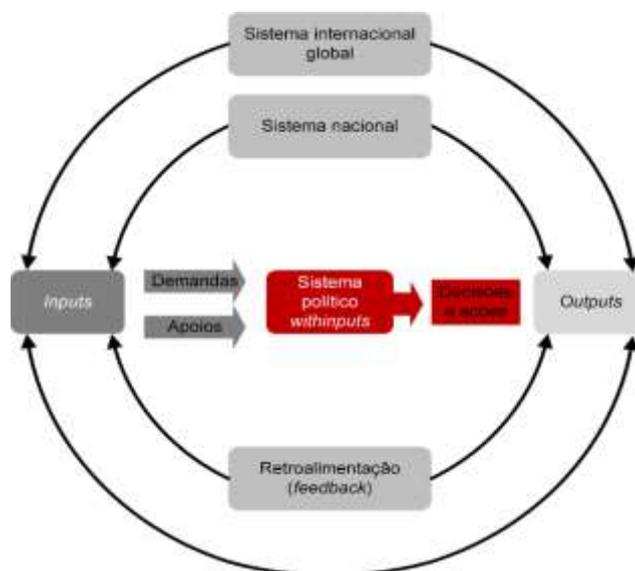
Frisa-se que as diferentes políticas públicas estão inseridas em distintos cenários e são debatidas por diferentes atores (SARAVIA, 2006). Tal distinção permite compreender que cada política pública é única, pois possui diversas variáveis que influenciam na sua construção desde o momento inicial, uma vez que envolvem demandas diferentes, vários tipos de pessoas, momentos distintos e necessidades diversas.

Diante disso, dentre os subsistemas existentes (econômico, social, cultural, político, dentre outros), vislumbra-se um cenário associado aos gestores integrantes do subsistema político – esfera responsável pelas etapas da formação da agenda pública, composição de estratégias para solução dos problemas, definição e implementação das políticas públicas elaboradas (RUA, 2014).

Esse conjunto de ações atreladas à forma de comportamento entre a identificação do problema público, a apreciação da viabilidade na sua solução, bem

como a definição do estabelecimento do resultado desse processamento resultam na adoção do modelo sistêmico proposto por David Easton e adaptado por Rua, conforme Figura 1:

Figura 1 – Modelo de construção de políticas públicas



Fonte: Rua (2014, p. 31).

A construção das políticas públicas, então, se dá por meio das entradas (*inputs*) que surgem pelas demandas e por apoios para o sistema político, cujas saídas (*outputs*) são as decisões e as ações.

Esse eixo de construção também tem suas entradas e saídas alimentadas pelos sistemas nacionais e globais, e é retroalimentado pelas respostas obtidas dos atores sociais (*feedback*), além dos próprios impactos que as entradas e as saídas infringem uma na outra.

Assim, verifica-se que o modelo sistêmico responsável pelo processamento dos pleitos iniciais dentro do ambiente político tem como resultado a política pública, que é a resposta dada pelo Estado para toda a tramitação do problema público no subsistema político.

Em razão disso, observa-se a importância da compreensão de como se dá essa relação de construção, em vista dos diversos atores que compõem esse ambiente, bem como os embates, muitas vezes densos, promovidos por todos os atores envolvidos neste processo e da necessidade de associação do modelo

sistêmico ao modelo do ciclo de política, a fim de promover a efetividade do processo, conforme Figura 2:

Figura 2 – Ciclo das políticas públicas



Fonte: Rua (2014, p. 33).

Portanto, o fluxo de uma política pública é cíclico e se dá com a formação da agenda, seguida pela definição do problema que passa, então, por uma análise cujo resultado é a formação de alternativas que subsidiam a tomada de decisão, ou seja, a adoção da política. A partir daí, ela passa pelas etapas de implementação e monitoramento, seguidas da etapa de avaliação e, caso necessite, do respectivo ajuste, até que seja sanado o problema público ou que se perca o interesse na continuidade de sua execução.

Frisa-se que a compreensão é de que o modelo não configura um resultado linear, mas a consequência de um ambiente caótico, em face das várias interferências que nele se inserem.

Dentre as etapas previstas no segundo ponto do ciclo (Formação de alternativas e Tomada de Decisão), é importante especificar os conceitos intrínsecos de duas figuras que ali se inserem: a elaboração e a formulação. A elaboração é caracterizada pelo momento preparatório da decisão política. Já a formulação é o momento compreendido entre a decisão política e sua conversão em norma jurídica (SARAVIA, 2006).

Com isso, compreende-se a política pública como uma etapa mais ampla que a decisão final, pois exige ações concatenadas de maneira estratégica para que as

decisões possam ser corretamente implementadas (RUA, 2014). Assim, ela é complexa e pode ser considerada como o resultado do processo político. E, por ser complexa, possui alguns tipos que variam em função de fatores (como os ambientais e os comportamentais, por exemplo).

2.1.2 Tipos de políticas públicas

As decisões políticas têm implicações tanto na vida privada quanto na pública. Por mais que essa relação pareça óbvia, mesmo quando interferem nos sistemas privados ou até desenvolvidas por organizações privadas, as políticas públicas são públicas (RUA, 2014).

Diante das implicações existentes dentro do processo de construção de políticas públicas e seus impactos sociais, Arretche e Marques (2007) descrevem os condicionantes locais, a internacionalização econômica e a implementação e avaliação das políticas públicas como elementos que compõem as relações de construção dessas no cenário brasileiro, por meio da correlação entre o processo de construção das políticas públicas e os organismos que interagem para sua construção e efetivação (atores políticos e o Estado).

Entretanto, mesmo com todas as características acima descritas, por vezes uma demanda social pode não ser a escolhida como objeto. Ocorre que essa resultante pode ser determinada por uma série de variáveis, que mudam conforme o tipo de política que está para ser analisada, com a probabilidade de variação de tantas relações políticas para cada tipo de política (LOWI, 1964).

A complexidade das relações existentes entre os diversos atores políticos classifica as arenas de poder como ambientes onde as disputas são regulamentadas, onde os atores sociais interessados exercerão forças para atingir seus objetivos e onde os interesses do Estado sobrepujam os demais atores (ARELLANO; GARCÍA, 2018).

Compreende-se que essa prioridade exercida pelo Estado se trata do poder de coerção que existe nas relações que se dão com a Administração Pública, uma vez que estas são derivadas do interesse coletivo, que pode sobrepor os interesses particulares.

Nesse sentido, a fim de ampliar a compreensão acerca dessa dinâmica, Lowi (1970) estabeleceu a relação entre os tipos de coerção e os tipos de políticas públicas oriundas das decisões políticas da arena de poder, o que resultou na distribuição das políticas públicas em quatro tipos possíveis: a distributiva, a constitutiva, a regulatória e a redistributiva, conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Tipos de coerção e tipos de políticas públicas

Probabilidade de coerção	Conduta individual	Ambiente da conduta
Remota	Distributiva	Constitutivas
Imediata	Regulatória	Redistributivas

Fonte: Traduzido e adaptado de Lowi (1970, p. 321).

Em termos gerais, pode-se compreender que os quatro tipos possíveis de políticas públicas variam conforme a probabilidade de coerção (remota ou imediata) em que nelas são aplicadas pelos atores que compõem a arena de poder, além do tipo e do ambiente de conduta.

A evolução da aplicação dos conceitos desenvolvidos por Lowi (1972) resultou em uma análise ampliada do tema, com a correlação entre duas diferentes dimensões que compõem as decisões das arenas de poder, conforme Figura 3:

Figura 3 – Tipos de coerção, tipos de políticas públicas e tipos de políticas



Fonte: Traduzido de Lowi (1972, p. 330).

O plano cartesiano expressa as possibilidades existentes de políticas públicas, que podem ser distributivas (no caso da conduta individual e da probabilidade remota de coerção), regulatória (no caso de descentralizada e com probabilidade imediata de coerção), constitutiva (caso associada ao ambiente de conduta e a partidos) e redistributiva (caso tenha a centralização enquanto característica e seja associada a um grupo de interesse público).

Com isso, observa-se uma série de variáveis e de diferentes resultados possíveis em razão da extensão do tema e das múltiplas facetas existentes nas decisões políticas, sobretudo na construção de políticas públicas, ante o envolvimento de vários atores que possuem distintos interesses.

Essa multidisciplinaridade da política pública repercute na economia e na sociedade por ter representantes de diversas áreas que possibilitam a mudança real no cotidiano dos indivíduos, ante a diversidade sócio cultural brasileira (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

A amplitude que permeia o tema possibilita classificá-lo como parte de diferentes áreas. Essa demonstração amplia sua forma de abordagem sem que exista qualquer tipo de incoerência no campo teórico, uma vez que as discussões sobre políticas públicas inicialmente incluídas nas pautas das ciências políticas transitam livremente entre várias outras áreas, pois assume característica holística na sociedade (SOUZA, 2003) e resultam em debates que subsidiam as construções das ordens de priorizações das políticas públicas.

Em termos práticos, a definição da escala de prioridades vale-se dos fluxos de problemas (*problems stream*), que por sua vez direcionam para o fluxo de soluções (*policy stream*) e o fluxo político (*political stream*), e apontam oportunidades de mudanças no conteúdo que compõem a agenda (ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Todo esse processo de escolha, construção e definição das políticas públicas inclui a participação dos diversos atores que, na defesa de seus interesses, podem criar vários conflitos.

Entretanto, são destes embates que resultam as várias linhas que amarram o bem-estar da sociedade e que a liga ao Estado: as políticas públicas de segurança,

educação, meio ambiente, habitação, assistência social, lazer, transporte e, sobretudo, de saúde.

Em vista das diversas possibilidades existentes de problemas públicos, verifica-se a existência de demandas sociais que são atreladas à área da Saúde. Tais demandas podem compreender todo e qualquer problema valorado pela sociedade, cujo objetivo final seja possível de associação ao tema.

No contexto histórico, a Saúde é sempre identificada por ter um grande impacto na sociedade analisada, bem como por refletir o contexto social desta (NUNES, 2000). Muitas vezes, seu reflexo é compreendido pelo aumento (ou redução) das desigualdades sociais identificáveis em uma sociedade, o que justifica a importância da participação social na sua construção e no monitoramento de sua aplicação, como parte de seu mecanismo de funcionamento, pois leva para mais próximo dos usuários as decisões sobre as necessidades locais, o que resulta no ajuste do fluxo de problemas ao promover a solução mais adequada para aqueles usuários.

2.2 A Saúde Pública

A compreensão da necessidade de ter saúde e de evitar o adoecimento enquanto demanda coletiva remonta a tempos antigos da humanidade (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2007). Entretanto, é na história pós 1ª Guerra Mundial que o início da adoção de ações globais com ênfase na solução de demandas coletivas é demonstrado.

Como forma de buscar o entendimento pacífico entre os países após o fim da 1ª Guerra Mundial, um dos resultados da Conferência de Paz de Paris foi a criação, em 1919, da Liga das Nações (ELNECAVE et al., 2020). Entretanto, diversos fatores influenciaram a ineficácia do principal objetivo da Liga: evitar uma nova guerra (CUNHA; MIGON; VAZ, 2014).

Em 1945, após o fim da 2ª Guerra Mundial, a Liga das Nações deu espaço à Organização das Nações Unidas (ONU), fundada por 51 países, dentre eles as principais potências do mundo à época (XAVIER et al., 2007).

Esse rearranjo possibilitou a expansão de uma visão integrada entre um grande número de países, o que possibilitou criar uma convergência de objetivos e ações comuns entre seus integrantes.

Para direcionar suas ações, a ONU criou agências especializadas para cada um de seus objetivos. Para a área da saúde, foi fundada, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS), cujo objetivo é a promoção de saúde ao mais alto nível, de maneira universal (OMS, 2021).

Até então, a concepção do termo “saúde” remetia à ausência de doença (SILVA; SCHRAIBER; MOTA, 2019). A definição trazida pela OMS ampliou essa compreensão, ao associar este conceito à integridade física, social e mental do ser humano (OMS, 2021).

Caso o organismo responsável pela promoção de saúde seja o Estado em conjunto com a sociedade civil, observa-se a formação da concepção de Saúde Pública, que abrange a execução de ações de cunho preventivo e curativo de promoção de saúde para a população (SOUZA, 2014).

Ao longo da história do Brasil, podem ser observadas várias iniciativas ligadas à concepção de Saúde Pública, resguardados os contextos e ressalvadas as limitações de cada época nas quais tais ações estão inseridas.

2.2.1 História da Saúde Pública no Brasil: da Colônia até 1988

No Brasil, observa-se que a evolução do contexto da Saúde Pública é tema complexo e de difícil análise, diante da escassez de trabalhos sobre o tema (NUNES, 2000).

Os primeiros registros demonstram clara distinção entre as camadas sociais da Colônia: enquanto os poucos prestadores de saúde formais dedicavam-se ao atendimento das camadas ricas da sociedade, aos pobres eram destinados cuidados de pessoas predominantemente sem formação (RAMOS; NETTO, 2017) e os serviços de saúde prestados por associações filantrópicas e religiosas, executados por intermédio das Santas Casas de Misericórdia (FERNANDES; SOUSA, 2020).

A relação inicial entre a promoção de saúde e a população brasileira é marcada pelas diversas definições trazidas pela Coroa portuguesa. Para compreender essa relação, é preciso entender as limitações impostas nesse período, ante a proibição da Colônia brasileira sediar cursos superiores – o que dificultava a formação de médicos, ante a necessidade de realização de seus estudos no exterior (MACHADO et al., 1978).

Observa-se que, até então, não havia interesse da Coroa em expandir os polos de oferta de ensino superior para a Colônia por intermédio de instituições de ensino, o que corrobora com a tese de que os planos para o Brasil se restringiam ao processo de exploração.

Nesse cenário, as ações de saúde agrupavam-se em uma estrutura dividida em duas áreas: um órgão responsável pela regulamentação e fiscalização das atuações de pessoas (formadas ou não) que se dedicavam à promoção de curas no Brasil, denominado Fisicatura-mor; e a existência de uma área responsável pela promoção de ações de limpeza para evitar a propagação de doenças, denominadas Câmaras Municipais (GALVÃO, 2012).

Tal estrutura demonstra a real preocupação da época: a promoção de ações voltadas para evitar os óbitos das pessoas, e não para implementar uma cultura de promoção de saúde para a população (MACHADO et al., 1978).

Isso torna clara a ausência de ações de construção de práticas de medicina que se estendessem a todos os habitantes, com o foco apenas naqueles já adoecidos – o que configurou a inexistência de práticas de medicina social (GALVÃO, 2012).

Frisa-se, também, que a extensão não incluía pessoas sem condições financeiras e sem posição social, o que deixava os tratamentos de saúde à época exclusivo para esse perfil social; aos demais, restava os atendimentos promovidos pela filantropia.

A associação do Estado às ideias de práticas de Saúde Pública (frisa-se a incipiência do termo se comparado com seu atual significado) surgiu no século XIX, motivado por uma intervenção cuja pauta incluía a saúde do povo e impulsionado pela chegada da Família Real ao país (MACHADO et al., 1978).

O início da transformação da medicina moderna (com a conversão da concepção de saúde individualizada para Saúde Coletiva) se deu na Europa, mais especificamente na Alemanha (com a normalização do ensino para os profissionais médicos) e na França – com construção das noções de medicina social promovidas pelo Estado a partir do século XVIII, fundamentada pelo movimento de urbanização de suas maiores cidades (FOUCAULT, 1979).

No Brasil, os registros de 1808 descrevem o marco dessa questão com o início da regulação das atividades dos cirurgiões e da criação de escolas médicas no território nacional, com a inauguração da Escola de Cirurgia, na Bahia, e em 1809, no Rio de Janeiro, com o início do curso de anatomia no Hospital Militar (NUNES, 2000).

Inspirado pelo modelo alemão, Portugal instituiu no Brasil a Polícia Médica, cujos objetivos eram voltados para a implantação de teorias, políticas e práticas cujas finalidades voltavam-se para a realização de uma série de ações de saúde de cunho preventivo (GALVÃO, 2012). O principal marco associado à implantação da medicina social se deu em 1829, com a criação, no Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia (NUNES, 2000).

Em 1830, o Rio de Janeiro organizou o seu código de posturas, embasado pelo conhecimento médico de cunho sanitarista construído até aquele momento, com sua posterior promulgação no ano de 1832 (GALVÃO, 2012).

Tais ações constituíram importantes marcos na evolução conceitual do tema Saúde Pública, pois incluiu a concepção da necessidade de interações preventivas como forma de promoção de saúde.

Com o segundo período da Revolução Industrial Brasileira (entre 1808 e 1930), os meios de produção foram influenciados pela necessidade de mudanças voltadas para a inserção do país no capitalismo e com o reflexo na contratação de pessoas para a execução desses trabalhos – o que resultou na associação desses trabalhadores e, conseqüentemente, na reivindicação por eles de melhores condições sanitárias, o que aconteceu entre 1890 e 1920 (NUNES, 2000), um outro marco na história da Saúde Pública no Brasil.

Pertinente ressaltar, também, que o período inicial do século XX foi de grande relevância para o campo científico em razão do início da Administração Científica, com a atribuição de ferramentas voltadas para o estudo estatístico na análise dos fenômenos sociais (BRASIL, 2021b).

Frisa-se um ponto de evolução na concepção de Saúde Pública no Brasil: diante de um cenário de dificuldades sanitárias no Rio de Janeiro, motivado pela epidemia de peste e por doenças tropicais (como a varíola e a febre amarela), justificou-se a criação, em 1900, do Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro (GALVÃO, 2012).

Esse início do século XX no campo da Saúde Pública brasileira é marcado por se tratar de um período no qual o país passou por grandes problemas de ordem sanitária, com as tensões sociais que motivaram o primeiro movimento de enfrentamento, pela sociedade, às ações sanitárias do Estado: a Revolta da Vacina, em 1904 (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1908, motivada pelas necessidades sanitárias identificadas no período, foi promovida uma revisão do Código Sanitário existente, realizada por Oswaldo Cruz, que resultou na reestruturação dos órgãos de saúde e sanitários (BRASIL, 2021b).

Esse período trouxe grandes inovações para a área, mas também trouxe grandes conflitos com a população, uma vez que medidas mais ousadas voltadas para o saneamento envolveram mudanças nos modos de vida da população, principalmente relacionado aos processos de vacinação.

Até o ano de 1923, o principal foco dos atendimentos de saúde englobava os tratamentos até então vistos como desnecessários pelo Estado, com posterior expansão dos serviços associados aos tratamentos mentais, além de tratamento de doenças até então tidas como incuráveis – como tuberculose e hanseníase (CARVALHO, 2013).

Motivado pelo crescimento de movimentos populares divergentes das medidas adotadas pelo Estado, Eloy Chaves propôs a criação de uma lei voltada para a proteção de algumas organizações de trabalhadores, com a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) (OLIVEIRA, 2012) – o que marcou o

início da associação da prestação de serviços de saúde pelo Estado ao vínculo laboral da pessoa a ser atendida (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

Em 1930, por meio do Decreto nº 19.402/30, foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, cujas funções, entre outras, era a de absorver os serviços atrelados à Saúde Pública (BRASIL, 2021b).

Esse período também marcou a alteração da estrutura até então existente, na qual as CAP foram reestruturadas para a adoção dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), com alterações no formato de financiamento, com a inclusão do Estado nessa estrutura de custeio (OLIVEIRA, 2012).

A partir de 1932, houve o início da expansão de serviços de saúde para as regiões Norte e Nordeste do país, motivada pelo convênio com a Fundação Rockefeller, com a finalidade de redução de febre amarela (BRASIL, 2021b).

Na década de 1940, houve nova proposta de reestruturação, por meio da reforma da Saúde Pública Federal (BRASIL, 2021b). Esse período também foi marcado pelo investimento norte-americano, efetivado com a estruturação do Serviço Especial de Saúde Pública (SILVA et al., 2010).

Em 1941, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o objetivo voltado para a adoção de pautas inerentes à adoção de medidas curativas (SANTOS; NEVES; SANNA, 2014).

É importante mencionar que o início das CNS constituiu uma iniciativa que ampliou as discussões sobre Saúde Pública, com a criação de um programa nacional de saúde e com o Programa Nacional de Proteção da Infância.

Em 1948, como marco da Saúde Pública moderna, foi criado o primeiro Conselho de Saúde no Brasil (BRASIL, 2021b). Em 1950, apesar da ausência de registros, ocorreu a 2ª CNS (SANTOS; NEVES; SANNA, 2014).

O ano de 1953 marcou uma revisão da estrutura da Saúde no Brasil, com a criação do Ministério da Saúde (MS), por meio do Decreto nº 34.596/53 (BRASIL, 2021b). Em 1956, ocorreu a criação do Departamento de Endemias Rurais, cuja finalidade associou-se à revisão das formas de controle desse tipo de doenças (OLIVEIRA, 2012).

Em 1963, houve a realização da 3ª CNS, cujo objetivo voltou-se para a análise de diversos modelos de saúde, com a proposição de um modelo que trazia as ideias iniciais de descentralização da saúde (SANTOS; NEVES; SANNA, 2014).

A concepção inicial de um sistema de saúde universal (proposta inserida na 3ª CNS), embasada na ideia embrionária de criação de um sistema de saúde universal e descentralizado, não durou muito tempo. Com o golpe militar em 1964, a proposta concebida na conferência realizada no ano anterior teve sua implementação inviabilizada, ante a mudança substancial no regime de governo (CARVALHO, 2013).

As duas frentes associadas à prestação de serviços de saúde no Brasil encontravam-se em posições desalinhadas, com uma voltada para a nuance das relações empregatícias e a outra com a ênfase nas zonas rurais e nas parcelas menos favorecidas da população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em razão do modelo autoritário adotado pelo governo militar, ocorreu uma redução da participação popular nas ações previdenciárias, o que resultou na piora da prestação de Saúde Pública, sentida mais pela parcela mais pobre da população (SILVA et al., 2010).

A ênfase dada aos serviços de saúde voltava-se para a implantação de um modelo de prestação de serviços de saúde por organizações privadas (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), o que se evidenciou com a proposta do Programa de Interiorização de Ações e Serviços de Saúde (CARVALHO, 2013).

Durante esse período, o entendimento do governo militar era de que os IAP, que eram responsáveis pelos serviços de saúde prestados à população e associados ao regime previdenciário, se encontravam em déficit de receitas, o que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Essa decisão concentrou em um único órgão todas as funções inerentes à previdência e assistência social para os trabalhadores urbanos formais, o que promoveu o aumento da capitalização de recursos financeiros, principalmente devido à ampliação de empregos formais em razão do crescimento econômico no

período conhecido como “milagre econômico”, entre 1968 e 1973 (RAMOS; MADUREIRA; SENA, 2013).

Apesar do impacto financeiro em um primeiro momento, essa política que se justificou sob a racionalização do argumento de promoção de sustentabilidade financeira também resultou em um impacto social primordial na relação até então existente dessa estrutura: a exclusão da participação popular do processo de decisão dos institutos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em razão das decisões tomadas pelo governo militar e em consequência dos equívocos cometidos na criação e implementação de políticas públicas de Saúde nesse período (OLIVEIRA, 2012), houve um aumento da precarização da saúde de grande parte da população, além do agravamento dos problemas associados à desigualdade social (SILVA et al., 2010).

As principais atividades promovidas pela ditadura para a área da Saúde Pública eram alicerçadas apenas nas bases da execução de ações preventivas, de vigilância sanitária e de serviços epidemiológicos – o que fez com que permanesse a necessidade de atividades de assistência associadas à filantropia (RAMOS; NETTO, 2017), e corroborou para a ampliação dos problemas na área da Saúde.

Em razão dessa piora no cenário nacional ao longo dos anos, houve reorganização de uma parcela da população como forma de buscar melhoria dos serviços de saúde recebidos pelos contribuintes, o que culminou, em 1974, na vitória do Movimento Democrático Brasileiro nas eleições, que ficou conhecido como Movimento da Reforma Sanitária (SILVA et al., 2010).

Ocorre que, com o passar dos anos, a substituição estrutural dos IAP pelo INPS provocou uma expansão do leque de beneficiários do serviço, o que impactou na possibilidade de oferta do órgão, até então responsável também pela previdência social dos trabalhadores.

Por esse motivo, em 1977, a gestão da Saúde curativa foi dissociada do regime de previdência e passou a ser gerida pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BAPTISTA, 2007).

No início da década de 1980, com a efervescência das demandas da sociedade associadas às pautas pleiteadas pela classe médica e agravadas pela ineficiência e pela corrupção do modelo de saúde implementado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014), com a crise previdenciária enfrentada no período iniciou-se o processo de descentralização do sistema de saúde, mediante parcerias realizadas entre a previdência e as esferas municipal e estadual, formalizadas com as Ações Integradas de Saúde, em 1982 (CARVALHO, 2013).

O conjunto desses pleitos alicerçaram a criação de um novo modelo de gestão para a Saúde Pública no Brasil, que foi adotado a partir da redemocratização do país.

2.2.2 A Saúde Pública no Brasil após 1988: o Sistema Único de Saúde

Com o fim da ditadura militar, em 1985, os pleitos sociais continuaram a ganhar respostas. Um dos principais marcos do período em termos de construção das bases para a substituição do INAMPS enquanto modelo de atenção à saúde por um sistema universal se deu com a realização da 8ª CNS, em 1986 (SOUZA, 2002).

A realização desse evento contou com a participação de diversos segmentos da sociedade brasileira, que incluiu representantes dos usuários e resultou na definição da saúde como direito fundamental na concepção de cidadania e cujas discussões se tornaram a base para o texto constitucional da Constituição Federal de 1988 (CF/88) (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020).

No ano seguinte, foi instalada no Congresso Nacional a Assembleia Nacional Constituinte de 87-88 (ANC 87-88), convocada com a finalidade de elaborar uma nova Constituição para o Brasil. A proposta de uma Constituição democrática promoveu uma verdadeira revolução nas estruturas do país, com o desafio de expandir a proteção social e extirpar características oriundas do período anterior (COSTA, 2020).

Com o início do processo de redemocratização do Brasil, baseado na estrutura de uma nova Constituição Federal, houve alteração substancial na forma de aplicação de proteção dos direitos sociais no país (PINTO; XIMENES, 2018).

A reestruturação da ordem jurídico-política ocorrida com a promulgação de uma nova Carta Magna expandiu consideravelmente os direitos da população, em contraponto ao período vivido anteriormente. Tamanho se deram as alterações e a ampliação da proteção social que a CF/88 é conhecida como “Constituição Cidadã” (ARAÚJO; JOAZEIRO, 2019).

No universo da Saúde Pública, essa reestruturação oficializou os pleitos já iniciados nas décadas anteriores: a busca por um sistema de saúde que atendesse ao interesse da população, resultado da construção coletiva e com representatividade.

Esse novo cenário, aprovado na ANC 87-88 e guiado por uma Constituição voltada para a proteção social, possibilitou ampliar o direito de acesso a tratamentos de saúde e a buscar a função social do Estado na sua promoção.

Anteriormente à CF/88, a Saúde Pública associava-se ao campo da seguridade e restringia-se aos trabalhadores formalmente constituídos, aos pensionistas e aos dependentes desses grupos. Essa grande alteração redefiniu a Seguridade Social no Brasil e se estendeu às áreas da Previdência, Saúde e Assistência Social (LEITE; FONSECA, 2011).

O novo arranjo trouxe como consequência a reestruturação organizacional do Estado, com a criação de um novo modelo voltado para buscar a efetivação daquela garantia constitucional – o que resultou na criação do SUS.

Tal mudança, alicerçada na redemocratização promovida pela CF/88, proporcionou a substituição do antigo modelo de atenção à saúde trazido pela ditadura militar e caracterizado pela centralização das decisões, pela segregação de grande parcela dos brasileiros, pelo direcionamento da prestação dos serviços para a área da medicina privada e de cunho hospitalocêntrico, e pode ser compreendido como um momento de inflexão ante as novidades trazidas por um sistema diametralmente oposto (DOWBOR, 2009).

Para cumprir a CF/88, uma das ideias basilares abordou uma questão importante e extremamente complexa: a descentralização. Sua importância se dá pela busca de equidade no acesso ao sistema de saúde e nas decisões acerca dos processos de construção das políticas de saúde (LUCHESE, 2003).

Nesse ponto, observa-se o dualismo entre duas realidades completamente distintas: a primeira envolvia a centralização das decisões sobre o sistema de saúde e a segunda aborda justamente seu oposto – a descentralização dessas decisões.

Já a complexidade envolve a mesma perspectiva: as características heterogêneas do Brasil não favoreciam que a descentralização democratizasse o acesso e as tomadas de decisões (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Ressalta-se que, ao longo dos anos, outras categorias profissionais passaram a integrar o INAMPS, o que iniciou uma transição entre os sistemas em um momento no qual ainda não existiam regulamentações para o novo, também impulsionado pela crise no financiamento do INAMPS e pela pressão dos trabalhadores; isso resultou em assinaturas de convênios entre o órgão e governos estaduais, com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, em 1987 (SOUZA, 2002).

Para oficializar e direcionar a execução do previsto pela CF/88, em 1990, o SUS foi regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que estabeleceu as diretrizes, princípios e conceitos para o SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Identifica-se uma clara subdivisão do momento de transição em duas distintas etapas: a implementação de um novo sistema de saúde e a sua consolidação. Na primeira fase, o sistema público de saúde deveria ser ajustado para as novas diretrizes; em um segundo momento, deveriam ser consolidadas as ações previstas para esse sistema, com a finalidade de promover sua consolidação.

Nesse ponto, verifica-se que o novo sistema de saúde se inicia com a importação das estruturas e processos do antigo sistema, com a definição pelo MS de que o INAMPS seria esse elo de transição, razão pela qual ele existiu até 1993, o que trouxe o primeiro desafio para o SUS: um sistema idealizado para ser universal e que herdou uma estrutura com limitações físicas e financeiras (SOUZA, 2002).

Com a promulgação da LOS, o MS publicou uma série de Normas Operacionais Básicas (NOB), nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, como forma de lapidar as estruturas do SUS e regular a descentralização do Sistema (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Em 1994, o Governo Federal instituiu o Programa Saúde da Família, que se tornou a principal ferramenta de transformação da Atenção Primária à Saúde, uma vez que suas ações eram essencialmente compostas por iniciativas de cunho preventivo (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Frisa-se que essa política pública expandiu o acesso à saúde para milhares de brasileiros, o que favoreceu a evolução das demandas que deixaram de ser as mais básicas e passaram por um aumento relativo das suas complexidades que pode ser evidenciado em indicadores como a taxa de imunização da população ao longo dos anos 1990, por exemplo.

Em 2000, o SUS passou a ter um valor mínimo de repasse com a Emenda Constitucional nº 29, que estabeleceu garantia de fontes específicas de financiamento para os municípios, estados e União (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

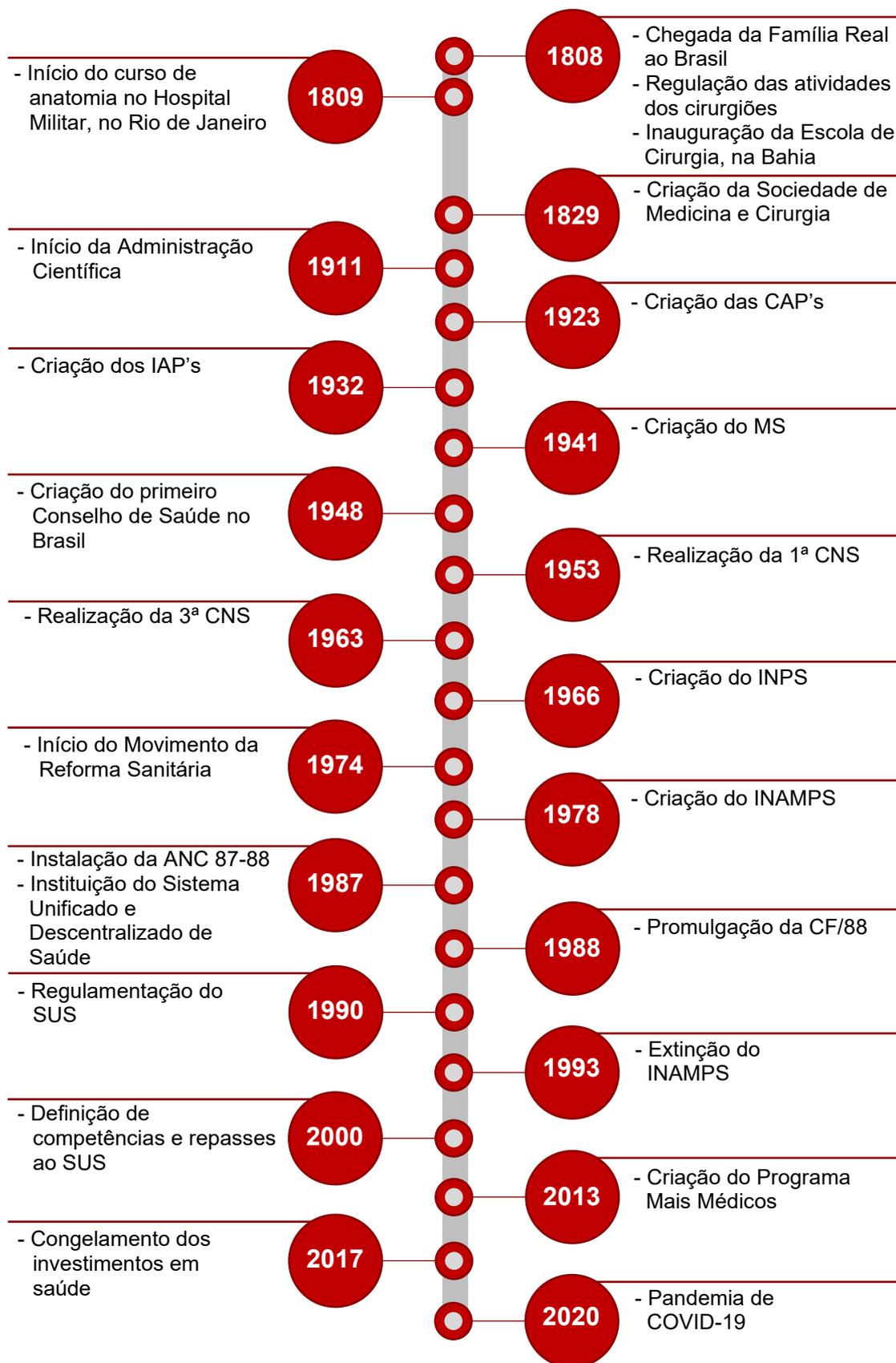
Em 2013, o Governo Federal lançou o Programa Mais Médicos, a fim de ampliar o acesso à saúde para milhares de brasileiros, concretizado pelo envio de médicos para regiões com déficits assistenciais para aumentar o quantitativo de profissionais disponíveis e equacionar a sua distribuição no território nacional (PINTO et al., 2017).

Em 2017, foi aprovado o congelamento das despesas públicas, que limitou os investimentos na saúde aos patamares de 2017 por um período de 20 anos (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Em 2020, a pandemia de COVID-19 chegou ao Brasil (LIMA et al., 2020), causou impactos na economia do país (JUNIOR; RITA, 2020), estrangulou ainda mais o sistema de saúde que já possuía limitações e devastou a nação, com mais de 19 milhões de doentes e um rastro de mais de 550 mil mortos até o momento (BRASIL, 2021a).

A evolução histórica da Saúde Pública no Brasil – do descobrimento à atualidade – caracteriza-se por compor uma robusta mudança nos conceitos de ampliação e desenvolvimento no decorrer dos anos, com os principais marcos históricos associados à prestação de serviços de saúde no Brasil elencados conforme Figura 4:

Figura 4 – Principais marcos históricos da Saúde Pública no Brasil



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Assim, observa-se uma considerável mudança nas políticas públicas de saúde desde a chegada da Família Real ao Brasil, em 1808. Verifica-se que em 200 anos o país evoluiu substancialmente em termos de acesso e expansão, especialmente nos últimos 30 anos, desde a criação do SUS.

Em contraponto aos sistemas de saúde anteriores, o SUS surgiu estruturado em princípios que são divididos em dois núcleos: os doutrinários e os organizativos (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Essa divisão estabeleceu na gênese do modelo de atenção à saúde sua estruturação em um tripé principiológico composto pela universalidade, integralidade e equidade (CARVALHO, 2013).

Para efetivar sua operacionalização, o sistema baseou-se em outros três princípios: a regionalização e hierarquização, a descentralização e comando único e a participação popular (SANTOS; GABRIEL; MELLO, 2020). Cada um dos princípios estruturados do SUS possui sua própria conceituação, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Definição dos princípios do SUS

Princípio	Definição
Universalidade	O direito de acesso à saúde é de todos.
Integralidade	Cada indivíduo deve ter suas necessidades de saúde satisfeitas.
Equidade	As diferenciações entre os sujeitos são observadas, e é dada maior atenção aos que mais precisam.
Regionalização e hierarquização	Considera as delimitações geográficas e os serviços de saúde obedecem à organização do mais simples ao mais complexo, dentro de cada região.
Descentralização e comando único	Estabelece que todos os entes da Federação compartilhem a responsabilidade de financiamento e execução do SUS, e cabe ao município a execução das políticas públicas.
Participação popular	Os conselhos de saúde participam da construção das políticas de saúde, mediante sua inserção como ator político dessa esfera.

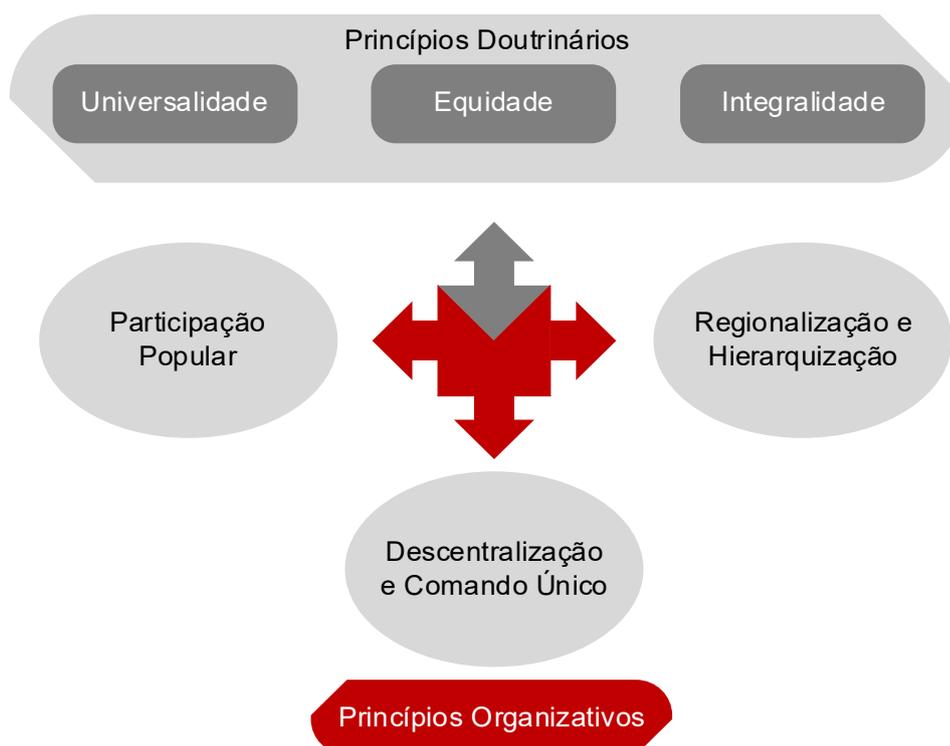
Fonte: Adaptado de Santos, Gabriel e Mello (2020).

Em termos gerais, a subdivisão principiológica do SUS favorece sua estruturação, em face das possibilidades trazidas na sua concepção: a universalidade assegura o amplo acesso; com a integralidade, o atendimento deve ser completo ao indivíduo; a equidade modula as ações proporcionalmente a cada demanda apresentada; a regionalização e hierarquização estabelecem polos para a execução das ações de saúde nas bases de localização geográfica da população; a descentralização e comando único editam as regras de financiamento e de

execução das políticas públicas; e, por fim, o princípio da participação popular assegura aos conselhos de saúde a participação na construção das políticas e ações de saúde.

Assim, observa-se que, em razão de suas definições, os princípios do SUS interagem entre si, com tais relações estruturadas conforme Figura 5:

Figura 5 – Princípios do SUS e suas relações



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Estruturalmente, esses seis princípios do SUS se subdividem em dois tipos de princípios: os doutrinários e os organizativos. Isso implica na compreensão de que a base do sistema público de saúde se dá, de forma doutrinária, como universal, equitativa e integral.

Essa posição é complementada pela forma organizativa que enuncia sobre a necessidade da participação coletiva, da descentralização das ações de saúde e da unicidade do comando, além da perspectiva de abordagem regional e com hierarquia preservada.

A forma como se deu a composição do SUS favoreceu a busca pela redução das desigualdades identificadas anteriormente, pois as normativas vigentes

buscavam expandir o sistema público de saúde de uma maneira jamais vista. Entretanto, o início do SUS na questão inerente ao financiamento dos serviços de saúde executados pelo sistema não promoveu seus efeitos esperados de redução de desigualdade.

Como visto, o atual sistema de saúde herdou várias estruturas do sistema antigo, a ponto de coexistirem por algum tempo. E pode-se vislumbrar que essa herança também se estendeu para a implementação da estrutura inicial do financiamento do SUS.

Por se tratar de uma estrutura de prestação de serviços de saúde como parte do sistema previdenciário, o financiamento dessas ações se dava, até 1993, pelo Ministério da Previdência Social, que, em razão da reforma previdenciária realizada naquele ano, parou de efetuar os repasses, uma vez que a nova estrutura estava atrelada ao MS (BRASIL, 2002).

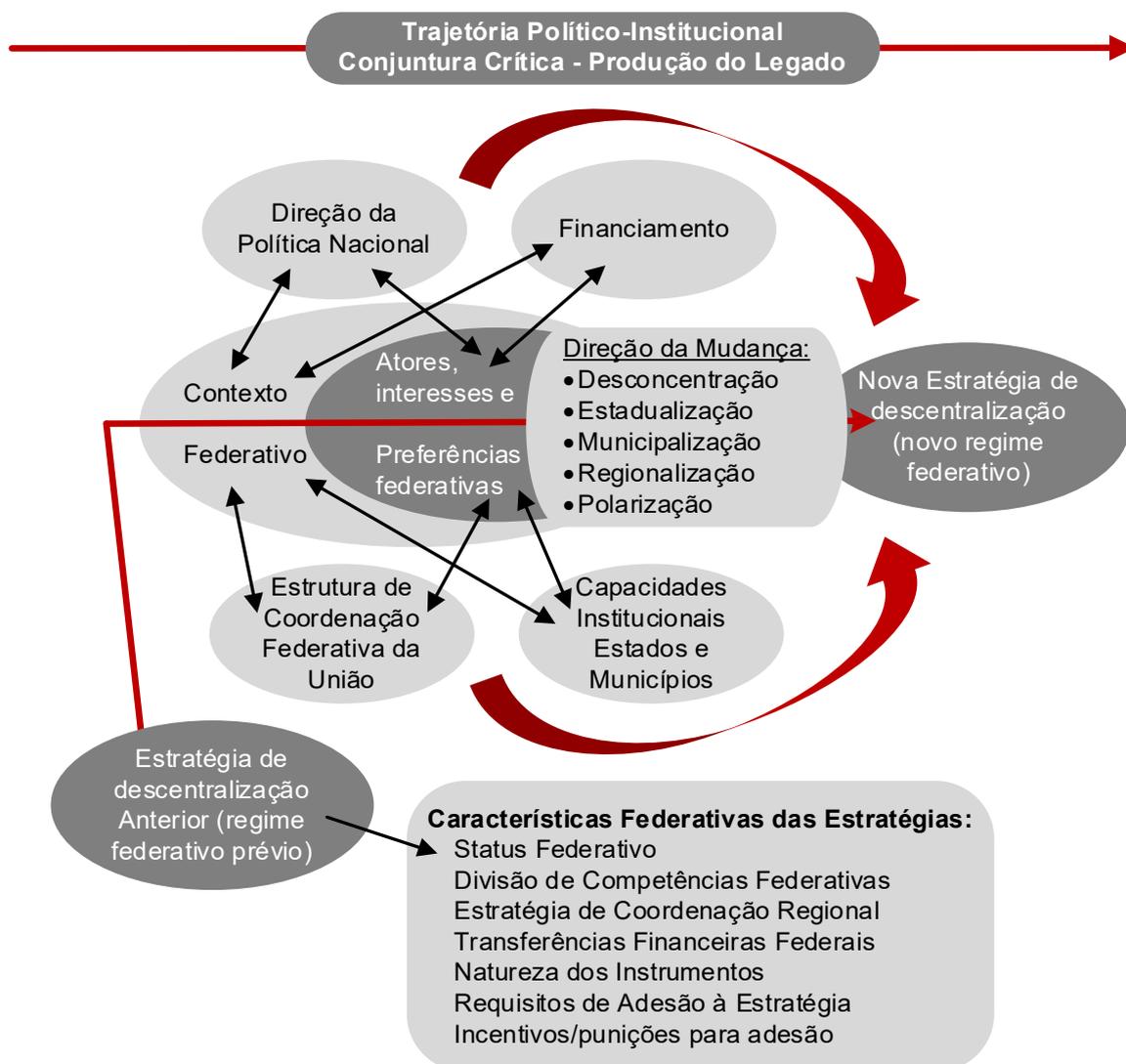
Esse cenário evidenciou um desequilíbrio financeiro ocasionado pela concorrência orçamentária entre as três esferas que anteriormente compunham o INAMPS: Previdência, Assistência Social e Saúde, o que acarretou na falta de recursos financeiros para a Saúde (VIEITEZ; CORAZZA, 2017).

Concomitantemente, havia uma tendência de ampliação na participação de estados e municípios na receita fiscal nesses últimos anos, o que tornou o momento favorável para efetivar a descentralização e culminou na implantação de uma nova forma de monitoramento: as Comissões Intergestores Bipartite (OUVERNEY; FLEURY, 2017).

Com isso, foi possível identificar uma modificação da estrutura institucional e decisória do SUS que se iniciou na proposta idealizada de um modelo federativo na Saúde, estruturados entre gestores e colegiado participativo em cada uma das esferas (BRASIL, 2002).

Essa complexa estrutura foi alterada ao longo dos anos por várias razões, dentre elas as dificuldades inerentes às desigualdades regionais do país e da polarização gerada pela existência de relações mais comuns entre União e municípios (OUVERNEY; FLEURY, 2017), o que constituiu a trajetória da evolução do SUS ao longo dos anos 1990, conforme Figura 6:

Figura 6 – Trajetória da descentralização do SUS nos anos 90



Fonte: Ouverney e Fleury (2017).

O caminho percorrido pela transição da estratégia trazida pelo regime prévio para a nova estratégia de descentralização trazida pelo novo regime federativo envolveu a composição de análise do contexto, cuja composição incluía os atores, os interesses e as preferências federativas

Toda essa esfera foi influenciada diretamente por diversas perspectivas que incluíram as estruturações necessárias, os financiamentos das ações de saúde, as capacidades institucionais de estados e municípios e as direções das políticas, cujas mudanças foram direcionadas para a desconcentração, a estadualização, a municipalização, a regionalização e a polarização.

As alterações entre as formas de descentralização adotadas na prática levaram a um aperfeiçoamento do sistema, cujo ápice se deu com a criação de um instrumento contratual capaz de regular a relação entre os prestadores e os gestores, com a possibilidade de serem objetivamente avaliados.

A partir do surgimento da modalidade de contratualização entre financiador e prestador, houve uma revolução na eficiência e na transparência da prestação de serviço, com a adoção de pagamento de incentivos financeiros que visam melhorar o desempenho e a prestação de contas por parte do prestador; isso constituiu uma evolução adotada por diversos países, uma vez que a instrumentalização possibilita arranjos que contemplam os diversos níveis de atenção e todos os tipos de prestadores e favorece a prestação de contas (LIMA; RIVERA, 2012).

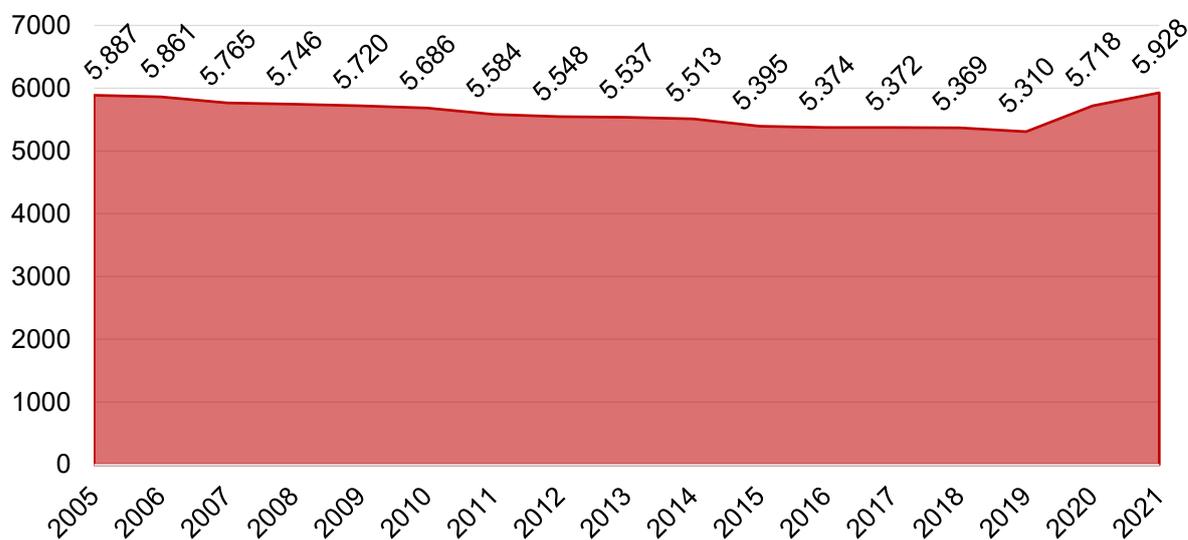
Observa-se, então, uma forma de integrar o financiador e o prestador de maneira a avaliar e remunerar a produção conforme as regras descritas na contratualização e cujas revisões são anuais, por intermédio do Plano Operativo Anual, que se tornou uma ferramenta gerencial de grande relevância.

2.2.3 A relevância do SUS

Toda a estruturação realizada ao longo dos anos possibilitou ao SUS iniciar a etapa de consolidação da sua rede de atenção à saúde. Diante dos parâmetros assistenciais existentes que tratam da estrutura hospitalar disponível para a população por meio do número de hospitais e de leitos existentes para cada 1.000 habitantes, pode-se levantar e analisar os dados de produção existentes no Brasil.

Em vista das informações disponibilizadas pelo MS por meio do Departamento de Informática do SUS (DataSUS), cuja coleta tem início a partir do ano de 2005 e estabelecido como critério os quantitativos referentes aos meses de dezembro de cada ano, observa-se o total de hospitais conveniados ao SUS, conforme Gráfico 1:

Gráfico 1 – Total de hospitais SUS por ano – 2005-2021



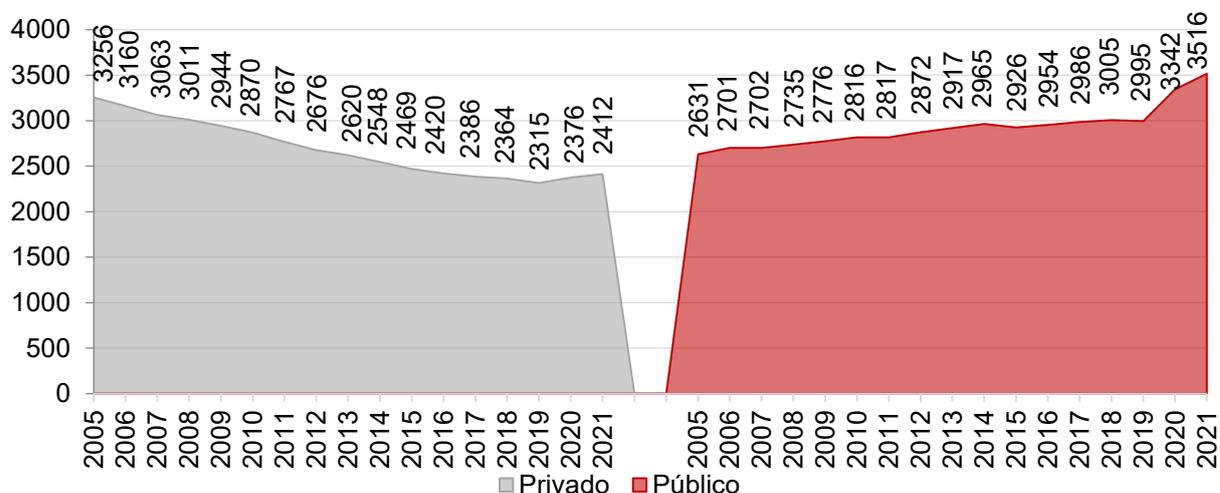
Fonte: Dados do Tabulador de Dados para *Windows*® (TabWin®). Elaborado pelo autor (2022).

Os dados possibilitam identificar uma variação negativa do número de hospitais conveniados ao SUS entre os anos de 2005 e 2019, que passaram de 5.887 (em dezembro de 2005) para 5.310 (em dezembro de 2019), com redução de 9,8%. Entretanto, no período entre 2019 e 2021 houve um acréscimo de 11,63% de hospitais conveniados ao SUS, que passaram de 5.310 para 5.928. Frisa-se que o período citado compreende o período de pandemia, o que pode justificar o aumento.

No período entre 2005 e 2021, por sua vez, houve um acréscimo de 0,69% de hospitais conveniados ao SUS, uma vez que em dezembro de 2005 eram 5.887 estabelecimentos de saúde cadastrados e em dezembro de 2021 o total foi de 5.928 hospitais cadastrados.

Diante dessa variação, como forma de avaliar de maneira mais detalhada e identificar a distribuição desses hospitais entre os que são de natureza jurídica (NJ) pública e privada, observa-se o resultado conforme Gráfico 2:

Gráfico 2 – Distribuição de hospitais SUS por NJ – 2005-2021

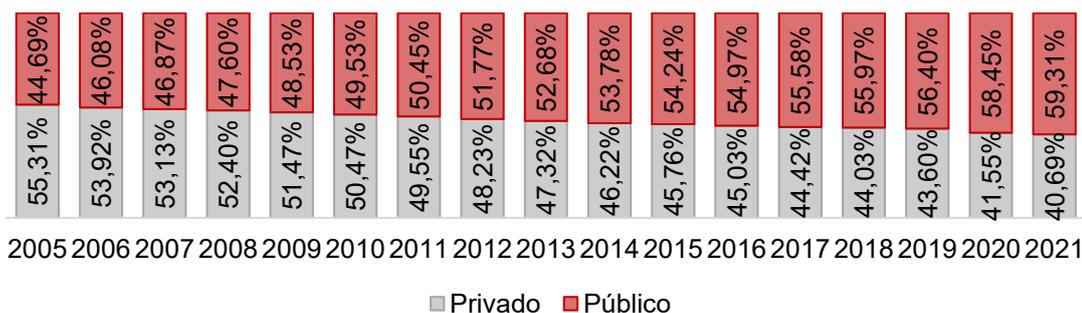


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Com base no gráfico, observa-se a redução do número de hospitais privados conveniados ao SUS até o ano de 2019, que começou com 3.256 em 2005 e chegou em 2019 com 2.315 hospitais. Nesse mesmo período, o quantitativo de hospitais públicos aumentou, com 2.631 em 2005 e chegou a 2.995 em 2019.

Em relação ao período entre 2019 e 2021, observa-se o aumento do quantitativo de hospitais conveniados ao SUS, tanto privados quanto públicos. O número de hospitais privados passou de 2.315 em 2019 para 2.412 em 2021. Já o quantitativo de hospitais públicos passou de 2.995 em 2019 para 3.516 em 2021. Em termos percentuais, a distribuição dos hospitais conveniados ao SUS, ao serem agrupados por sua natureza (pública ou privada), se dá conforme o Gráfico 3:

Gráfico 3 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por ano – 2005-2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

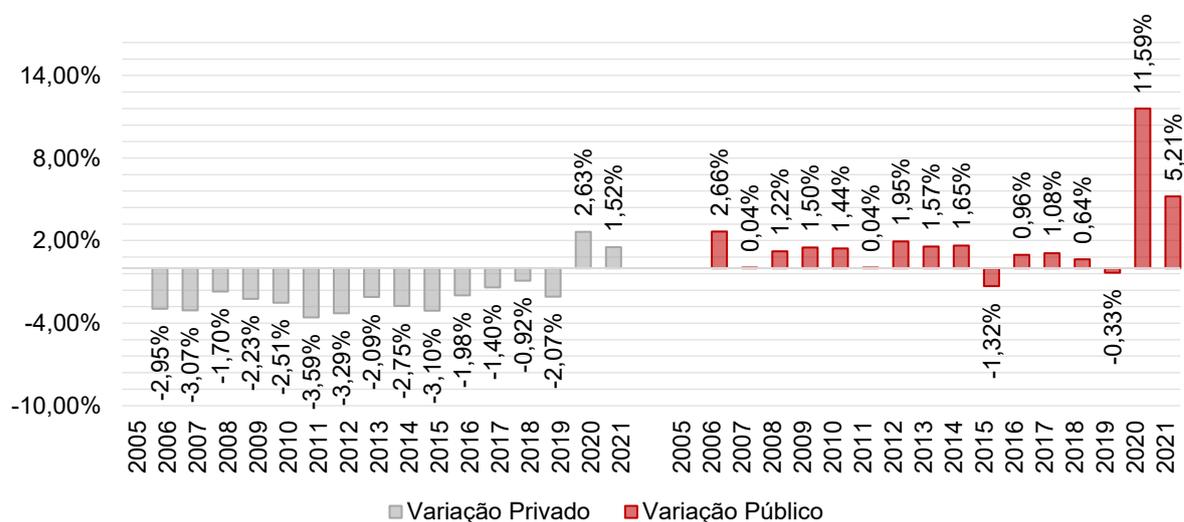
A relação percentual de distribuição entre os hospitais públicos e privados demonstra o aumento gradativo entre as duas naturezas. Os percentuais de 2005 mostram que 55,31% dos hospitais conveniados ao SUS naquele ano eram privados, enquanto 44,69% eram públicos.

Em 2017, 12 anos após o início da série histórica, ocorreu a inversão desses percentuais: 55,58% eram hospitais públicos e 44,42%, privados. Em 2021, a distribuição entre os hospitais públicos e privados indica que um total de 59,31% dos hospitais conveniados ao SUS são públicos, enquanto 40,69% se referem aos hospitais privados.

A evolução dos números nos permite refletir sobre a composição dos estabelecimentos hospitalares do SUS. Existe uma ampliação do número de hospitais públicos em face do total de hospitais privados conveniados ao SUS, situação que se amplia ao longo dos anos.

A distribuição da variação anual dos totais de hospitais públicos e privados conveniados ao SUS estão dispostos conforme Gráfico 4:

Gráfico 4 – Variação de hospitais SUS por NJ, por ano – 2005-2021

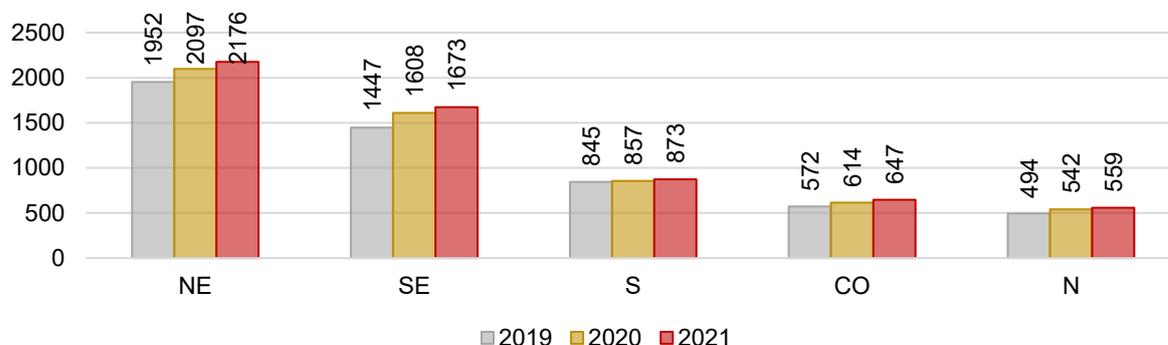


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Por meio destes dados, pode-se identificar que, ao comparar os dados de 2005 e 2021, enquanto houve redução de 25,92% entre os hospitais privados conveniados ao SUS, houve um aumento de 585 hospitais públicos, o que totalizou um percentual de 22,23%.

Em face do aumento do quantitativo de hospitais conveniados ao SUS entre 2019 e 2021, que coincide com o período da pandemia, destacam-se os totais de hospitais por ano, por região, conforme Gráfico 5:

Gráfico 5 – Distribuição de hospitais SUS por Região entre 2019 e 2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que em todas as regiões do Brasil houve aumento do total de hospitais conveniados ao SUS nesse período, possivelmente ocasionado pela necessidade trazida pela pandemia de COVID-19.

Com base no período de 2019 (por ser o último período anterior à pandemia), pode-se acompanhar o percentual de distribuição dos hospitais por região do Brasil, conforme Gráfico 6:

Gráfico 6 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por Região – 2019



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o percentual de hospitais públicos supera o percentual de hospitais privados conveniados ao SUS. Já nas regiões Sudeste e Sul, ocorre uma inversão desses números, uma vez que existem mais hospitais privados que públicos vinculados ao sistema público de saúde.

Com base no período de 2021 (por ser o período mais recente), pode-se acompanhar a distribuição dos hospitais por região do Brasil, conforme Gráfico 7:

Gráfico 7 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por Região – 2021

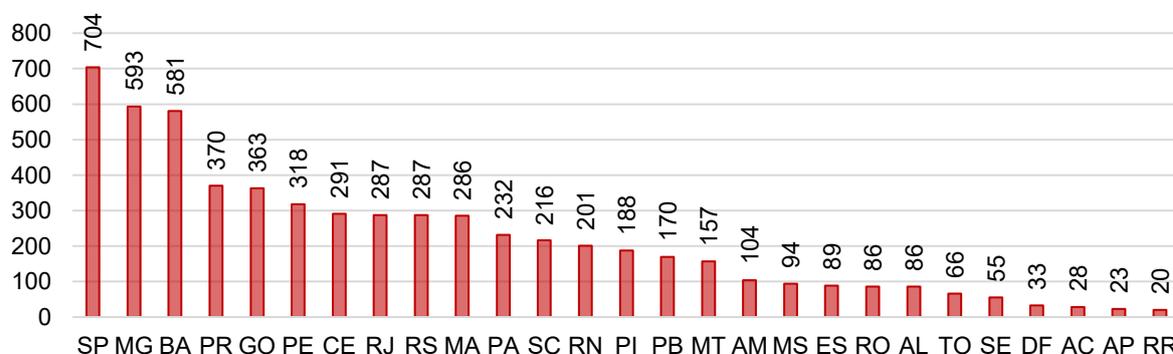


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

O cenário apresentado no ano de 2021 mantém a evidência de certa predominância de hospitais privados conveniados ao SUS nas regiões Sul e Sudeste (70% e 53%, respectivamente), enquanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam maior quantitativo de hospitais públicos que integram o sistema de saúde (79%, 75% e 62%, respectivamente).

A comparação entre os anos de 2019 e 2021 demonstra uma redução entre o percentual de hospitais públicos e privados na região Norte, que passou de 81% para 79% de hospitais públicos nos respectivos anos. Nas demais regiões, o percentual de hospitais públicos em detrimento dos privados aumentou, em média, 3%. Quando separados por estado, os quantitativos totais de hospitais conveniados ao SUS no ano de 2021 distribuem-se conforme Gráfico 8:

Gráfico 8 – Distribuição de hospitais SUS por estado – 2021



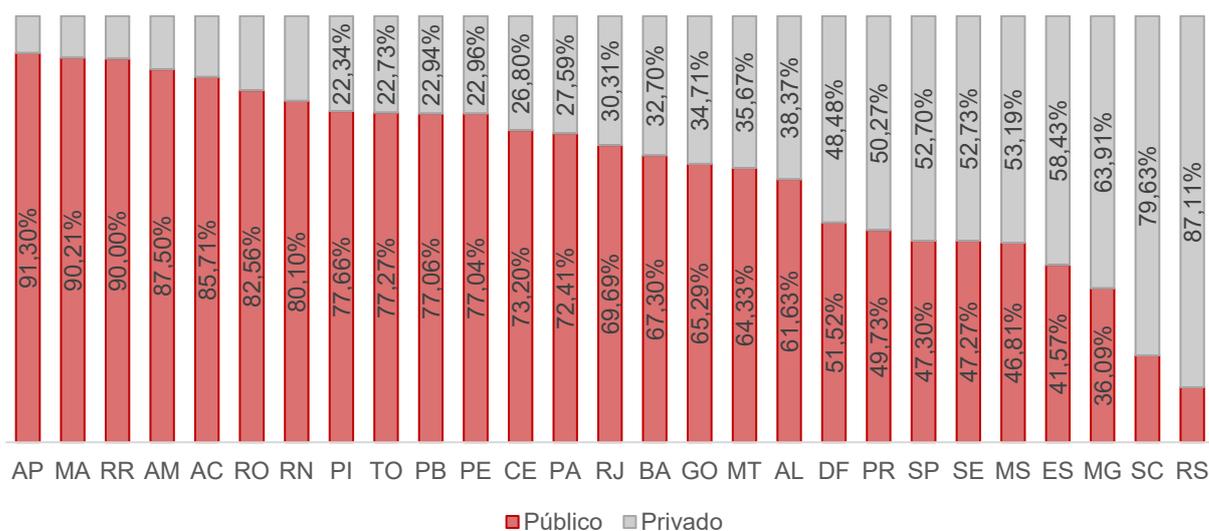
Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Com base nos dados, observa-se que São Paulo é o estado com o maior número de hospitais (704), seguido por Minas Gerais (593) e Bahia (581). Os três

estados que possuem o menor número de hospitais são o Acre (28), o Amapá (23) e Roraima (20).

Complementarmente, ao analisar os percentuais de hospitais conveniados ao SUS e separados por estado no ano de 2021, observa-se a divisão entre os que são de natureza pública e privada, dispostos de acordo com o Gráfico 9:

Gráfico 9 – Percentual de hospitais SUS por NJ, por estado – 2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Com base nos dados, observa-se que o Amapá é o estado brasileiro com o maior percentual de hospitais públicos em relação ao total de hospitais conveniados ao SUS (91,30%), seguido do Maranhão (90,21%) e de Roraima (90,00%).

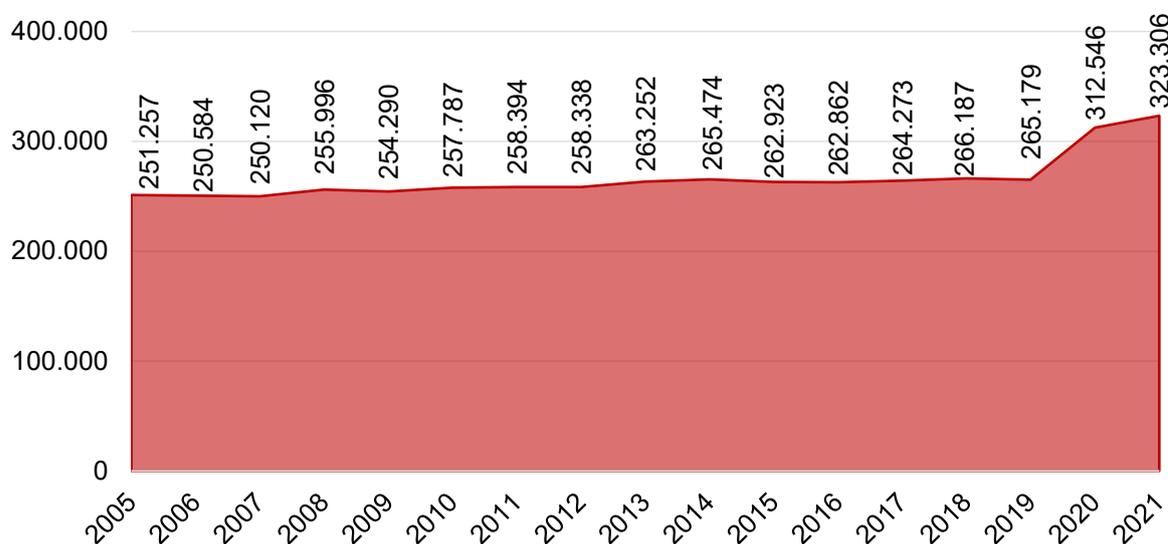
Em contrapartida, no Rio Grande do Sul, o maior percentual de hospitais conveniados ao SUS é composto por hospitais privados (87,11%), seguido pelo estado de Santa Catarina (79,63%) e por Minas Gerais (63,91%).

Diante disso, observa-se o cenário das estruturas hospitalares no Brasil, que possuem variações conforme cada estado e, por conseguinte, conforme as regiões. A fim de aprofundar a análise, é preciso identificar o cenário e compreender como se dá a disposição dos leitos que estão vinculados aos hospitais.

As informações de disponibilidade de hospitais são essenciais. Entretanto, para uma melhor compreensão da estrutura do SUS, faz-se necessário identificar o

número de leitos que estão disponíveis. Nesse sentido, observa-se a evolução do quantitativo de leitos disponíveis para o SUS, conforme Gráfico 10:

Gráfico 10 – Total de leitos SUS por ano – 2005-2021



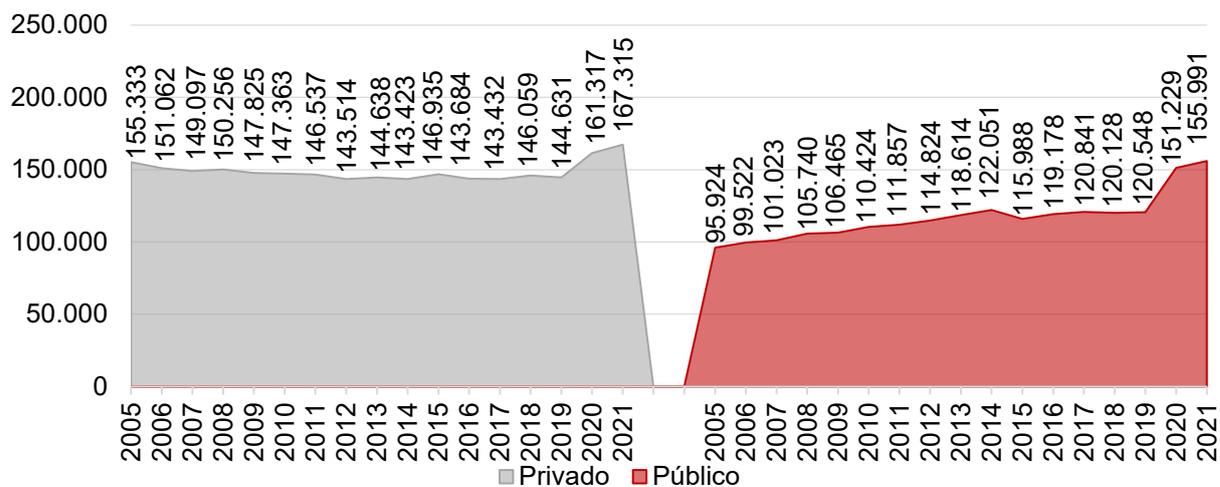
Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que houve uma crescente no total de leitos disponibilizados para o SUS desde 2005, ano em que estavam disponíveis 251.257 leitos. Em 2019, o total de leitos era de 265.179, um aumento de 5,54% de leitos. Ao considerarmos o período de 2019 a 2021, observa-se que o total de leitos passou de 265.179 (2019) para 323.306 (2021), um aumento de 21,92% do número de leitos disponíveis no período.

Em relação ao período inicial, verifica-se que houve um aumento total de 72.049 leitos, o que representou um percentual de 28,67% na comparação entre os anos de 2005 e 2021.

Em razão das naturezas jurídicas das instituições responsáveis pelos leitos, observa-se que a evolução de leitos do SUS ao longo do período analisado se dá conforme Gráfico 11:

Gráfico 11 – Distribuição de leitos SUS por NJ – 2005-2021



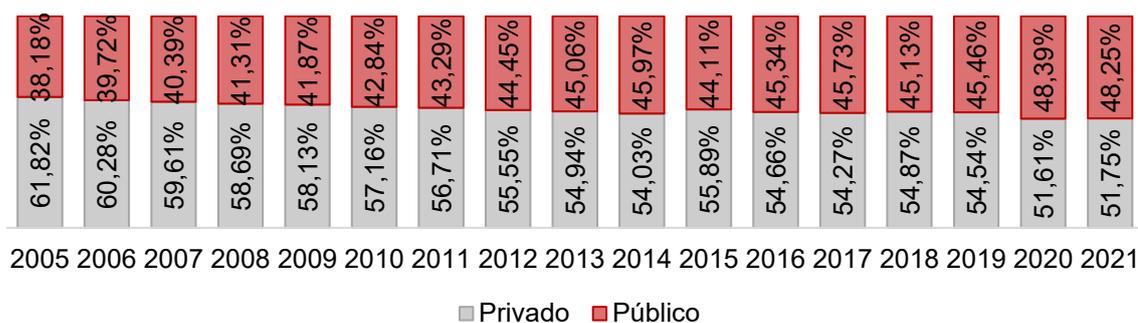
Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se a redução do número de leitos privados conveniados ao SUS até o ano de 2019, que começou com 155.333 (2005) e chegou a 144.631 leitos (2019). Nesse mesmo período, o quantitativo de leitos públicos aumentou, uma vez que iniciou com 95.924 (2005) e chegou a 120.548 (2019).

Em relação ao período entre 2019 e 2021, observa-se o aumento do quantitativo de leitos conveniados ao SUS, tanto privados quanto públicos. O número de leitos privados passou de 144.631 (2019) para 167.315 (2021). Já o quantitativo de leitos públicos passou de 120.548 (2019) para 155.991 (2021).

Em função do percentual de leitos disponibilizados ao SUS separados em razão de sua natureza jurídica entre públicos e privados, observa-se sua evolução conforme Gráfico 12:

Gráfico 12 – Percentual de leitos SUS por NJ, por ano – 2005-2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

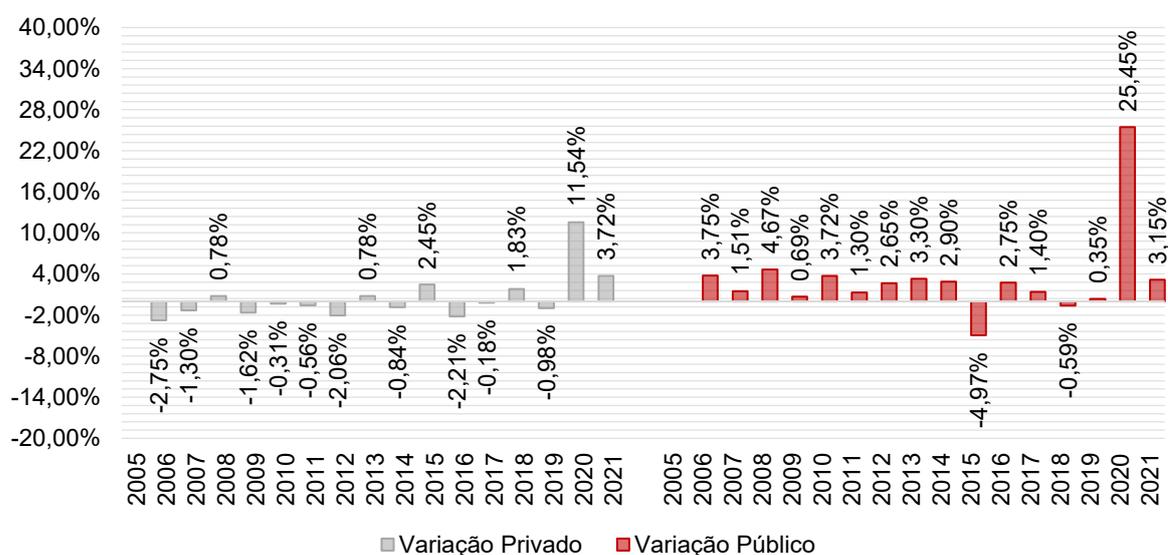
A relação percentual de distribuição entre os leitos públicos e privados demonstra o aumento gradativo entre as duas naturezas. Os percentuais de 2005 mostram que 61,82% dos leitos conveniados ao SUS naquele ano eram privados, enquanto 38,18% eram públicos.

Os percentuais correspondentes aos leitos privados estão em redução ao serem comparados aos percentuais correspondentes aos leitos públicos desde o início da série de dados. Entretanto, observa-se que entre 2019 e 2021 houve uma acentuação dessa redução, uma vez que a média de diminuição anual era de aproximadamente 0,5%, com resultado de 54,54% em 2019.

Entretanto, o período seguinte aponta uma redistribuição entre essa variação, que intensificou a redução da média anual de 0,5% para uma média de 1%, com um pico de 3% de variação entre 2019 e 2020, e com resultado final em 2021 de 51,75% dos leitos privados e com 48,25% dos leitos públicos.

Novamente, observa-se que a distribuição de leitos acompanha a evolução de hospitais, uma vez que se verifica uma ampliação de organizações públicas que aumentam sua oferta em detrimento dos privados. Entretanto, o percentual de leitos privados ainda permanece majoritário em comparação com a oferta de leitos de hospitais públicos. A distribuição da variação anual dos totais de leitos públicos e privados conveniados ao SUS estão dispostos conforme Gráfico 13:

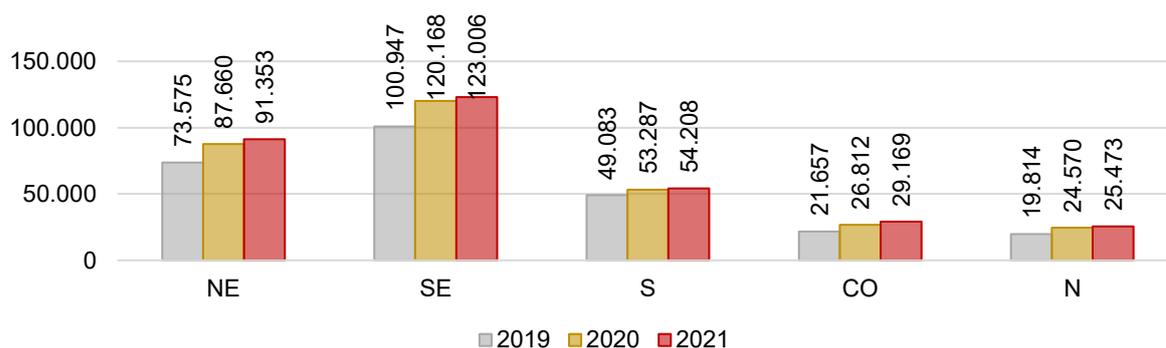
Gráfico 13 – Variação de leitos SUS por NJ, por ano – 2005-2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Ao comparar os dados de 2005 e 2021, identifica-se o aumento de leitos públicos em relação ao período anterior em quase todos os anos, exceto em 2015 e 2018, ao mesmo tempo que acontece uma redução de leitos privados ao longo de quase todo o período. Em face do aumento do quantitativo de leitos conveniados ao SUS entre 2019 e 2021, destacam-se os totais de hospitais por ano, por região, conforme Gráfico 14:

Gráfico 14 – Distribuição de leitos SUS por Região entre 2019 e 2021



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que em todas as regiões do Brasil houve aumento do total de leitos conveniados ao SUS nesse período, novamente com a possível justificativa da necessidade trazida pela pandemia de COVID-19.

Com base no período de 2019 (por ser o último período anterior à pandemia), pode-se acompanhar o percentual de distribuição dos leitos por região do Brasil, conforme Gráfico 15:

Gráfico 15 – Distribuição de leitos SUS por NJ, por Região – 2019



Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Em razão dos dados apurados, observa-se uma predominância de leitos em hospitais públicos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (75%, 61% e 51%,

respectivamente), enquanto nas regiões Sul e Sudeste o percentual de leitos disponibilizados por hospitais privados é superior (82% e 59%, respectivamente).

Com base no período de 2021 (por ser o período mais recente), pode-se acompanhar a distribuição dos leitos por região do Brasil, conforme Gráfico 16:

Gráfico 16 – Distribuição de leitos SUS por NJ, por Região – 2021

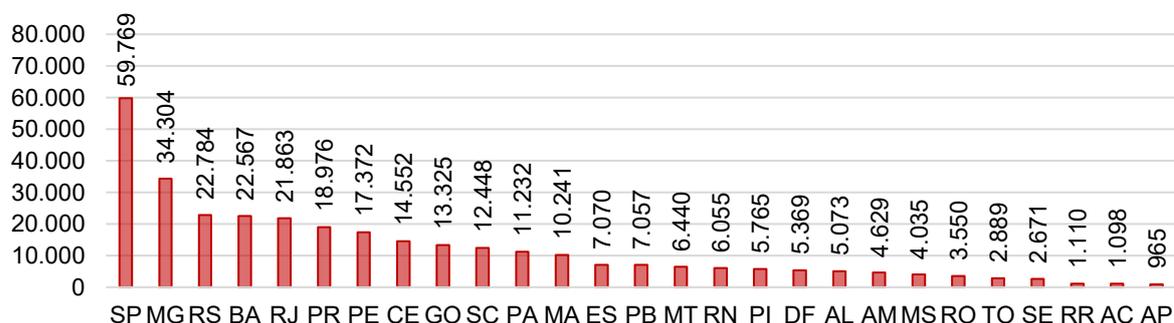


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

O cenário apresentado no ano de 2021 mantém a evidência de predominância de leitos privados conveniados ao SUS nas regiões Sul e Sudeste (81% e 59%, respectivamente), enquanto as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam maior quantitativo de leitos públicos do SUS (74%, 64% e 52%, respectivamente).

Quando separados por estado, os quantitativos totais de leitos conveniados ao SUS no ano de 2021 distribuem-se conforme Gráfico 17:

Gráfico 17 – Distribuição de leitos SUS por estado – 2021

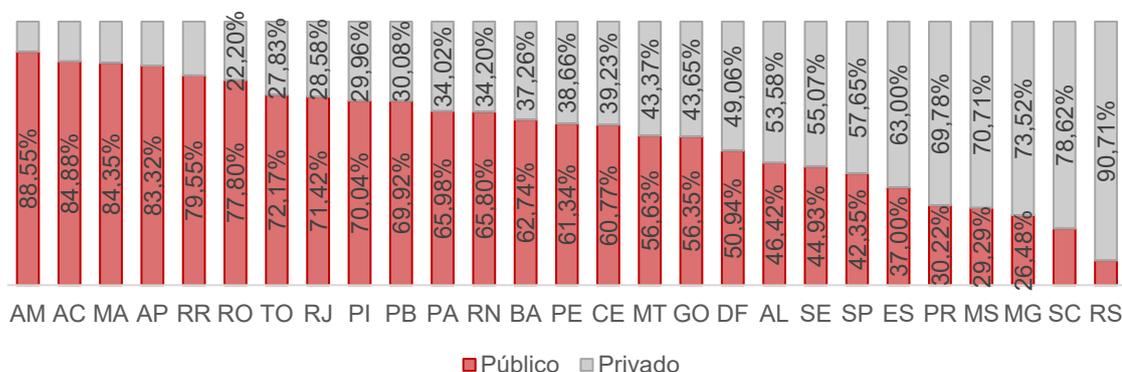


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Com base nos dados, observa-se que São Paulo é o estado com o maior número de leitos (59.769), seguido por Minas Gerais (34.304) e Rio Grande do Sul (22.784). Os três estados que possuem o menor número de leitos são o Amapá (965), o Acre (1.098) e Roraima (1.110).

Complementarmente, ao analisar os percentuais de leitos conveniados ao SUS e separados por estado no ano de 2021, observa-se a divisão entre os que são de natureza pública e privada, dispostos de acordo com o Gráfico 18:

Gráfico 18 – Percentual de leitos SUS por NJ, por estado – 2021

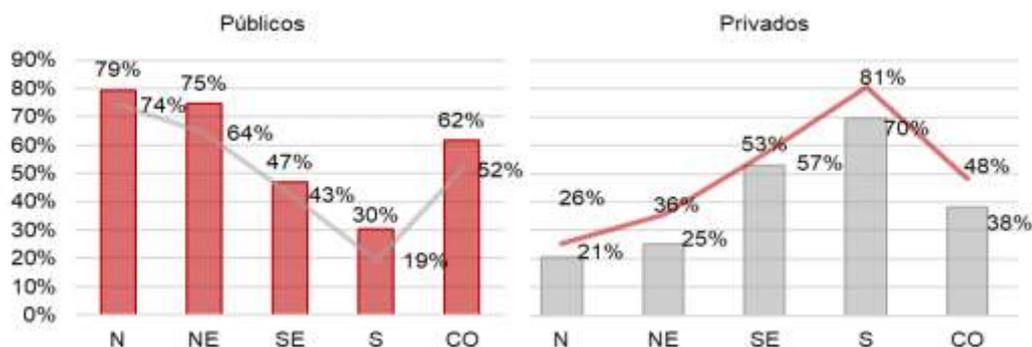


Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Com base nos dados, observa-se que o Amazonas é o estado brasileiro com o maior percentual de leitos públicos em relação ao total de leitos conveniados ao SUS (88,55%), seguido do Acre (84,88%) e do Maranhão (84,35%). Em contrapartida, no Rio Grande do Sul o maior percentual de leitos conveniados ao SUS é composto por leitos privados (90,71%), seguido pelo estado de Santa Catarina (78,62%) e por Minas Gerais (73,52%).

Com isso, a análise comparativa entre os percentuais de hospitais e leitos públicos e os hospitais e leitos privados conveniados ao SUS por estado no ano de 2021 resultam no Gráfico 19:

Gráfico 19 – Percentual de hospitais e leitos SUS por NJ, por estado – 2021



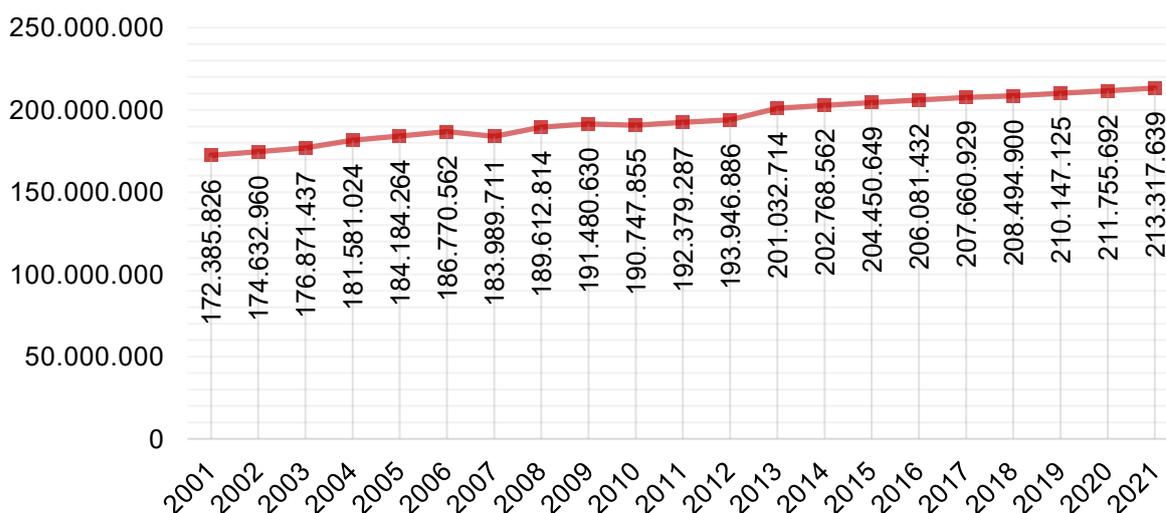
Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Assim, observa-se que a linha correspondente aos leitos públicos acompanha as barras referentes aos hospitais públicos, o que mantém a similaridade na variação percentual. O mesmo ocorre entre os hospitais e leitos privados conveniados ao SUS.

Os números apresentados de hospitais e leitos disponíveis para o SUS apresentam uma lógica de distribuição. A fim de compreender essa lógica, faz-se necessário identificar a distribuição populacional nos estados brasileiros.

De acordo com os dados disponibilizados pelo IBGE, observa-se que a população brasileira apresentou um gradual crescimento em seus quantitativos anuais, que se evidenciam por meio dos números levantados e apresentados conforme Gráfico 20:

Gráfico 20 – Estimativa populacional no Brasil – 2001-2021



Fonte: Dados do IBGE. Elaborado pelo autor (2022).

Com isso, observa-se que o país apresenta estimativa de crescimento populacional desde o ano de 2001, cuja população era de 172 milhões de pessoas e que chega a 213 milhões em 2021.

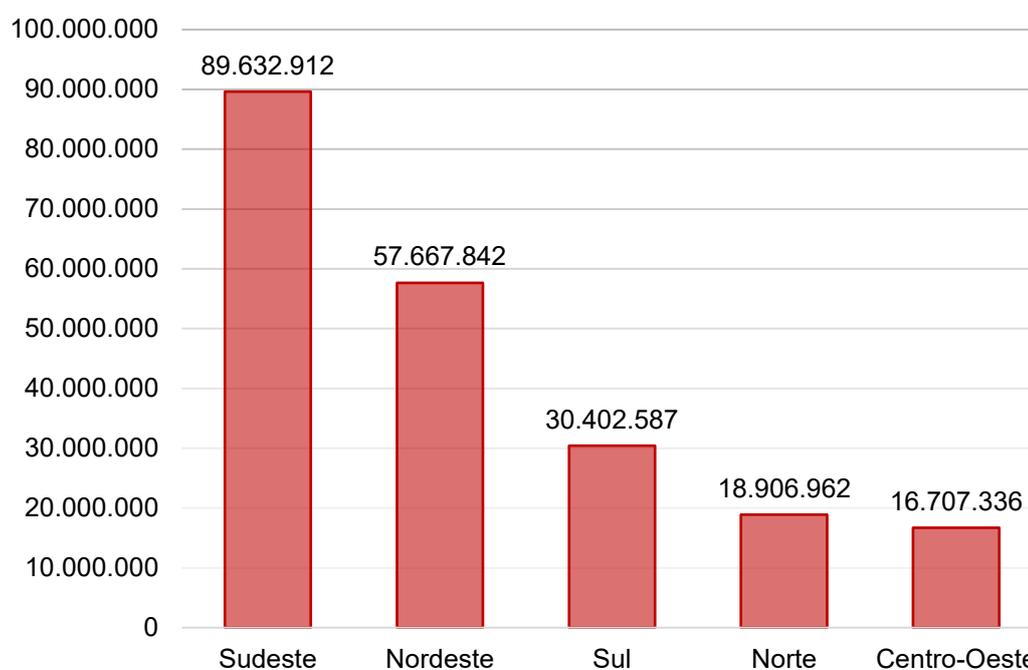
Percentualmente, o país apresenta uma taxa de crescimento populacional estimado médio de 1,08%, com picos de crescimento em relação ao ano anterior nos anos de 2004 (2,66%, em comparação com 2003), 2008 (3,06%, em comparação com 2007) e 2013 (3,65%, em comparação com 2012).

Nos anos de 2007 e 2010, houve uma redução da estimativa populacional em comparação com os respectivos anos de 2006 e 2009, com resultado de -1,49% para 2007, em comparação com 2006, e de -0,38% para 2010, quando comparado com a estimativa referente ao ano de 2009.

Nos demais anos, observa-se a ocorrência de um aumento da população com percentual que varia entre 0,40% no ano com crescimento mais baixo desta faixa (2018) e de 1,43% para o ano de 2005.

De maneira mais específica, observa-se a população estimada do Brasil no ano de 2021 separada conforme região que se situa, conforme Gráfico 21:

Gráfico 21 – Estimativa populacional do Brasil, por Região – 2021



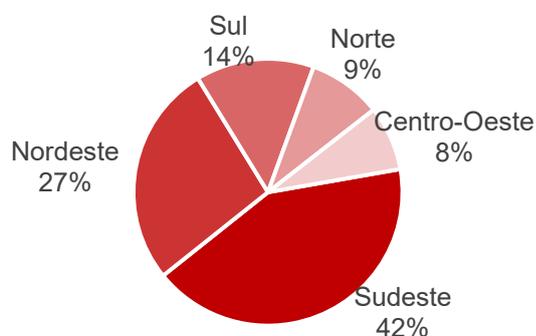
Fonte: Dados do IBGE. Elaborado pelo autor (2022).

Assim, observa-se que a região Sudeste apresenta a maior densidade populacional em 2021, com aproximadamente 89 milhões de habitantes, seguida da região Nordeste, com aproximadamente 57 milhões de habitantes, e da região Sul, com aproximadamente 30 milhões de pessoas.

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentam os menores números de habitantes, com aproximadamente 18 milhões e 16 milhões de habitantes para cada

região, respectivamente. Percentualmente, as distribuições populacionais por região ocorrem conforme Gráfico 22:

Gráfico 22 – Percentual de população estimada por Região – 2021

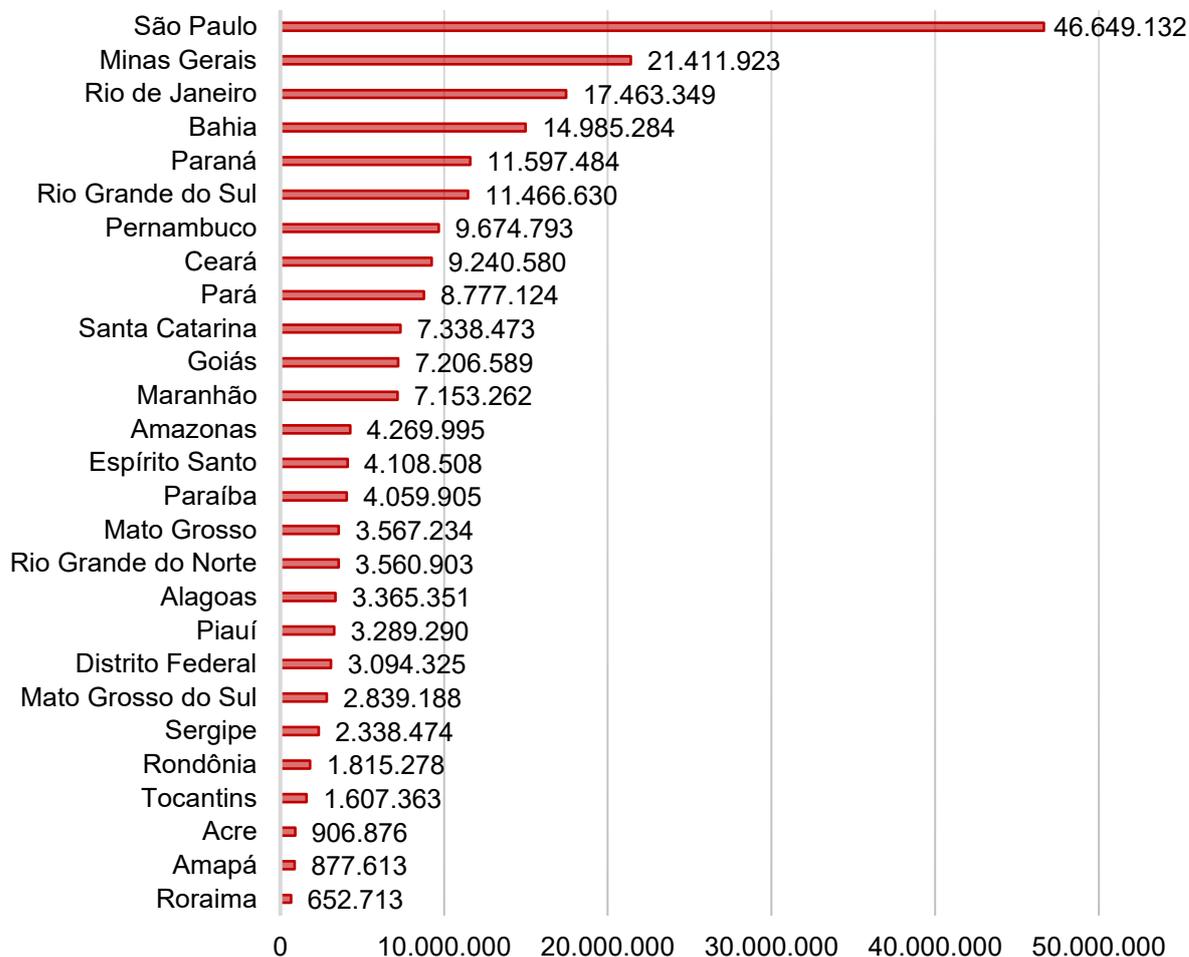


Fonte: Dados do IBGE. Elaborado pelo autor (2022).

Com isso, observa-se que 42% da população do Brasil em 2021 habitava a região Sudeste, 27% a região Nordeste, 14% a região Sul, 9% a região Norte e 8% habitavam a região Centro-Oeste.

A distribuição de população brasileira estimada no ano de 2021, separada por estado, é demonstrada conforme Gráfico 23:

Gráfico 23 – Distribuição da população estimada por estado – 2021



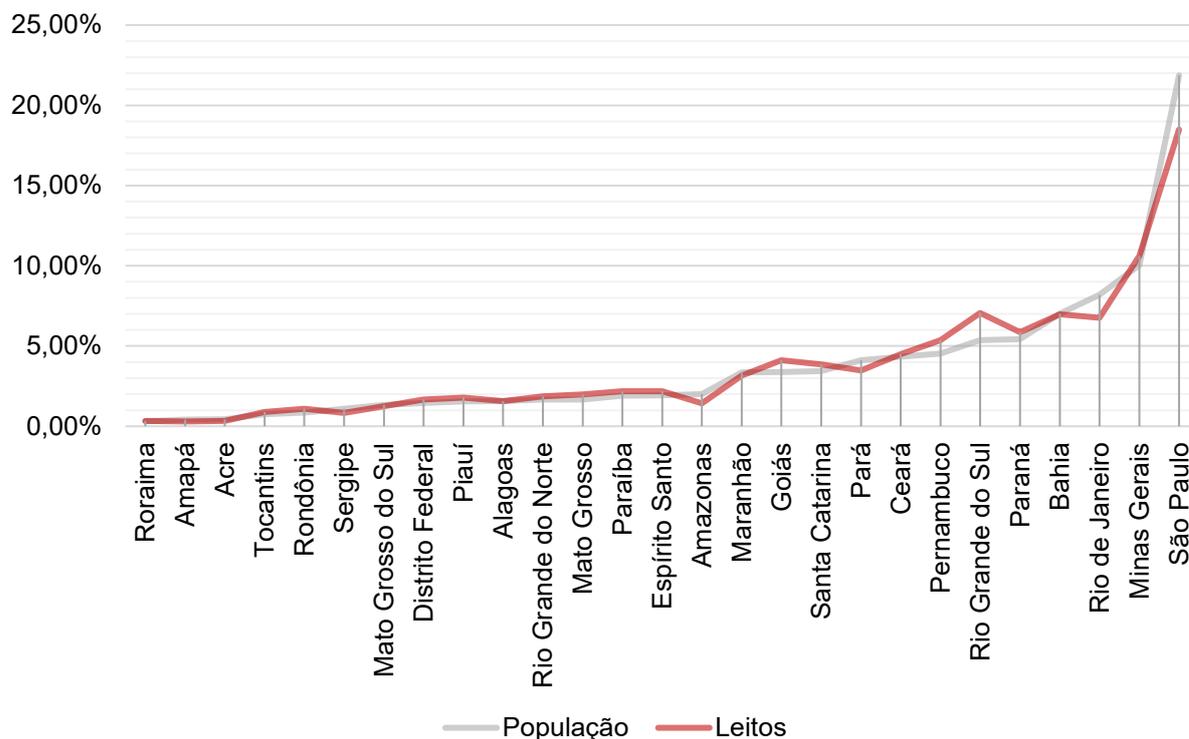
Fonte: Dados do IBGE. Elaborado pelo autor (2022).

Os números apresentados evidenciam que o estado de São Paulo apresenta a maior densidade populacional no ano de 2021, com aproximadamente 46 milhões de habitantes. Esse número representa mais que o dobro da população do estado de Minas Gerais, que totalizou um valor aproximado de 21 milhões de habitantes.

O estado com o terceiro maior número de habitantes é o Rio de Janeiro, com aproximadamente 17 milhões de pessoas. Por outro lado, os três estados com o menor número de habitantes no ano de 2021 foram Roraima (652 mil pessoas), Amapá (877 mil pessoas) e o Acre (906 mil pessoas).

Com isso, pode-se comparar os percentuais de distribuição da população por estado em função do quantitativo de leitos conveniados ao SUS no ano de 2021, conforme Gráfico 24:

Gráfico 24 – Leitos disponíveis e população estimada por estado – 2021



Fonte: Dados do IBGE e do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Os resultados apresentados evidenciam que os estados do Amapá, Acre, Sergipe, Mato Grosso do Sul, Alagoas, Amazonas, Maranhão, Pará, Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo apresentam percentual de população maior que o percentual de número de leitos disponíveis. Para os demais estados, o percentual de população é menor que o percentual de leitos disponíveis, com ênfase para o Rio Grande do Sul, estado no qual a representatividade dos leitos disponíveis é a maior em comparação com a população.

Essa relação demonstra que na maioria dos estados o percentual de leitos disponíveis acompanha o percentual de crescimento da população, ou seja, possuem um quantitativo de leito compatível com o quantitativo de pessoas.

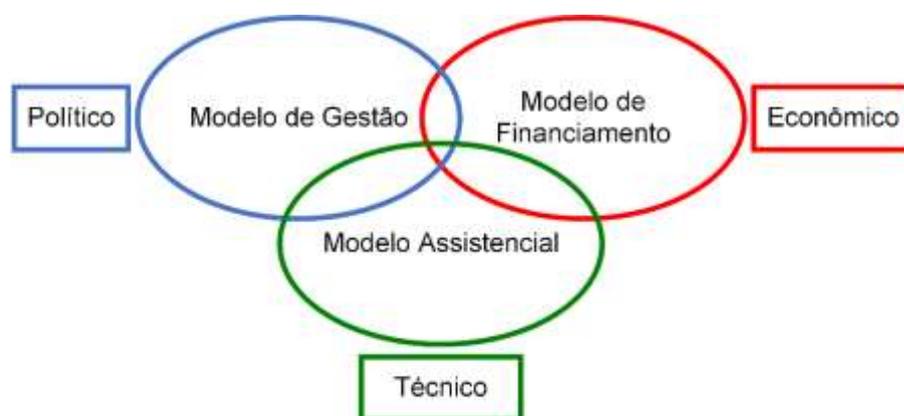
Entretanto, para os estados onde essa relação não é identificada, observa-se uma deficiência no percentual de leitos em razão do percentual da população. Com isso, identifica-se um possível déficit de leitos em função da população para essas unidades da federação.

A realização de ações, majoritariamente, depende de alguma forma de financiamento, seja ele público ou privado. E as ações de saúde também se enquadram nesse cenário.

A fim de identificar os gastos com saúde no Brasil e traçar uma base comparativa entre o Brasil e outros países, faz-se necessário, primeiro, estabelecer critérios de seleção entre esses sistemas de saúde, como forma de possibilitar essa comparação.

Nesse sentido, observa-se que os componentes de um sistema de saúde se subdividem em três perspectivas, dispostas conforme Figura 7:

Figura 7 – Componentes de um sistema de saúde



Fonte: Adaptado de Tobar (2014).

Assim, observa-se que um sistema de saúde tem, em sua composição, três perspectivas diferentes: a política, a econômica e a técnica. Para cada uma dessas perspectivas, deriva-se um componente: da política, o Modelo de Gestão; da econômica, o Modelo de Financiamento; e da técnica, o Modelo Assistencial.

Para estruturar um sistema de saúde, as áreas desses componentes se interseccionam, e dessa relação surgem quatro aspectos: o aspecto político-econômico; o aspecto político-técnico; o aspecto técnico-econômico; e o aspecto criado pela interseção dos três componentes.

Nesse sentido, vislumbra-se que os aspectos abordados resultam em várias categorias, mas cuja principal conformação é distribuída em dois tipos: os voltados para as orientações mercadológicas e os que são pautados pela universalidade de suas ações (PAIM, 2019).

A perspectiva escolhida para a criação da base de comparação, portanto, é a que se refere à similaridade entre o sistema de saúde brasileiro e os dos países selecionados (Austrália, Canadá, Espanha, França, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia), por meio dos critérios de universalidade que possuem em comum e pela similaridade nas formas de organização, formas de financiamento e execução dos serviços. Em resumo, as características dos sistemas de saúde dos países selecionados estão dispostas conforme Quadro 4:

Quadro 4 – Sistemas de Saúde dos países selecionados

País	Sistema de saúde
Brasil	Sistema Único de Saúde – SUS
Austrália	<i>Medicare</i>
Canadá	<i>Medicare</i>
Espanha	<i>Sistema Nacional de Salud – SNS</i>
França	<i>Assurance Maladie – AM</i>
Itália	<i>Servizio Sanitario Nazionale – SSN</i>
Portugal	Serviço Nacional de Saúde – SNS
Reino Unido	<i>National Health System – NHS</i>
Suécia	Sistema de Saúde da Suécia

Fonte: Adaptado de Paim (2019), Oliveira e Dallari (2016), Massuda, Tasca e Malik (2020), De Oliveira et al. (2015), Brandão (2020), Cordilha, Lavinhas (2018).

Com isso, verifica-se que os países selecionados possuem seu próprio sistema público e universal de saúde, similares entre si, cujos percentuais de gasto público em razão do total de gastos entre 2000 e 2019 seguem na Tabela 1:

Tabela 1 – Gasto público com saúde em % dos gastos totais – 2000-2019

Países	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Austrália	16,0	16,4	16,2	15,5	15,7	16,2	16,4	16,5	16,3	16,2
Brasil	8,9	9,2	9,0	9,4	9,6	10,0	9,9	10,3	10,3	10,4
Canadá	17,3	17,5	18,0	18,4	18,8	18,9	18,8	18,6	18,5	18,5
Espanha	14,7	14,6	13,5	14,0	14,1	14,8	15,0	15,3	15,1	15,3
França	13,9	13,9	13,9	14,0	14,2	14,5	15,2	15,2	15,2	15,0
Itália	14,0	13,7	13,1	13,0	13,1	13,1	13,2	13,1	13,2	13,1
Portugal	12,8	12,5	12,1	11,7	11,1	11,9	12,9	12,5	13,3	13,6
Reino Unido	17,0	17,6	17,6	18,1	18,4	18,7	19,0	18,9	19,1	19,6
Suécia	13,6	17,7	17,7	17,7	18,1	18,3	18,3	18,5	18,6	18,8

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Conforme recorte temporal levantado, observa-se que o indicador gasto público com saúde em percentual dos gastos totais nos países selecionados

apresenta um comportamento heterogêneo. Entretanto, a análise por país demonstra um nível de homogeneidade.

O Brasil apresenta o menor percentual de gasto público com saúde no cenário de gastos públicos totais, com um total de 8,9% (2010) e 10,4% (2019). Em segundo lugar, observa-se Portugal, que em 2010 apresentou 12,8%, mas que passou a ser o terceiro em 2019, com 13,6%. Por outro lado, a Itália deixou de ser o sexto em 2010, com 14%, e passou à segunda colocação dos países com menor percentual de gasto público com saúde dentre os países selecionados em 2019, com 13,1%.

Em relação aos percentuais de gasto público com saúde em razão do total de gastos com saúde entre os anos de 2000 e 2019, os valores seguem distribuídos conforme Tabela 2:

Tabela 2 – Gasto público saúde em % dos gastos totais saúde – 2000-2019

Países	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Austrália	72,3	73,2	71,2	67,7	67,5	68,4	68,5	68,6	68,7	71,6
Brasil	45,0	44,5	43,3	44,5	44,0	43,2	43,0	41,7	41,0	40,7
Canadá	69,9	70,2	70,4	70,7	70,5	70,6	69,6	69,8	70,1	70,1
Espanha	74,4	73,4	72,1	71,0	70,2	71,3	71,5	70,5	70,2	70,6
França	70,4	70,2	70,2	70,4	70,5	72,3	75,1	75,8	75,9	75,3
Itália	78,4	77,0	75,8	75,7	75,4	74,4	74,4	73,7	73,8	73,9
Portugal	66,5	64,5	61,2	62,2	61,7	61,6	61,5	61,1	61,1	60,9
Reino Unido	82,1	81,8	81,2	79,9	80,0	80,0	80,2	79,6	79,3	79,4
Suécia	82,4	84,4	84,2	84,0	84,0	83,9	84,2	84,7	84,7	84,8

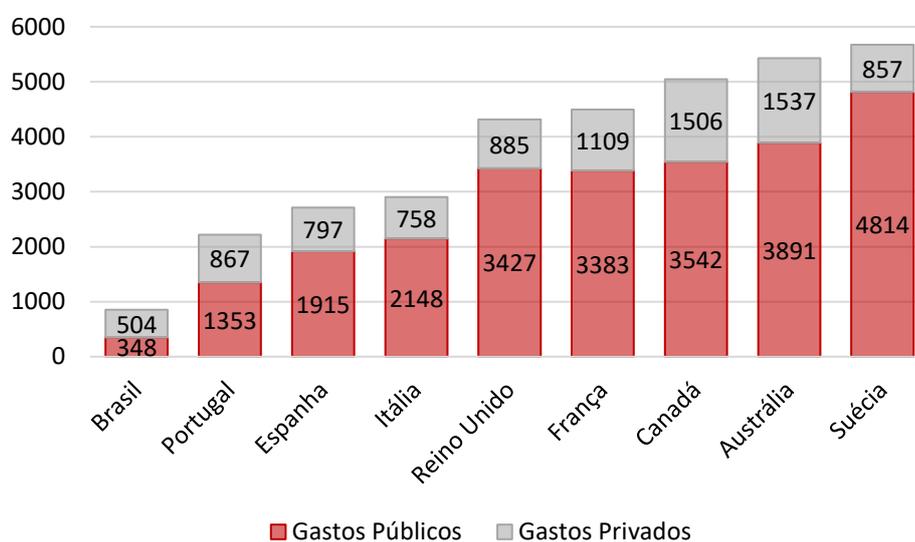
Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que o Brasil também se encontra como o país com menor percentual de gasto público na saúde em relação aos gastos totais com saúde durante todo o período analisado. Em 2010, o país aparece com 45%, com redução da participação durante toda a série, e com total de 40,7% em 2019.

Em segundo lugar, Portugal participou dos gastos públicos entre 66,5% e 60,9%, nos anos de 2010 e 2019, respectivamente. Na sequência, o Canadá apresentou resultado de 69,9% de participação em 2010 e subiu para 70,1% em 2019. Os demais países apresentaram participação acima de 70% em 2010, oscilaram abaixo desse percentual no decorrer do período, mas terminaram 2019 novamente acima desse percentual.

Já em relação ao gasto total per capita com saúde público e privado dos países selecionados em 2019, os resultados se dão conforme Gráfico 25:

Gráfico 25 – Gastos com saúde per capita em US\$, por país – 2019



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que o Brasil tem participação aquém da necessidade identificada para o financiamento da rede pública, quando comparado a outros países com modelos assistenciais semelhantes ao SUS.

Ao identificar o total de dólares per capita, observa-se que os valores aplicados no Brasil – somados os financiamentos destinados pela União, pelos estados e pelos municípios aos financiamentos de caráter privado – totalizam US\$ 852 por pessoa e não atingem sequer o total do financiamento público de Portugal – o segundo país no ranking, com US\$ 1.353 por pessoa.

Em relação aos financiamentos públicos realizados pela Suécia (o país com maior participação no gasto público per capita), verifica-se que o financiamento totaliza 1.283% a mais que o Brasil.

Nos demais países que possuem um sistema universal para o sistema de saúde, Espanha (US\$ 1.915), Itália (US\$ 2.148), França (US\$ 3.383), Reino Unido (US\$ 3.427), Canadá (US\$ 3.542) e Austrália (3.891) também aplicaram valores superiores ao aplicado pelo Brasil.

Nessa mesma esteira, o Brasil também foi o país com a menor participação estatal nas contas da saúde, com apenas 40,84% dos gastos com saúde originados nos cofres públicos. O restante foi gasto com serviços de saúde privados, inclusive com planos de saúde. Nos demais países selecionados, os percentuais de participação pública nos gastos com saúde variaram entre 60,95% em Portugal e 84,88% na Suécia.

A relação entre o gasto total per capita (em dólares) e o gasto total como porcentagem do PIB (em dólares) em 2019 segue conforme Tabela 3:

Tabela 3 – Gasto total per capita e gasto total como % do PIB – 2019

Países	Gasto total per capita (US\$)	Gasto total como % do PIB (US\$)
Brasil	852	3,91%
Portugal	2.220	5,81%
Espanha	2.711	6,45%
Itália	2.906	6,41%
Reino Unido	4.312	8,07%
França	4.492	8,33%
Canadá	5.048	7,61%
Austrália	5.427	7,10%
Suécia	5.671	9,22%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A análise dos resultados em função do PIB demonstra que o Brasil segue aquém dos demais países selecionados. Os US\$ 852 por pessoa, resultado do valor total gasto, se apresentam como valor abaixo de 4% do PIB do país.

Portugal, o segundo da lista, apresenta um gasto total correspondente a 5,81% do seu PIB, enquanto Itália e Espanha apresentaram gastos correspondentes a 6,41 e 6,45% de seus PIB, respectivamente.

Quanto aos demais países selecionados, verifica-se que todos eles apresentaram gastos totais per capita com saúde em montantes a 7% de seus respectivos PIB. A relação entre o gasto total per capita (em dólares) e o gasto total como porcentagem do PIB (em dólares) em 2019 segue conforme Tabela 4:

Tabela 4 – Gasto público e privado em saúde – 2019

Países	Indicadores	
	Gastos públicos com saúde em % do PIB	Gastos privados com saúde em % PIB
Brasil	3,9	5,6
Portugal	5,8	3,7
Espanha	6,4	2,6
Itália	6,4	2,2
Reino Unido	8	2
França	8,3	2,7
Canadá	7,6	3,2
Austrália	7,1	2,8
Suécia	9,2	1,6

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se de maneira sintetizada os principais indicadores relativos aos gastos públicos e privados com saúde nos países selecionados. Proporcionalmente, a relação entre o percentual de gastos públicos e privados com saúde em função do PIB de cada país selecionado mostra que nos países com maior participação pública, menores são os valores gastos por particulares.

Como exemplo, observa-se a Suécia, onde os gastos públicos com saúde representaram 9,2% do PIB e os gastos privados totalizaram 1,6% do PIB. Por outro lado, no Brasil o gasto privado com saúde em relação ao PIB superou o gasto público (35,6% e 3,9%, respectivamente).

Os resultados apurados, em síntese, evidenciam que os valores investidos em saúde no Brasil são sensivelmente inferiores aos gastos aplicados em saúde nos países selecionados, tanto na esfera dos gastos públicos quanto nos gastos privados, o que demonstra a necessidade de ampliação de recursos para esse campo.

2.2.4 Os desafios do SUS

Ressalta-se que cada um dos desafios aqui mencionados poderia ser explanado de uma forma ampla; entretanto, aqui foram citados com o objetivo de salientar os desafios mais recorrentes mencionados pelos autores pesquisados.

São inúmeras possibilidades que englobam os desafios para o sistema público de saúde no Brasil. Dentre elas, o financiamento do SUS constitui uma das principais preocupações.

Ao considerar o atual sistema de financiamento do SUS, observa-se que ao longo de sua história, este convive com a relação dicotômica entre a consolidação enquanto proteção social e a redução de investimentos e contenção de gastos na área (MENDES, 2014).

Frisa-se que, conforme já abordado, em 2016, houve a promulgação da Emenda Constitucional nº 95, que alterou o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal, cujo impacto já se deu no exercício fiscal de 2017. Essa Emenda estabeleceu um teto de gastos para um período de vinte exercícios financeiros no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União e limitou individualmente as despesas primárias dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário.

Ressalta-se que essa limitação orçamentária, ao ser imposta ao Setor Saúde, ignora fatores intrínsecos da área que ensejam a necessidade de aumento de ações de saúde, como o envelhecimento da população ou até mesmo uma pandemia – que aconteceria anos mais tarde. Com isso, observa-se que o SUS já passava por algum nível de negligenciamento por parte do poder público, e a chegada da pandemia escancarou essas deficiências do sistema de saúde.

Pode ser abordado inicialmente a questão ligada à desigualdade social como um grande desafio para alcançar a população que necessita do suporte de forma abrangente e que considere as peculiaridades oriundas da desigualdade, uma vez que as populações mais vulneráveis tendem a ter seus problemas amplificados em razão do cenário pandêmico (FRANCO, 2020).

A pergunta que coloca a desigualdade social como um dos desafios enfrentados pelo SUS na pandemia é justamente sobre a representatividade do SUS em relação às ações implementadas para o enfrentamento da pandemia e da vulnerabilidade social.

Nesse sentido, ao identificar o sistema público como uma das principais políticas voltadas para a redução das desigualdades no Brasil, é possível integrar os

temas que abordam dois campos distintos e interdependentes: Saúde e Economia. Essa relação dicotômica nos momentos de agravamento dos problemas sociais provocados pelo avanço da doença e pela ineficiência das ações governamentais acerca da redução do contágio torna o tema Saúde o centro do *ethos* neoliberal, diante do protagonismo do sistema público, mesmo com suas limitações e deficiências (SANTOS, 2020).

Contudo, tais indagações favorecem a inclusão dos sistemas de saúde, sobretudo os sistemas públicos, nas pautas de discussão das arenas políticas nacionais e no cenário econômico internacional, como forma de fortalecimento de suas estruturas e do desenvolvimento de suas instituições (FRANCO, 2020).

Um dos desafios mais importantes (que não é tema novo) mas que ganhou visibilidade em razão das limitações de locomoção e o distanciamento social entre as pessoas acarretados pela pandemia engloba o cenário de utilização de novas tecnologias nos serviços de saúde. Até então refutada por grande parte das organizações de saúde, a telemedicina – que consiste na realização de diagnósticos e tratamento remoto a pacientes – ganhou visibilidade no período pandêmico, uma vez que favorece o atendimento de saúde com o distanciamento social, reduz a ocupação presencial dos serviços de saúde e favorece a agilidade nas soluções, além de possibilitar a ampliação ao acesso a tratamentos de saúde (AQUINO et al., 2020; FRANCO, 2020).

Essa quebra de paradigma tem ganhado corpo nas discussões assistenciais, com a possibilidade de extensão da aplicação desses serviços após o fim da pandemia (LOEB et al., 2020).

Diante dessa possibilidade de inclusão tecnológica, pode-se entender a telemedicina como uma possibilidade futura de suporte no pós-pandemia, desde que realizados investimentos nas estruturas públicas para reduzir as barreiras técnicas e tecnológicas de informatização do SUS (SAFANELLI; COSTA; FAGUNDES, 2020).

Os valores investidos no SUS para a disponibilização de verbas voltadas para a ampliação de leitos e de serviços voltados para o atendimento de pacientes com COVID-19, ainda que constituam ampliação, são insuficientes diante do cenário nacional, principalmente em razão da manutenção dos mesmos problemas de

politização e com ausência de mudanças significativas na forma de financiamento (FERNANDES; PEREIRA, 2020).

Ante os déficits de recursos disponíveis agravados por uma política estrutural de subfinanciamento, pode-se verificar que no cenário de agravamento dos problemas de cuidados e de desigualdade, diante do volume de demandas oriundas de um cenário pandêmico, torna-se difícil que o SUS consiga cumprir seu papel constitucional (SOUTO; TRAVASSOS, 2020) sem que exista alguma ação que possibilite a racionalização dos recursos financeiros disponíveis.

A chegada da pandemia confrontou um SUS que já lutava para sobreviver em meio à crescente perda de recursos federais que ocasionaram a redução de sua sustentabilidade financeira ocasionada por anos de subfinanciamento (BOUSQUAT et al., 2021).

Entretanto, mesmo inserido em um contexto de subfinanciamento histórico e engessado por um teto de gastos desde 2017, com problemas estruturais agravados por uma pandemia, o SUS mostrou sua força.

Primeiramente, observa-se o contraste trazido pela universalidade do SUS em face de outros sistemas de saúde ao redor do mundo na atuação durante a pandemia, nos quais pessoas que apresentaram sintomas compatíveis com COVID-19, por ausência de condições financeiras de se tratarem, morreram em casa ou até mesmo nas ruas (COSTA; RIZZOTTO; LOBATO, 2020).

Além disso, muito além do enfrentamento à COVID-19, o SUS conviveu com crises políticas ao longo desse período voltadas para desacreditar e minimizar as questões sanitárias (SILVA; RUIZ, 2020). Em termos gerais, o SUS enfrentou ao mesmo tempo crises financeira, sanitária e política, e tem vencido a duras penas essa batalha.

Tudo isso demonstra os principais desafios e a relevância do nosso SUS, que resiste em meio ao caos e adversidades, com participação ativa na pandemia, tanto no tratamento curativo de cidadãos já acometidos pela doença, quanto em ações preventivas, por meio de ampla vacinação dos brasileiros e residentes no país.

E diante de todas essas características e relevância, observa-se que o principal componente de promoção de ações de saúde no Brasil necessita de

atenção, por meio de ações que favoreçam a otimização das estruturas já existentes, que ampliem as políticas e ações conforme as demandas que se apresentam e que sejam atreladas ao atendimento das necessidades dos cidadãos, em todas as suas perspectivas.

2.3 Qualidade

As relações humanas são envoltas em contribuições mútuas entre os indivíduos. Essas relações, que muitas vezes existem em razão da realização de algum tipo de troca, podem provocar a sensação de satisfação daqueles que estão envolvidos ao analisarem aquilo que foi recebido. A ocorrência dessa sensação faz pressupor que a aquisição contribuiu de alguma forma com aquele que a recebeu. Quando isso acontece, percebe-se que o recebido possuía algum tipo de valor.

A concepção mais genérica ao definir o termo “qualidade” consiste na apreciação do cumprimento da finalidade, que pode ser percebido ao verificar o ajuste entre a função do objeto ou serviço à utilização a qual ele seja proposto (JURAN; GODFREY, 1998).

De maneira um pouco mais complexa, essa expressão nos remete à avaliação sobre as sensações percebidas e manifestadas no ato de aquisição ou recebimento de um produto ou um serviço (ERDMANN, 2016).

Entretanto, ambas as definições abordam o tema de maneira extremamente superficial, em vista da magnitude e da complexidade que possuem os assuntos que envolvem as necessidades de cada pessoa, uma vez que elas variam no nível da compreensão individual.

Tais abordagens são um resumo da grandeza e da dificuldade em estabelecer um único conceito sobre esse tema. Diversas são as conceituações em vista da subjetividade do termo, uma vez que para cada pessoa o mundo e o que nele está são percebidos de formas diferentes.

A origem do termo qualidade não é recente. Sua primeira definição é atribuída ao filósofo Cícero: ao traduzir para o latim os escritos de Platão, teria cunhado a expressão, cuja base é o pronome *qualis*, que indica a natureza, a essência do que se analisa (VASCONCELLOS; LUCAS, 2012).

Ao longo dos anos, a base para a construção dos conceitos existentes sobre o termo foi aperfeiçoada e resultou nas abordagens trazidas pelos principais autores do tema, conforme Quadro 5:

Quadro 5 – Conceitos de qualidade

Autores	Conceito
Juran & Gryna (1991)	Estabeleceram que a qualidade é a adequação ao uso.
Feigenbaum (1996)	Qualidade é determinação do cliente, e não a determinação da engenharia, nem a de marketing e nem a da alta direção.
Crosby (1994)	Qualidade é conformidade com os requisitos.
Moller (1992)	Divide a qualidade em dois conceitos complementares: a qualidade técnica, que pressupõe a obtenção de lucro; e a humana, que está ligada à satisfação.
Taguchi (1993)	Associou a qualidade à função perda ao mensurar em valores monetários e vincular à tecnologia do produto.
Cerquinho (1994)	Associa a qualidade aos requisitos mínimos dos clientes e às relações dos processos de obtenção e de satisfação dos colaboradores.
Garvin (1984)	Estabeleceu um amplo conceito de qualidade quando dividiu o termo em oito distintas dimensões: desempenho, características, confiabilidade, conformidade, durabilidade, atendimento, estética e qualidade percebida. Também estabeleceu cinco abordagens para o conceito: transcendental, centrada no produto, centrada no valor, centrada na fabricação e centrada no cliente.
Paladini (2019)	Traça um cenário complexo, que envolve quesitos de avaliação objetiva do produto ou serviço e de avaliação pessoal. Não se restringe apenas ao produto ou serviço, pois a percepção transcende o bem propriamente dito. Estabelece um paralelo ao ampliar o debate, incluindo a cultura da qualidade como uma proposta concreta de definição para aplicação prática do conceito.

Fonte: Adaptado de Neto e Rospi (2007) e Paladini (2019).

Com isso, pode-se compreender que a evolução do conceito sobre gestão da qualidade amplia sua abrangência ao longo dos anos, fazendo com que sua função evolua do ponto da simples adequação ao uso à percepção dos clientes.

Portanto, a convergência dos termos caminha para um sentido comum que envolve vontade em melhorar processos e ofertar produtos e serviços que atendam suas finalidades, além de satisfazer as necessidades dos clientes e de seus *stakeholders*.

Em relação à perspectiva do cliente, observa-se que a sua motivação pode se basear na relação custo-benefício criada no ato da contratação, ao associar o valor monetário dispendido ao valor percebido com o produto em si (VASCONCELLOS; LUCAS, 2012). Contudo, tal cenário traz apenas uma das possibilidades existentes.

As cinco diferentes abordagens da Qualidade possibilitam uma transição no espectro da objetividade/subjetividade, o que elucida a perspectiva sobre o público-alvo, bem como a definição de conceitos intrínsecos a cada diferente abordagem, conforme Quadro 6:

Quadro 6 – Prioridades associadas às abordagens da qualidade

Abordagem	A quem prioriza	O que prioriza	O que não prioriza
Transcendental	Público rico, status	Excelência, Marca	Custo
Produto	Público tecnicamente esclarecido	Utilidade do produto Atendimento a necessidades	Supérfluos
Usuário	Público majoritário	Apelo do produto Conhecimento do mercado Custo	O que escapa à visão majoritária
Produção	Mercado em geral	Engenharia Processo Conformidade	Conhecimento do mercado
Valor	Público economicamente esclarecido	Itens que valorizam sem onerar	Supérfluos

Fonte: Adaptado de Neto e Rospi (2007).

A forma como a Qualidade é percebida possui inúmeras variáveis, bem como o enfoque dado por cada um dos envolvidos nessa análise. Com isso, para que o produto ou serviço possua essa característica, faz-se necessária a existência de instrumento capazes de atestar a qualidade dos produtos e serviços.

2.3.1 A Gestão da Qualidade

Em termos gerais, qualidade é um conceito antigo, mas que teve sua escala de desenvolvimento aumentada em razão dos processos de crescimento tecnológico iniciados no século XIX e que se consolidaram ao longo do século XX e acompanharam as necessidades geradas naquele período.

Os impactos trazidos pela Revolução Industrial do século XIX provocaram efeitos em muitos ramos da sociedade, cujos reflexos são observados até nos dias

atuais. Antes da Revolução Industrial, o acompanhamento de Qualidade nas produções era feito por associações de artesãos responsáveis por monitorar os produtos produzidos, denominadas guildas (MENDES, 2019).

Na produção, as mudanças foram significativas. Após o início da Revolução Industrial, os artesãos viram seus processos manuais em extinção ante a adoção de máquinas e o surgimento de um tipo de mão-de-obra que dividia o processo de produção e que não exigia mais o domínio de todo o do processo (OLIVEIRA, 2004).

Impulsionado pela necessidade de maximizar a produtividade de seus empregados (herança da necessidade de melhoria da indústria), o engenheiro Frederick Winslow Taylor utilizou sua capacidade de observação para desenvolver conhecimentos de natureza científica e criou um modelo de administração denominado Administração Científica (RAPOSO; SILVA, 2017).

No curso de evolução dos processos industriais, a indústria automobilística também deixou sua marca na história. Henry Ford idealizou uma linha de produção em massa com a primeira linha de produção semiautomatizada da história, modelo que ficou conhecido como Fordismo (SAN MARTINS, 2017). Observa-se que o principal objetivo dessa concepção era fazer com que os trabalhadores produzissem mais durante o tempo em que realizavam os seus serviços na fábrica.

Como forma de atingir esse objetivo, Taylor criou um sistema de remuneração variável, que atrelou o pagamento ao número de peças produzidas por cada funcionário – o que aumentou a produção dos operários (GONÇALVES, 2019).

Como consequência natural dos movimentos anteriores, corroborados pela necessidade de validação dos materiais bélicos produzidos para a 2ª Guerra Mundial e ante as impossibilidades de conferência individualizada dos itens, o engenheiro, físico e estatístico Walter A. Shewhart estabeleceu um processo de avaliação da produção por amostragem e utilizou ferramentas de controle estatístico para isso, resultando na construção de instrumentos como o Controle Estatístico de Processo e o Ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) (MARY; LONGO, 1995).

A continuidade da evolução da Qualidade se deu com o fim da guerra. O Japão, derrotado na 2ª Guerra Mundial e arrasado em razão dela, necessitava se reestruturar (MACHADO, 2012). Para isso, a *Japanese Union of Scientists and*

Engineers promoveu uma série de capacitações com seus industriais, com a finalidade de inserir o Controle Estatístico de Processo em suas estruturas e escolheu Deming para ser o precursor dessa reestruturação (MARY; LONGO, 1995).

Esse é o marco do desenvolvimento dualístico ocorrido simultaneamente entre o Ocidente e o Oriente. Do lado ocidental, Shewhart, Juran, Feigenbaum e Oakland; do lado oriental, Ishikawa, Taguchi, Shingo e Imai, com o resultado da convergência de todas essas compreensões para a qualidade total, vigente até hoje.

Todas as concepções sobre a Qualidade evoluíram ao longo dos anos, justificadas pelas demandas de cada época. Para delimitar essas evoluções, Garvin dividiu a história da Qualidade em quatro eras, conforme Quadro 7:

Quadro 7 – A evolução da Qualidade

(continua)

Identificação de características	Inspeção	Controle estatístico da qualidade	Garantia da qualidade	Gerenciamento estratégico da qualidade
Preocupação básica	Verificação	Controle	Coordenação	Impacto estratégico
Visão da qualidade	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser resolvido	Um problema a ser revolido, mas que seja enfrentado pró ativamente	Uma oportunidade de concorrência
Ênfase	Uniformidade do produto	Uniformidade do produto com menos inspeção	Toda a cadeia de produção, desde o projeto até o mercado, e a contribuição de todos os grupos funcionais, especialmente os projetistas, para impedir falhas de qualidade	As necessidades de mercado do consumidor
Métodos	Instrumento de medição	Instrumentos e técnicas estatísticas	Programas e sistemas	Planejamento estratégico, estabelecimento de objetivos e a mobilização da organização
Papel dos profissionais da qualidade	Inspeção. Classificação, contagem e avaliação	Solução de problemas e a aplicação de métodos estatísticos	Mensuração da qualidade, planejamento da qualidade e projeto de programas	Estabelecimento de objetivos, educação e treinamento, trabalho consultivo com outros departamentos e delineamento de programas

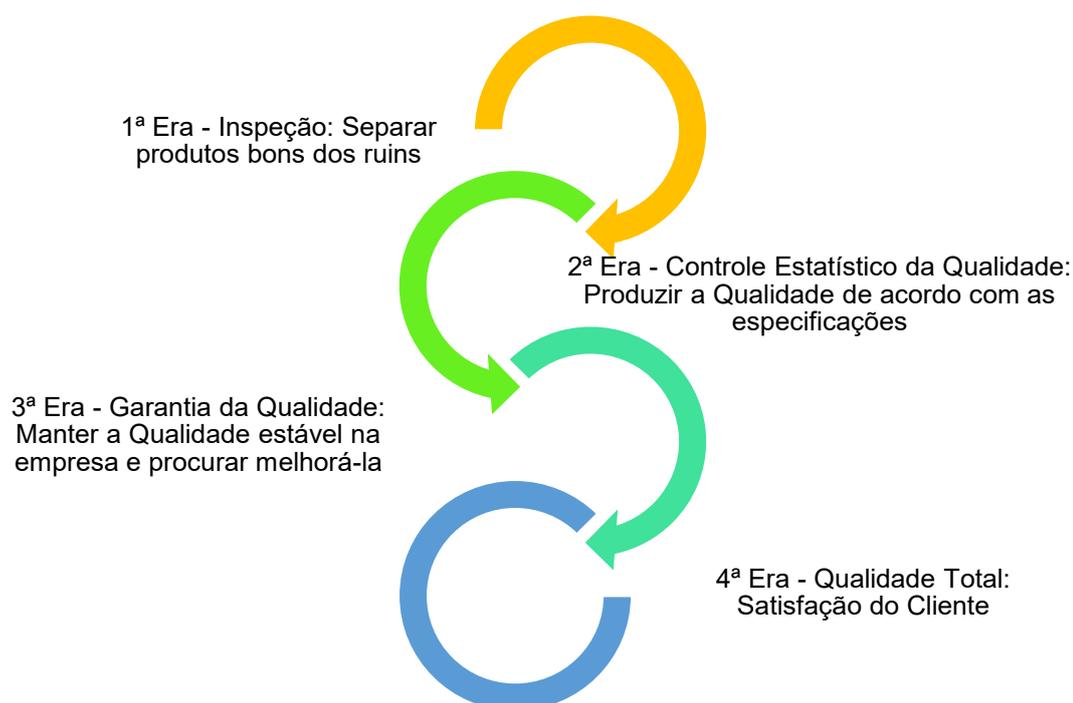
(continuação)

Quem é o responsável pela qualidade	O departamento de inspeção	Os departamentos de produção e engenharia	Todos os departamentos, embora a alta gerência só se envolve periféricamente com o projeto, o planejamento e a execução das políticas da qualidade	Todos na empresa, com a alta gerência exercem forte liderança
Orientação e abordagem	"Inspecciona" a qualidade	"Controla" a qualidade	"Constrói" a qualidade	"Gerencia" a qualidade

Fonte: Traduzido de Garvin (1988, p. 37).

Diante desse cenário, pode-se identificar as seguintes características associadas aos respectivos objetivos da qualidade em cada era, conforme Figura 8:

Figura 8 – As eras da Qualidade



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em termos gerais, o início da preocupação com o que se ofertava consistia na separação daquilo que agradava a si e o que era ruim, o que caracteriza o principal ponto abordado pela primeira era.

O principal ponto abordado pelo período compreendido pela segunda era consistia na definição de critérios mínimos de especificação dos produtos que eram produzidos.

Na terceira era, as empresas promoveram a observação de seus próprios processos e produtos e, a partir daí, buscavam melhorias em suas entregas para seus clientes.

Já a quarta era tem como ponto central a busca pela satisfação do cliente. A principal entrega da denominada era da Qualidade total é caracterizada pelo deslocamento da preocupação com o produto ou serviço em si para a percepção de como o cliente avalia essa entrega e reorganiza seus processos para que essa percepção seja sempre melhor avaliada.

Como forma de implementar as concepções da Qualidade na estrutura das organizações, foi criada uma base capaz de operacionalizar a padronização e as melhorias nos processos de trabalho denominada Gestão da Qualidade, cujo alicerce se deu em sete princípios, denominados princípios da Qualidade, conforme Figura 9:

Figura 9 – Princípios da Qualidade



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

O foco no cliente, trazido como o primeiro princípio da Gestão da Qualidade, enuncia que as organizações devem promover a ênfase de suas ações direcionadas ao cumprimento da satisfação de sua razão de existência (seus clientes) na busca por atingir suas expectativas (SANTOS; GUIMARÃES; BRITO, 2013).

A liderança estabelece a relação entre a atuação dos líderes da organização e o fortalecimento da Gestão da Qualidade, com o desenvolvimento de condições para direcionar os objetivos organizacionais (MENDES, 2019).

O compromisso das pessoas justifica a necessidade de investimento em capacitações para os colaboradores e da criação da cultura de compromisso deles com a organização, mediante uma relação mútua de respeito, por meio de ações de reconhecimento, empoderamento e reforço das competências (VALLS, 2004).

A abordagem do processo constituiu o princípio que estabelece que o entendimento das rotinas da organização caracteriza condição imprescindível para que possam ser desenvolvidas ações de melhorias, por meio do controle do que é executado (MENDES, 2019).

A melhoria contínua caracteriza-se como o sexto princípio. Esse aperfeiçoamento contínuo associa as demandas dos clientes como mutáveis, varia conforme as demais organizações existentes e entende que as organizações são sistemas vivos, complexos e em constante mudança, razão pela qual a busca por melhorias deve ser dinâmica e também deve possuir essas características (VALLS, 2004).

A tomada de decisão baseada em evidências é um princípio complexo e extremamente importante, uma vez que sua aplicação se associa ao fato de que decisões escolhidas com base em evidências tendem a serem mais assertivas e atingem os resultados esperados (MENDES, 2019).

A gestão de relacionamento possibilita agregar e valorizar as relações existentes entre empresa e fornecedores, cuja satisfação possibilita otimizar o desempenho da organização (VALLS, 2004).

O aspecto financeiro da Gestão da Qualidade também possui relevância diante da necessidade de investimentos voltados para as adequações necessárias em estruturas e processos. No entanto, a análise dessa questão de maneira superficial constitui um erro na abordagem.

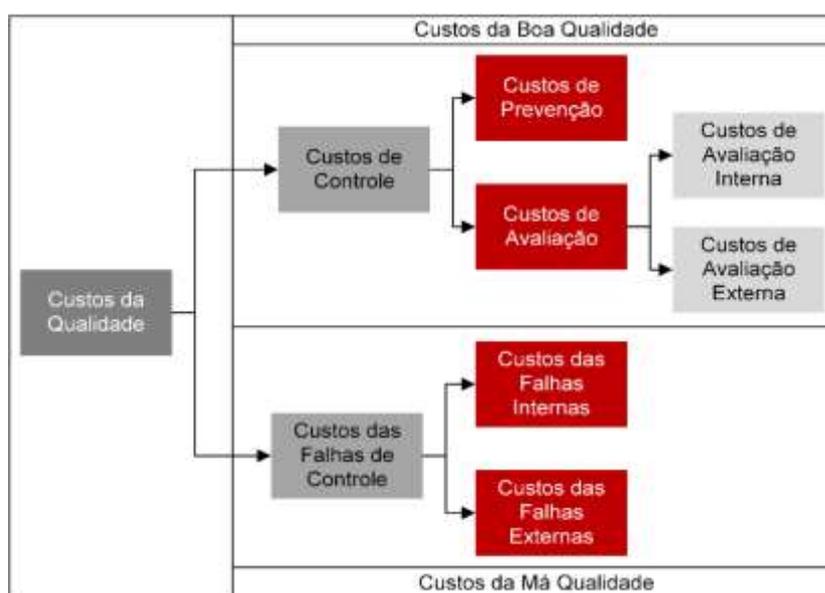
Ao analisar os custos associados aos processos de trabalho, estimou-se que um percentual que varia entre 15% e 20% desses custos ocorriam em razão de processos imperfeitos, que geraram retrabalho (DEFEO; JURAN, 2015).

Esse percentual representa uma parte do custo de qualidade da produção. A compreensão do tema passa por entender que custos integram os processos de trabalho.

Em termos gerais, é possível identificar que em um processo de trabalho existem custos que aumentam a qualidade dos produtos com os custos que não agregam valor ao bem ou serviço (LINS, 2001).

Esses dois tipos de Custos da Qualidade podem ser definidos como Custos da Boa Qualidade e Custos da Má Qualidade. As subdivisões desses dois tipos podem ser descritas conforme Figura 10:

Figura 10 – Custos da Qualidade



Fonte: Adaptado de Juran e Godfrey (1998).

Diante disso, observa-se que é possível equacionar a relação supra por meio da fórmula: Custos da Qualidade é o resultado dos Custos de Prevenção somados aos Custos de Avaliação, aos Custos das Falhas Internas e aos Custos das Falhas Externas.

É importante observar que se trata de uma equação não linear, o que implica dizer que o mero investimento nos Custos da Boa Qualidade não enseja necessariamente aumento dos Custos da Qualidade: as corretas aplicações de custos e execuções de processos resultarão na redução dos Custos da Qualidade.

Além dessas questões, também se faz necessário contextualizar a Gestão da Qualidade sob o prisma dos modelos da administração pública do Brasil. Em termos gerais, observa-se a existência de quatro distintas fases: a administração patrimonial, a administração burocrática, a administração gerencial e a administração societal.

Ao analisar cada momento, observa-se que o início da administração pública brasileira aconteceu com o patrimonialismo importado pelos portugueses no período colonial e consolidado no século XIX no Brasil Império (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

A concepção central desse modelo encontra sua base na sociologia weberiana e é caracterizado pelo exercício da dominação de um grupo social em detrimento de outros grupos, que faz com que sejam exercidas, pelos dominados, as vontades dos dominadores (CAMPANTE, 2003).

Frisa-se também como característica intrínseca desse modelo a confusão em relação à propriedade dos bens: o que é público e o que é privado, muitas das vezes, não possuíam diferenciação; por meio dessa apropriação e da destinação de uso dos bens públicos eram exercidas as relações de dominação entre os grupos (FAORO, 2001).

A administração patrimonial, portanto, caracteriza-se pelo estabelecimento de uma relação de exercício de dominação por quem se encontrava como o detentor dos bens públicos e, com base nesse poder arbitrário, instituía uma forma de realização das próprias vontades, cuja estrutura se perdurou no Brasil até aproximadamente 1930.

O modelo sucessor no Brasil foi o burocrático, que teve seu início com a ascensão do governo de Vargas, e cuja principal característica foi a institucionalização de normas legais como a base da gestão, na qual fonte é o poder racional-legal, e teve sua origem nas revoluções liberais europeias dos séculos XVIII e XIX (CAMPELO, 2010).

Sua execução foi pautada por ineficiência das ações realizadas pela Administração Pública, fruto das disputas de poder entre os políticos e os

burocratas, e pelo clientelismo – subproduto da utilização da máquina pública para a realização de interesses particulares (OLIVIERI, 2011).

A ausência de respostas eficientes por parte da Administração Pública subsidiou o surgimento de um novo modelo de gestão.

Com base no empreendedorismo e originado pelo neoliberalismo inglês e norte-americano, o gerencialismo logo se espalhou pela Europa e pela América Latina, iniciado no Brasil na década de 1990 (PAES DE PAULA, 2005).

Também conhecido como Nova Gestão Pública (NGP), o gerencialismo constituiu um modelo cuja proposta principal era a busca de efficientização da administração pública por meio da adoção de instrumentos de monitoramento de processos e de custos importados da administração privada – tida como um modelo mais eficiente de gestão que os anteriores (MOTTA, 2013).

A instrumentalização da gestão constituiu um marco para a administração pública brasileira, principalmente pautada pelas reformas do Estado, por meio da inclusão de instrumentos que possibilitaram monitorar e ajustar alguns processos existentes.

Entretanto, como todos os demais modelos anteriores, o gerencialismo também possui suas limitações, principalmente pautadas pela instrumentalização excessiva de ferramentas importadas da administração privada em detrimento das características da administração pública (MOTTA, 2013); desconsidera, por exemplo, a participação da esfera política e de seus interesses na realização da gestão pública.

Em resposta aos pontos nos quais o gerencialismo falha, surge na proposta da administração pública societal um modelo em construção que busca responder tais anseios (DRUMOND; SILVEIRA; SILVA, 2014). Seu início se deu por intermédio dos movimentos sociais a partir da década de 1960.

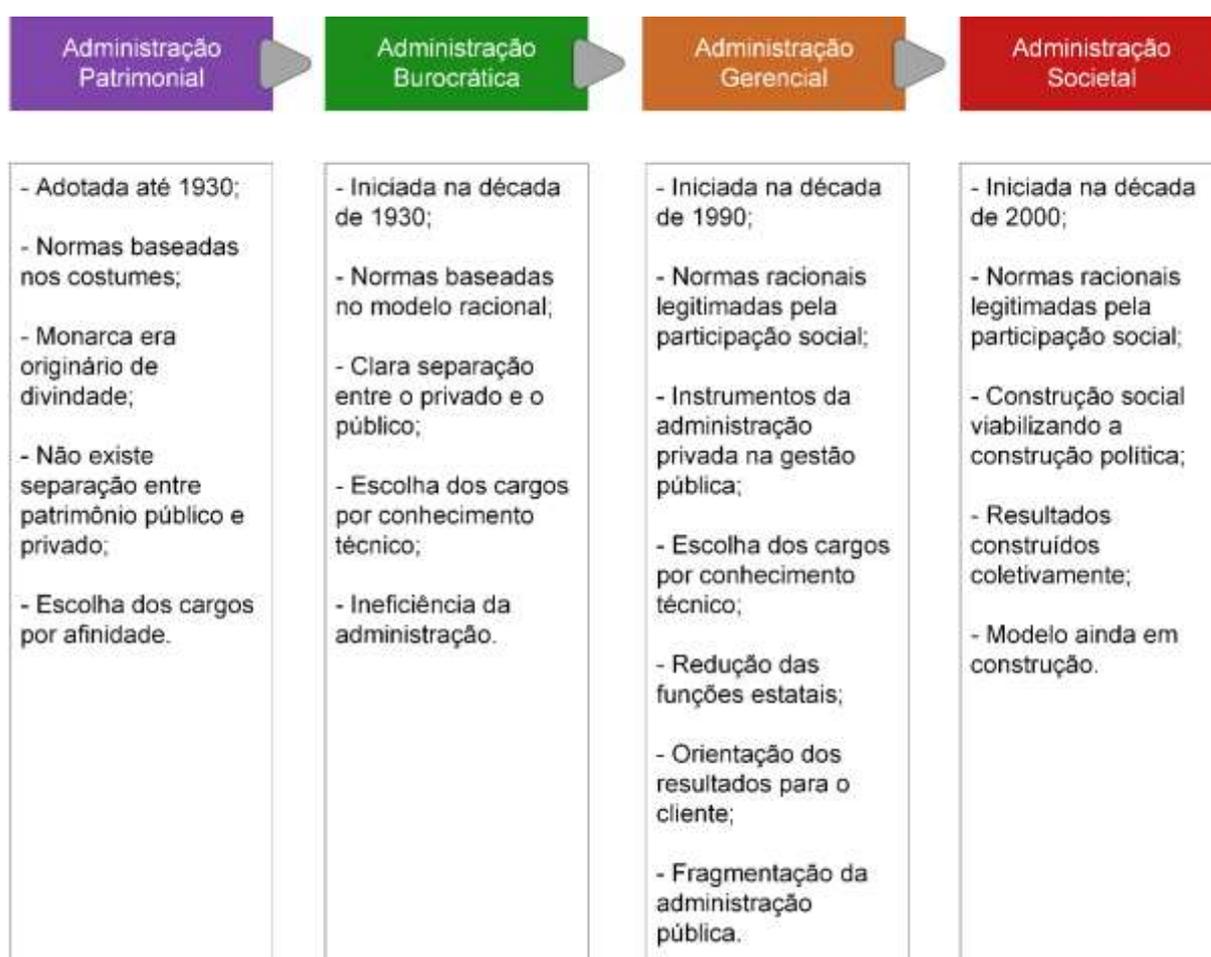
Trata-se de uma vertente que traz a visão de uma participação social na política e permite uma aproximação da sociedade nos processos políticos de forma ativa e que passou a ganhar força no pós-reforma, a partir dos anos 2000 (PAES DE PAULA, 2005).

O enfoque participativo adotado na condução das políticas públicas proporciona a descentralização das decisões – característica que contrapõe a centralização, característica presente nos demais modelos (DRUMOND; SILVEIRA; SILVA, 2014).

As características das dimensões estruturais são a principal distinção do gerencialismo: enquanto o modelo societal dá ênfase à dimensão sociopolítica, no gerencialismo os principais pontos são o econômico-financeiro e o institucional-administrativo (PAES DE PAULA, 2005).

Assim, visualiza-se que os quatro paradigmas constituem uma interface da evolução dos modelos de gestão existentes, sumarizados conforme Figura 11:

Figura 11 – Modelos de administração pública no Brasil



Fonte: Adaptado de Paes de Paula (2005), Campante (2003), Campelo (2010) e Motta (2013).

Diante disso, identifica-se que a atual proposta da Gestão da Qualidade trazida para a administração pública pode ser contextualizada como parte da

transição entre o modelo de administração gerencial e o modelo da administração societal.

Essa nuance se dá em razão da ênfase nos resultados sob o ponto de vista do usuário – característica do gerencialismo – e da construção participativa, uma das principais características da administração societal.

Assim, vislumbra-se que as concepções trabalhadas dentro do tema Gestão da Qualidade possibilitam sua implementação nos diversos tipos de organizações que integram a administração pública brasileira, que incluem as áreas da Educação, da Segurança e, sobretudo, da Saúde.

2.3.2 O Setor Saúde e a Gestão da Qualidade

Como em todas as áreas cujas atividades se associam à execução humana e que possa ser mensurada, a Saúde também constitui uma esfera onde a aplicação da Gestão da Qualidade é de extrema importância.

À primeira vista, o objeto trabalhado por esse segmento da sociedade envolve o principal bem da humanidade: a vida. Seja por meio de prestação de tratamentos diretos de saúde como ações de manutenção da vida ou nos tratamentos que se vinculam à melhoria das condições de vida, o objeto central das atividades não se altera.

Diante dessa premissa, as primeiras ações voltadas para melhorar os serviços de saúde prestados remontam ao efervescente século XIX. Os primórdios do desenvolvimento de ações que visavam melhorar a execução de serviços de saúde remontam ao final do século, mais especificamente no período da Guerra da Criméia, em 1894.

Durante seu voluntariado como enfermeira nesse combate, Florence Nightngale, em razão de sua perspicácia, observou que fatores externos impactavam no curso dos tratamentos de saúde prestados, razão pela qual tal constatação se tornou a base da Teoria Ambientalista por ela desenvolvida (BEZERRA et al., 2018; TAVARES et al., 2020).

Essa teoria é considerada como a base da qualidade, em vista a aplicação inicial de utilização de indicadores para controle do ambiente como forma de

interferência para melhorias nos desfechos dos tratamentos de saúde (SCHAURICH; MUNHOZ; DALMOLIN, 2020).

Ao longo do século XX, a análise da Qualidade em Saúde acompanhou as evoluções obtidas com os resultados da Qualidade nos demais segmentos da sociedade.

O marco da Acreditação enquanto sistema de definição de padrões e de mensuração de Qualidade Hospitalar se deu em 1924, nos Estados Unidos, com a criação do Programa de Padronização Hospitalar pelo Colégio Americano de Cirurgiões (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

A partir da década de 1980, o médico libanês Avedis Donabedian estabeleceu um marco na utilização da qualidade nos serviços de saúde.

Seu trabalho estabeleceu as bases da Qualidade em Saúde com a definição da qualidade alicerçada em sete pilares: a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a aceitabilidade, a legitimidade e a equidade, conceituados conforme demonstrado no Quadro 8:

Quadro 8 – Os pilares da Qualidade em Saúde

Pilares	Conceito
Eficácia	A capacidade de cuidar, no seu melhor, de melhorar a saúde.
Efetividade	O grau em que melhorias de saúde alcançáveis são realizadas.
Eficiência	A capacidade de obter a maior melhoria na saúde com o menor custo.
Otimização	O equilíbrio mais vantajoso entre os custos e os benefícios.
Aceitabilidade	Conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, a relação paciente-médico, as comodidades, os efeitos do atendimento e o custo do atendimento.
Legitimidade	Conformidade com as preferências sociais em relação a todos os itens acima.
Equidade	Justiça na distribuição de cuidados e seus efeitos na saúde.

Fonte: Traduzido de Donabedian (1990, p. 1.115).

Ao longo dos anos subsequentes, os processos de validação dos processos de trabalho de organizações assistenciais constituíram uma crescente evolução, na medida em que os processos passaram a ser disseminados em razão do aumento do nível de exigência dos clientes. Diante desse cenário, o processo de padronização influenciou vários pontos sensíveis das organizações, cujos principais impactos estão listados no Quadro 9:

Quadro 9 – Principais impactos da Qualidade em Saúde

Beneficiário	Quesitos	Impacto
Organização	Custos e financiamento	<ul style="list-style-type: none"> - Reduz custos. - Auxilia na identificação de áreas para financiamento.
	Qualidade, segurança e responsabilidade pública	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora os processos de trabalho da organização. - Organiza políticas e procedimentos e reduz variações [...]. - Melhora práticas internas, com ênfase nas bem-sucedidas. - Gera continuamente referências para iniciativas de melhoria da qualidade, políticas e processos. - Aumenta a conformidade com os padrões de qualidade e segurança. - Promove a cultura da qualidade e segurança. - Demonstra credibilidade e compromisso com a qualidade, segurança e responsabilidade pública.
Clientes	Sociedade	<ul style="list-style-type: none"> - Atua com um nível aceitável de qualidade. - Melhora da reputação na comunidade e entre os clientes. - Aumenta o nível de satisfação. - Diminui a possibilidade de ocorrência de eventos adversos. - Sustenta melhorias organizacionais na qualidade.
Funcionários	Comunicação entre colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a capacitação dos profissionais, o desenvolvimento e a aprendizagem organizacional. - Aumenta a satisfação entre os profissionais. - Melhora a comunicação e a colaboração interna e externa.
	Trabalho multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Promove a oportunidade de construção de equipe. - Melhora o entendimento das funções dos demais serviços. - Possibilita a percepção de como o trabalho de cada colaborador agrega valor à missão institucional.

Fonte: Traduzido de Nicklin (2013).

As premissas trazidas pela avaliação das organizações nos remetem ao conteúdo conceitual sobre as dinâmicas, em que cada tipo de análise voltada para a mensuração da Qualidade nos processos assistenciais possui suas particularidades.

Para que seja possível entender o processo, é preciso distinguir dois conceitos bem próximos que caracterizam duas vertentes nesse âmbito: acreditação e certificação. A certificação é um documento emitido por um avaliador que atesta que a organização cumpre determinados requisitos, cujo escopo é definido pelo próprio avaliado; implica dizer que a organização foi auditada por um órgão externo e que seus processos cumprem os requisitos por ela definidos. Já a acreditação é um processo mais complexo que envolve todos os processos da organização e os processos externos que se relacionam com os processos internos, além do escopo ser estabelecido pela Norma de Acreditação (ACREDITE-SE, 2021; BONATO, 2011).

Baseadas nessa diferenciação, as principais entidades que trabalham o processo de elaboração de normas de padrões de qualidade se dividem entre programas de certificação de qualidade e os programas de acreditação em saúde.

Dentre os programas de certificação, destacam-se a *Occupational Health and Safety Management* (OHSAS) e a *International Organization for Standardization* (ISO). Em relação aos programas de acreditação de serviços de saúde, destacam-se a *Accreditation Canada International* (ACI), a *Healthcare Information and Management Systems Society* (HIMSS), a *Joint Commission International* (JCI), a *National Integrated Accreditation for Healthcare Organization* (NIAHO) e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), cujas características são descritas no Quadro 10:

Quadro 10 – Características das organizações certificadoras e acreditadoras

Programa	Objetivo	Características
OHSAS	Certificação	Norma internacional que busca a estruturação de processos associados à saúde e à segurança ocupacional das organizações (OHSAS, 2007).
ISO	Certificação	Voltada para diferentes segmentos, estabelece um padrão internacional de gestão da qualidade com ênfase na padronização dos processos e na satisfação dos clientes (ISO, 2021).
ACI	Acreditação	Organização internacional voltada para a melhoria da qualidade de serviços sociais e de saúde (ACI, 2021).
HIMSS	Acreditação	Organização internacional cuja ênfase é voltada para a transformação do ambiente da saúde por meio dos sistemas de informação (HIMSS, 2021).
JCI	Acreditação	Organização internacional cuja atuação é voltada para a melhoria da segurança do paciente e a qualidade dos cuidados de saúde, mediante a criação de padrões globais (JCI, 2021).
NIAHO	Acreditação	Organização norte-americana para organizações de saúde, com ênfase na segurança do paciente e de profissionais de saúde e visitantes (NIAHO, 2021).
ONA	Acreditação	Entidade brasileira de acreditação de instituições de saúde, com ênfase na melhoria permanente da qualidade assistencial (ONA, 2022).

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

As principais organizações responsáveis por atestar a qualidade dos serviços de saúde possuem diversas perspectivas e abordagens de diferentes requisitos. Diante dessa variedade existente e como forma de delimitar a presente pesquisa, avaliou-se cada um dos requisitos propostos pelas organizações e optou-se pela metodologia da ONA, uma vez que se trata de uma entidade brasileira, o que

possibilita um melhor direcionamento para as realidades nacionais, bem como possuir ênfase voltada especificamente para instituições de saúde, o que pode favorecer o direcionamento de ações de melhoria da qualidade em processos específicos à realidade de um hospital situado no Brasil.

2.3.3 Qualidade em Saúde e a ONA

A institucionalização da cultura da Qualidade em Saúde ainda é um conceito muito recente na história brasileira. Apesar de as primeiras preocupações com a qualidade dos serviços de saúde remeterem à década de 1940, foi só na década de 1990 que o Brasil, motivado pela crescente demanda de melhorias trazida com a redemocratização e fomentado pela OMS, criou o Programa Brasileiro de Acreditação, responsável pelas diretrizes e pelos conceitos da Acreditação Hospitalar no país (SCHIESARI; KISIL, 2003).

A operacionalização do Programa contou com a participação de diversas entidades públicas, filantrópicas e privadas; ao longo do ano de 1998, realizou diversas rodadas de discussões, cujo principal objetivo era a construção de um manual voltado para qualificar os serviços de saúde (NOVAES, 2015).

Ato contínuo, foi constituída em 1999 a ONA, uma instituição privada e sem fins lucrativos, de interesse público, responsável pelo gerenciamento do Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) e pelo fomento ao aprimoramento dos processos de trabalho do Setor Saúde (ONA, 2018), cuja logomarca é apresentada conforme Figura 12:

Figura 12 – Organização Nacional de Acreditação – ONA



Fonte: ONA (2022).

Sua missão consiste em “aprimorar a gestão, qualidade e segurança da assistência no Setor Saúde, por meio do Sistema Brasileiro de Acreditação” (ONA, 2018, p. 13).

Assim, verifica-se que a ONA integra o SBA com as Instituições Acreditoras Credenciadas e com prestadores de serviços de saúde, com a incumbência de coordenar o SBA e com a visão pautada pela disseminação da segurança, da qualidade e credibilidade dos serviços de saúde (ONA, 2022). Em sua definição, o SBA estabelece três diferentes tipos de certificação, listados conforme Quadro 11:

Quadro 11 – Níveis de certificação ONA e seus requisitos

Nível	Descrição	Requisitos	Validade
1	Acreditado	A organização de saúde cumpre ou supera, em 70% ou mais, os padrões de qualidade e segurança definidos pela ONA.	2 anos
2	Acreditado Pleno	Cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; Cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades.	2 anos
3	Acreditado com Excelência	Cumprir ou superar, em 90% ou mais, os padrões de qualidade e segurança; Cumprir ou superar, em 80% ou mais, os padrões de gestão integrada; Cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, demonstrando uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.	3 anos

Fonte: Adaptado de ONA (2022).

Observa-se que os níveis de certificação reconhecidos pela ONA variam em função dos requisitos que são cumpridos pela organização de saúde, cujos dois primeiros níveis são o Acreditado e o Acreditado Pleno, ambos com dois anos de validade, e o terceiro (e mais complexo) nível é o Acreditado com Excelência, cuja certificação tem validade por três anos.

Surge, então, para as organizações já certificadas o direito de utilizar selos de certificação emitidos pela ONA em seus documentos, conforme Figura 13:

Figura 13 – Selos de Certificação ONA



Fonte: ONA (2022).

A metodologia utilizada pela ONA obteve reconhecimento internacional, por meio da certificação obtida em 2016 e emitida pela *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), responsável pela certificação de organizações acreditadoras ao redor do mundo (ONA, 2022). Em seu campo de atuação, possui 1.044 organizações de saúde certificadas, distribuídas conforme Tabela 5:

Tabela 5 – Total de instituições certificadas ONA – 2022

Certificação	Quantidade
Acreditado	268
Acreditado com Excelência	472
Acreditado Pleno	273
Selo de Qualificação	31
Total	1.044

Fonte: Adaptado de ONA (2022).

Em razão da certificação por tipo de instituição, observa-se que sua distribuição se dá conforme Gráfico 26:

Gráfico 26 – Certificações ONA por tipo de instituição – 2022

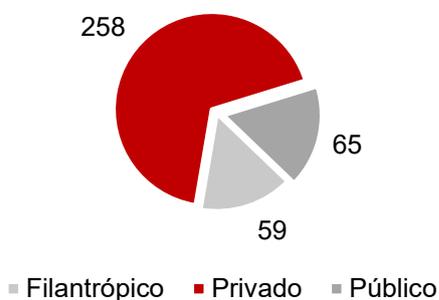


Fonte: Adaptado de ONA (2022).

Das 1.044 instituições certificadas, os dados apontam para um quantitativo maior de hospitais certificados pela ONA (382) em detrimento dos demais tipos de instituições, o que evidencia a certificação com uma ênfase maior para esse tipo de organização de saúde.

Desses 382 hospitais certificados, observa-se a possibilidade de separação em três tipos distintos de natureza jurídica: os públicos, os privados e os filantrópicos, cuja distribuição se dá conforme Gráfico 27:

Gráfico 27 – Hospitais certificados ONA por natureza jurídica – 2022



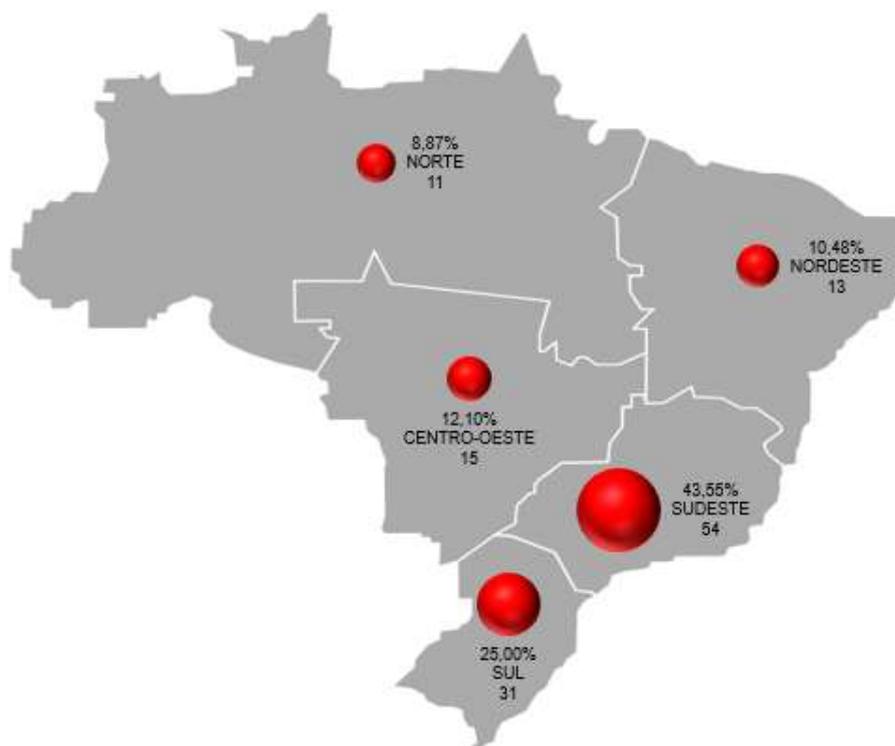
Fonte: Adaptado de ONA (2022).

Com isso, observa-se que do total de hospitais certificados pela ONA, 17,02% são hospitais públicos, 15,45% são hospitais filantrópicos e 67,54% são hospitais de

natureza jurídica privada – o que demonstra o maior direcionamento para atividades de acreditação pelos hospitais privados.

A análise dos 124 hospitais públicos e filantrópicos que hoje são certificados pela ONA, ao serem distribuídos conforme localização geográfica, permite a construção da Figura 14:

Figura 14 – Hospitais acreditados ONA por Região – 2022



Fonte: Adaptado de ONA (2022).

Com isso, verifica-se que a maior concentração de hospitais que possuem acreditação pela ONA está na região Sudeste (43,55%), seguida da região Sul (25%). As demais regiões possuem um quantitativo aproximado de hospitais acreditados, com 15 hospitais no Centro-Oeste, 13 no Nordeste e 11 no Norte.

Não obstante à possibilidade de promoção de melhorias dos processos de trabalho proveniente da acreditação das organizações de saúde, observa-se – por ser uma pauta relativamente nova, cujas discussões foram pautadas após a construção do SUS – que se trata de um processo incipiente para as organizações de saúde no Brasil, sobretudo nos hospitais públicos.

Embora existam estudos sobre a Gestão da Qualidade em Saúde, não foram localizadas pesquisas específicas que realizem um diagnóstico situacional com proposição de intervenção para o HRBJA, conforme apresenta o Quadro 12:

Quadro 12 – Estudos sobre a Gestão da Qualidade em Saúde

(continua)

Ano	Autores	Título	Objetivo	Fonte
2021	BERGHOLT, Maria Daniella et al.	<i>Patients experience more support, information and involvement after first-time hospital accreditation: A before and after study in the Faroe Islands</i>	Examinar a associação entre a primeira acreditação hospitalar e as experiências dos pacientes.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2021	VAN WILDER, Astrid et al.	<i>Is a hospital quality policy based on a triad of accreditation, public reporting and inspection evidence-based? A narrative review</i>	Avaliar a base de evidências atual sobre o impacto da acreditação, RP e inspeção nos processos e resultados do paciente.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2019	ANDRES, Ellie Bostwick et al.	<i>Can hospital accreditation enhance patient experience? Longitudinal evidence from a Hong Kong hospital patient experience survey</i>	Avaliar o impacto longitudinal da acreditação hospitalar na experiência do paciente em um hospital universitário com financiamento público em Hong Kong.	<i>BMC Health Services Research</i>
2017	DESVEAUX, Laura et al.	<i>Understanding the impact of accreditation on quality in healthcare: A grounded theory approach</i>	Explorar como as organizações respondem e interagem com o processo de acreditação e os mecanismos reais e potenciais por meio dos quais a acreditação pode influenciar a qualidade.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2017	SAUT, Ana Maria; BERSSANETI, Fernando Tobal; MORENO, Maria Carolina	<i>Evaluating the impact of accreditation on Brazilian healthcare organizations: A quantitative study</i>	Avaliar o impacto dos programas de acreditação nas organizações de saúde brasileiras.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2017	ALMASABI, Mohammed; THOMAS, Shane	<i>The impact of Saudi hospital accreditation on quality of care: a mixed methods study</i>	Examinar o impacto da CBAHI na qualidade do atendimento.	<i>International Journal of Health Planning and Management</i>
2017	BOGH, Søren Bie et al.	<i>Predictors of the effectiveness of accreditation on hospital performance: A nationwide steppedwedge study</i>	Identificar preditores da eficácia da acreditação hospitalar nas medidas de desempenho do processo.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>

(continuação)

2017	NICKLIN, Wendy et al.	<i>Leveraging the full value and impact of accreditation</i>	Sugerir que a metodologia e a aplicação da acreditação têm o potencial de serem a força para alinhar essas abordagens e, em última análise, melhorar de forma mensurável a qualidade do atendimento.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2016	BRAITHWAITE, Jeffrey et al.	<i>How to do better health reform: A snapshot of change and improvement initiatives in the health systems of 30 countries</i>	Analisar o impacto que essas iniciativas de reforma sanitária tiveram na qualidade e segurança da assistência em um contexto internacional.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2016	BOGH, Søren Bie et al.	<i>Improvement in quality of hospital care during accreditation: A nationwide stepped-wedge study</i>	Avaliar as mudanças ao longo do tempo na qualidade dos cuidados hospitalares em relação ao primeiro ciclo de acreditação na Dinamarca.	<i>International Journal for Quality in Health Care</i>
2015	MUMFORD, Virginia et al.	<i>Counting the costs of accreditation in acute care: An activity-based costing approach</i>	Avaliar os custos da acreditação hospitalar na Austrália.	<i>BMJ Open</i>

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Assim, é possível compreender a dimensão das políticas públicas de saúde e a necessidade dos serviços de saúde no Brasil. Contudo, não é necessário somente que existam, mas que também assegurem à população serviços prestados com qualidade. E os processos de Gestão da Qualidade possibilitam essa realidade, por meio da utilização de metodologias de validação comprovadamente eficientes que, uma vez implementadas, possibilitam a efetiva prestação de serviços com valor agregado aos usuários dos serviços hospitalares do HRBJA.

3 METODOLOGIA

O anseio do ser humano em buscar por respostas às suas questões remete aos tempos imemoriais, o que motivou a construção de maneiras de obtê-las (GIL, 2008). Como forma de buscar resultados para as indagações do ser humano, ao longo dos anos foram construídas e aperfeiçoadas formas mais complexas de desenvolvimento do conhecimento, com a conseqüente evolução dos processos (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Os resultados apontados dessas construções convergem para procedimentos estruturados e sistemáticos que são capazes de demonstrar todas as etapas e o caminho percorrido até a construção do conhecimento, denominadas pesquisas (GIL, 2018).

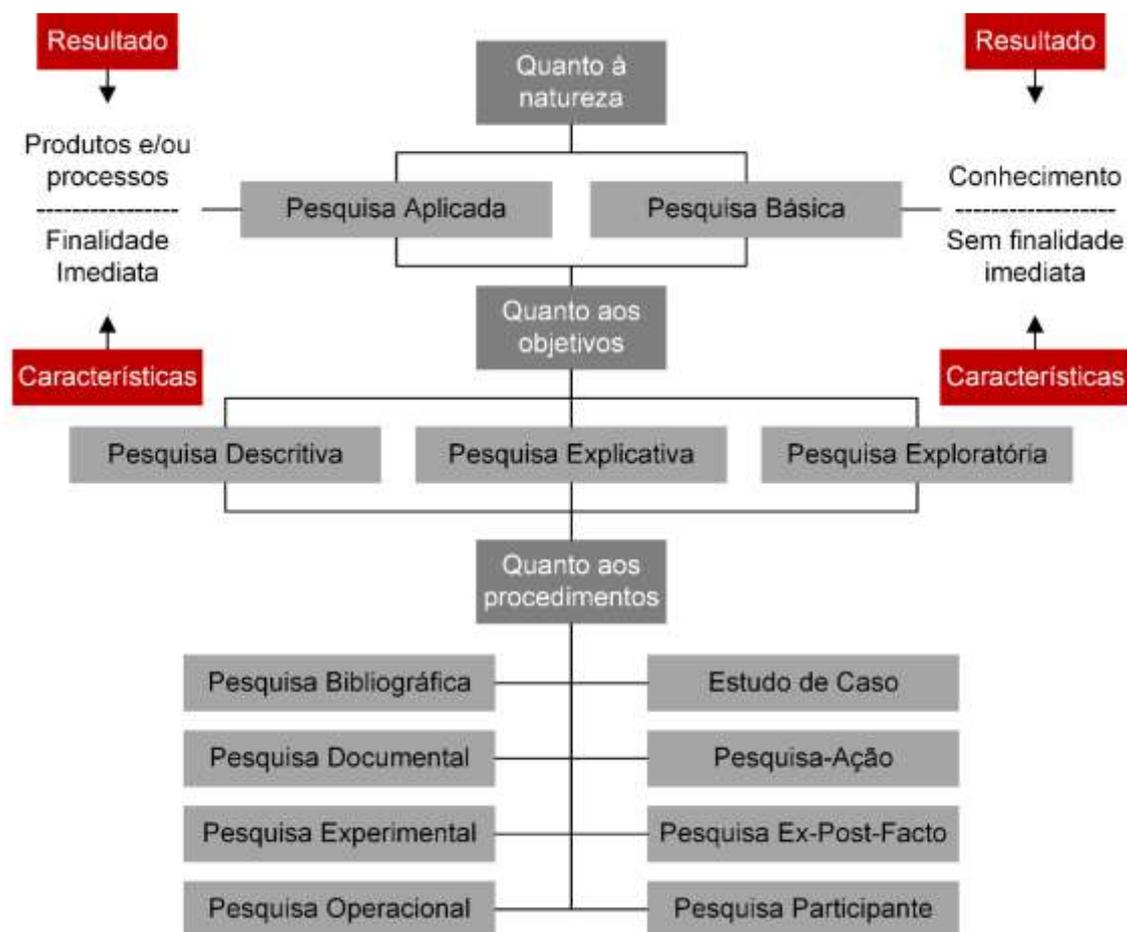
Diante desse caminho estruturado e delimitado, caracterizado pela formalidade para a constituição do conhecimento, Marconi e Lakatos (2021, p. 182) definem a pesquisa como “um procedimento formal, com método de pensamento reflexivo, que requer tratamento científico e se constitui no caminho para conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”.

Em razão dessas características associadas a outras propriedades, tais como a objetividade e o interesse do campo intelectual, vislumbra-se que o resultado obtido pela sua realização se denomina conhecimento científico (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007).

Como função, a pesquisa consiste no aprofundamento (com metodologia científica) do conhecimento sobre algum tipo específico de assunto, cuja construção tem o caráter sistematizado, metódico e crítico, e cujo resultado agrega valor ao conhecimento humano já produzido que se encontra disponível (PRODANOV; FREITAS, 2017).

Por conseguinte, existem incontáveis possibilidades de planejar, executar e concluir uma pesquisa científica (KÖCHE, 2011). Em razão dessa diversidade, várias são as possibilidades de realização de uma pesquisa científica, demonstradas conforme Figura 15:

Figura 15 – Tipos de pesquisa científica



Fonte: Adaptado de Silva (2004).

Tais tipos vão ao encontro das perspectivas trazidas por Gil (2018), que estabelece que a classificação das pesquisas científicas pode ser dividida em quatro diferentes tipos de critérios: conforme a natureza da pesquisa; conforme a abordagem do problema; conforme os objetivos da pesquisa; e conforme os procedimentos técnicos adotados.

3.1 Caracterização do estudo

Em razão da abordagem do problema, o presente estudo se classifica como uma pesquisa qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que envolve técnicas de análise indutiva dos dados, ante a relação trazida entre o sujeito e o mundo objetivo e que não pode ser expressada por meio de números (PRODANOV; FREITAS, 2017).

Em razão da natureza da pesquisa, o estudo se classifica como uma pesquisa aplicada, o que se configura em função da ênfase dada à solução de problemas direcionados e de ordem prática (SILVA; MENEZES, 2005), visto que o objetivo do estudo é a construção de novos conhecimentos que possam ser implementados na rotina de uma organização de saúde.

Com base nos objetivos do estudo, pode-se classificá-lo como uma pesquisa exploratória, uma vez que a intenção é abordar o tema de forma ampla, cujo objetivo não é uma solução definitiva. Nesse sentido, explica Gil (2008) que a finalidade das pesquisas exploratórias envolve o aperfeiçoamento de conceitos existentes para subsidiar estudos futuros. Prodanov e Freitas (2017) complementam tal conceito com a admissibilidade de mais perspectivas quanto aos desenvolvimentos dos estudos, em razão da flexibilidade do planejamento deste tipo de pesquisa.

Quanto aos procedimentos técnicos que serão adotados, o estudo se classifica, inicialmente, como uma pesquisa bibliográfica, uma vez que a primeira parte do estudo contemplou um levantamento de materiais já publicados a fim de construir a base teórica da pesquisa – o que se caracteriza com a utilização de dados secundários.

Nesse sentido, os ensinamentos trazidos por Gil (2008) corroboram com tal definição, ante a possibilidade de utilização deste tipo de pesquisa como forma de expandir a consulta a materiais disponíveis, com a realização de pesquisas em fontes bibliográficas, principalmente por livros e artigos científicos. Para Köche (2011), a pesquisa bibliográfica busca a explicação do problema de pesquisa mediante a análise do conhecimento disponível por meio de obras científicas publicadas – etapa indispensável para a realização de um estudo científico.

Em continuidade, a pesquisa contemplará o levantamento de informações disponíveis em documentos e materiais existentes e sobre os quais não se identificam análises realizadas, o que se alinha com a definição trazida por Gil (2008, p. 51) acerca da pesquisa documental: “a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico”.

Nesse sentido, a definição trazida caracteriza a fonte da pesquisa documental como primária (MARCONI; LAKATOS, 2003), que se assemelha à pesquisa

bibliográfica, mas que se distinguem exatamente quanto aos tipos de fonte de cada uma delas: esta primária e aquela secundária (GIL, 2008).

Complementarmente, Zanella (2009) estabelece a origem dos dados secundários em duas formas: internos, quando se tratarem de dados que resultam de processos de trabalho da organização; ou externos, quando resultarem de pesquisas públicas realizadas (como o censo demográfico, por exemplo). Para a pesquisa, a origem dos dados secundários abordará tanto internos quanto externos.

Por fim, em razão das demais características inerentes à presente pesquisa, pode-se classificá-la como um estudo de caso. De acordo com Fonseca (2002), este tipo de estudo indica a possibilidade de definição de uma organização que o restringe a uma situação específica e possibilita o aprofundamento do tema. De forma convergente, para Gil (2008, p. 58), “o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira a permitir o seu conhecimento amplo e detalhado”.

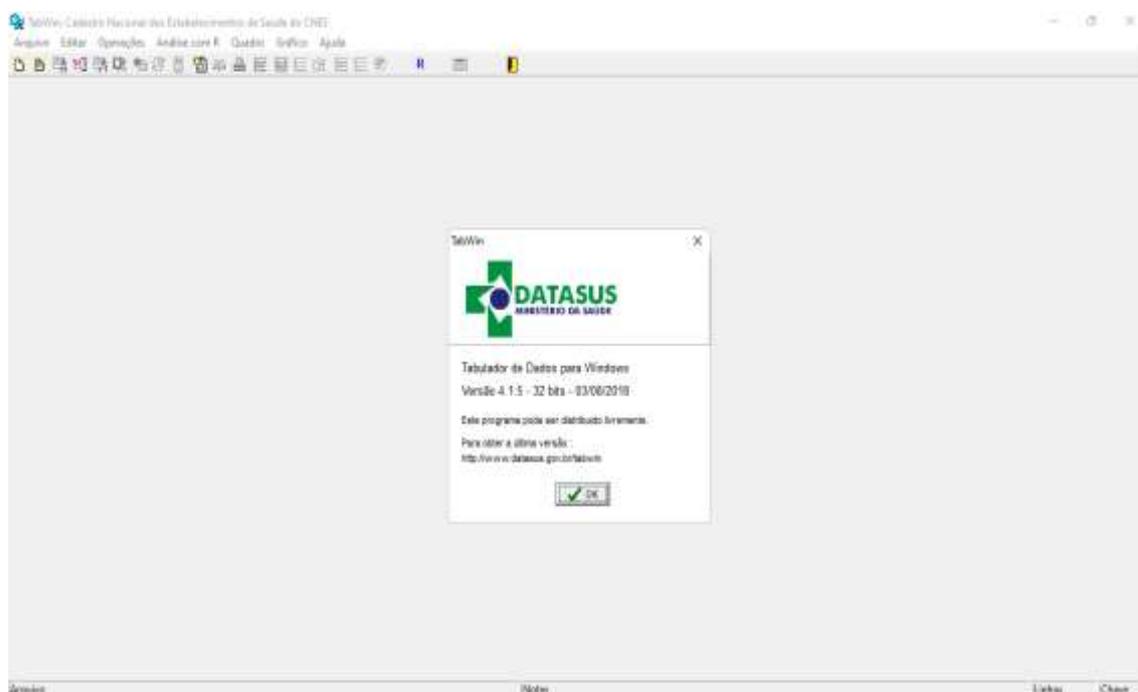
Em razão de sua natureza, o estudo consiste na aplicação de uma investigação empírica que visou a execução de uma análise aprofundada acerca de um problema, por meio da integração entre a análise do fenômeno observado e o seu contexto (YIN, 2015).

3.2 Coleta e análise de dados

O mapeamento do cenário evolutivo do SUS ao longo dos anos foi elaborado por meio de pesquisa nas bases de dados do MS, mais especificamente do *software* TabWin®, utilizada a versão 4.1.5 32 bits do sistema.

O TabWin® é um programa desenvolvido pelo DataSUS que reúne informações de serviços de saúde realizados pelo SUS no Brasil, por intermédio de arquivos previamente definidos e que elenca essas informações de saúde em um único ambiente, o que possibilita a tabulação de informações de vários tipos (BRASIL, 2022), cuja tela inicial pode ser detalhada conforme Figura 16:

Figura 16 – Tela do TabWin®



Fonte: TabWin® (2022).

O MS disponibiliza as informações para o sistema desde agosto de 2005. Por essa razão, foram levantados os dados no período de 2005 à 2021, com base no período de dados disponibilizados, bem como os dados das produções físicas e financeiras do HRBJA entre os anos de 2019 e 2021.

Foram levantados os dados das estruturas físicas hospitalares que integram o SUS ao longo dos anos e dos mapas assistenciais; os dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sobre a extensão territorial, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), média salarial e o percentual de população ocupada, contabilização a população do Brasil e sua distribuição no país.

O mapeamento dos gastos com saúde foi realizado com base nas informações disponibilizadas pela OMS; a cobertura da equipe de Saúde da Família (ESF) e da equipe de Atenção Básica (EAB), separados por município, se deu por meio do acesso ao endereço eletrônico dos dados do e-Gestor AB.

Os dados sobre a população SUS dependente por município se deu pelo acesso ao endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Todos os critérios de pesquisa utilizados foram dispostos no Apêndice A.

O levantamento da estrutura organizacional foi realizado por meio de pesquisa nas publicações da Imprensa Oficial de Minas Gerais, em todas as publicações que abordam a estrutura formal entre os anos de 2010 e 2021 vinculadas ao hospital estudado.

O quantitativo de profissionais vinculado ao hospital estudado foi apurado conforme informações do Sistema de Apuração de Ponto da FHEMIG, com base no relatório mensal do mês de dezembro de 2021.

A fim de mapear os resultados dos indicadores do hospital estudado, foi realizado um levantamento, junto ao HRBJA, dos resultados obtidos no período selecionado. Em razão das mudanças de metodologia ocorridas ao longo dos anos, os dados selecionados restringiram-se ao período posterior a julho de 2020, uma vez que o período contempla a configuração da estrutura similar ao que existe atualmente.

O mapeamento da evolução dos custos organizacionais foi realizado por meio de análise das informações de custos geradas pelo Sistema Integrado de Gestão Hospitalar, que é apurado conforme metodologia própria da organização. Para fins de análise, foram utilizados os relatórios de Composição do Custo Analítico e de Demonstrativo de Custo Unitário do HRBJA, com base no período de janeiro de 2010 a dezembro de 2021.

Como forma de diagnosticar a atual situação em que se encontra o processo de implementação da Gestão da Qualidade na organização escolhida, o estudo realizou um levantamento junto ao hospital acerca das Ferramentas estruturadas utilizadas pela organização que servem como base para a construção do processo que aborda a certificação.

Também foram levantados os diagnósticos realizados na organização, como forma de embasar o estudo sobre a situação atual do processo de implantação das Ferramentas da Qualidade e, por conseguinte, foram analisados os processos e identificados possíveis entraves.

Os dados tabulados foram organizados no *software* Microsoft Excel®, que serviu para a geração de gráficos e de relatórios que foram incorporados ao estudo. O tratamento das figuras geradas se deu pelo *software* Paint®, a fim de otimizar a

exibição e ajustá-las de maneira mais apropriada para a inserção no estudo. Já a construção do atual organograma da organização se deu pelo *software* Microsoft Visio®.

3.3 Universo da pesquisa

A evolução da Saúde Pública em Minas Gerais acompanhou o contexto nacional. Até a década de 1970, as principais estruturas do estado eram compostas pela Fundação Ezequiel Dias (criada em 1907) e hospitais criados ao longo dos anos que integravam outras três fundações: a Fundação Estadual de Assistência Leprocomial, a Fundação Estadual de Assistência Psiquiátrica e a Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (MINAS GERAIS, 2021a). Em 1977, por meio da Lei Estadual nº 7.088, o estado optou pela fusão destas três últimas e a criação de uma nova fundação, a fim de concentrar os três focos de assistência à saúde (leprocomial, psiquiátrico e urgência) em uma única estrutura: a FHEMIG (MINAS GERAIS, 2021c).

Atualmente, a FHEMIG totaliza mais de 12 mil servidores que atuam em 21 hospitais integrantes da Rede FHEMIG, além de uma Unidade Administrativa.

Um dos braços da FHEMIG no interior, o HRBJA é o único hospital público da Macrorregião Centro Sul, com a execução de várias atividades, dentre uma Unidade de Urgência e Emergência, referência para uma população de mais de 700 mil pessoas. Diante do cenário trazido, o universo da presente pesquisa é o HRBJA. As etapas da presente pesquisa podem ser resumidas conforme Figura 17:

Figura 17 – Figura metodológica



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Assim, na próxima seção serão abordadas a análise e a discussão dos resultados coletados no presente estudo.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e a discussão dos resultados da pesquisa são apresentadas neste capítulo, que é composto pela realização de um diagnóstico situacional do HRBJA.

4.1 Diagnóstico situacional do HRBJA

A pesquisa possui como objeto de estudo o HRBJA, cuja estrutura gerencial apresenta uma configuração compatível com outras organizações, tal como organograma, estruturação de indicadores, produção e uma estrutura de custos hospitalares, que serão apresentadas e analisadas a seguir.

4.1.1 O cenário epidemiológico

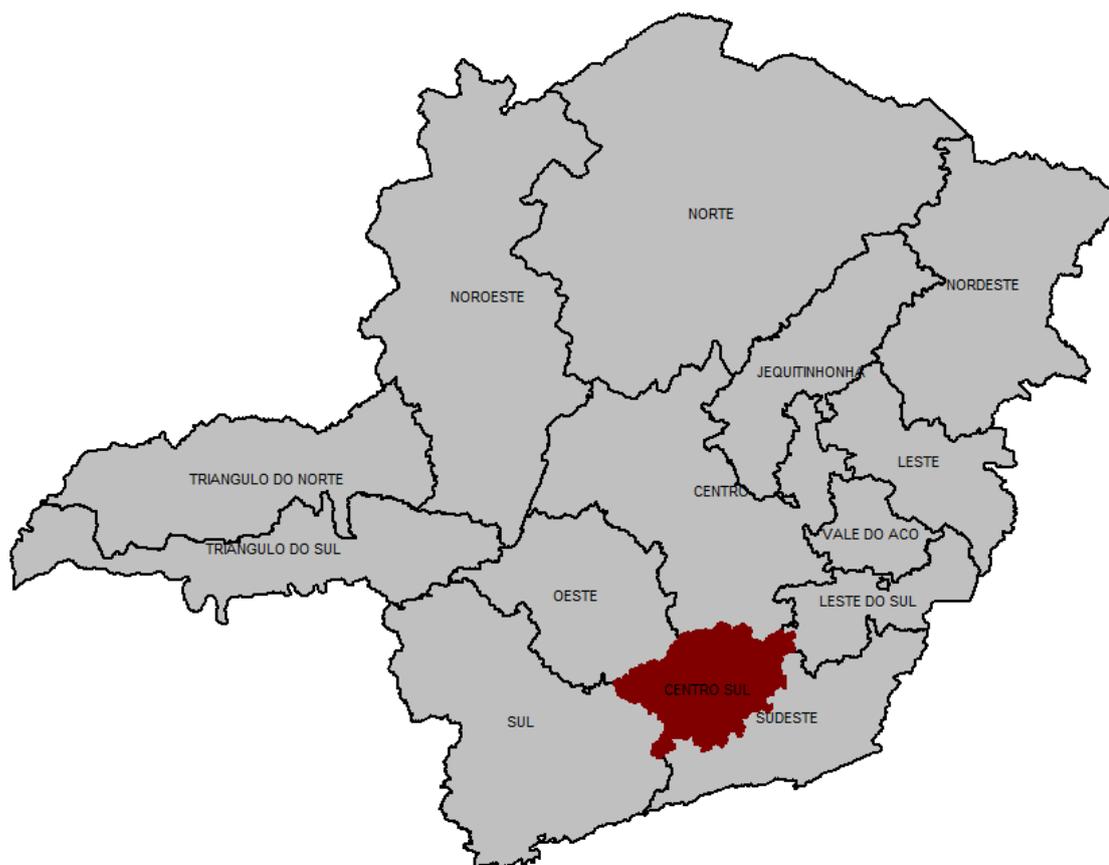
A Rede de Atenção à Saúde do estado de Minas Gerais é estruturada conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.013, de 23 de outubro de 2019, que alterou o Plano Diretor de Regionalização PDR/SUSMG, por meio de regiões de saúde classificadas em macrorregiões e microrregiões.

Essa definição alinha a estruturação do sistema de saúde mineiro ao Princípio Organizativo da Regionalização e Hierarquização do SUS, ao estabelecer as regiões de saúde como subdivisões populacionais e geográficas que favorecem as ações de saúde em função das particularidades da população.

Desta forma, o estabelecimento de espaços regionais com a finalidade de favorecer a governança das Redes de Atenção à Saúde classificam-se como Macrorregiões de Saúde (no caso das regiões ampliadas), que subdividem-se em Microrregiões de Saúde e estas, por sua vez, são compostas pelos municípios (CONASEMS, 2019).

Neste sentido, com o novo arranjo da Rede de Atenção à Saúde de Minas Gerais, o estado foi dividido em 14 Macrorregiões de Saúde, estabelecidas conforme Figura 18:

Figura 18 – Macrorregiões de Saúde em Minas Gerais



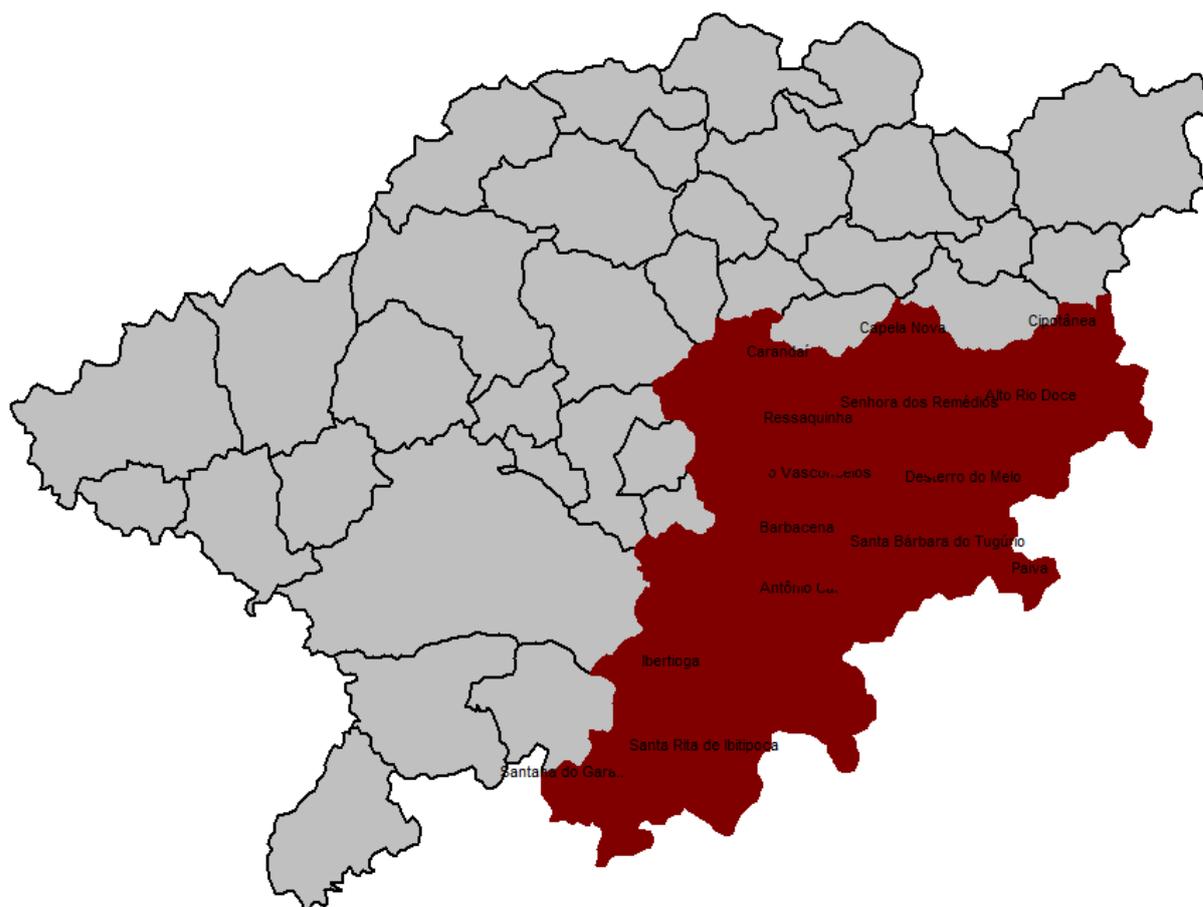
Fonte: Dados do TabWin® (2022).

Observa-se a importância da promoção de ajustes no antigo Plano Diretor de Regionalização, uma vez que o estado possui diferentes realidades nos municípios que o compõem, como as variações entre cidades mais desenvolvidas em contrapartida a cidades mais dependentes das ações públicas.

Nesse sentido, verifica-se que a subdivisão favorece a descentralização das ações de saúde, o que possibilita a customização dos programas e ações ressaltadas as particularidades de cada Macrorregião.

De maneira mais específica, vislumbra-se que cada uma das Macrorregiões se subdivide em Microrregiões. No caso da Centro Sul, sua composição se dá pela divisão em quatro Microrregiões: Congonhas, Conselheiro Lafaiete, São João del-Rei e Barbacena, dispostas conforme Figura 19:

Figura 19 – Microrregião Centro Sul



Fonte: Dados do TabWin® (2022).

A ênfase deste estudo, portanto, passa a ser na Microrregião de Barbacena, composta por 15 municípios: Alfredo Vasconcelos, Alto Rio Doce, Antônio Carlos, Capela Nova, Carandaí, Cipotânea, Desterro do Melo, Ibertioga, Paiva, Ressaquinha, Santa Bárbara do Tugúrio, Santa Rita de Ibitipoca, Santana do Garambéu, Senhora dos Remédios e Barbacena – a sede da Microrregião e a cidade na qual está inserido o HRBJA, conforme Figura 20:

Figura 20 – Microrregião de Saúde de Barbacena



Fonte: Dados do TabWin® (2022).

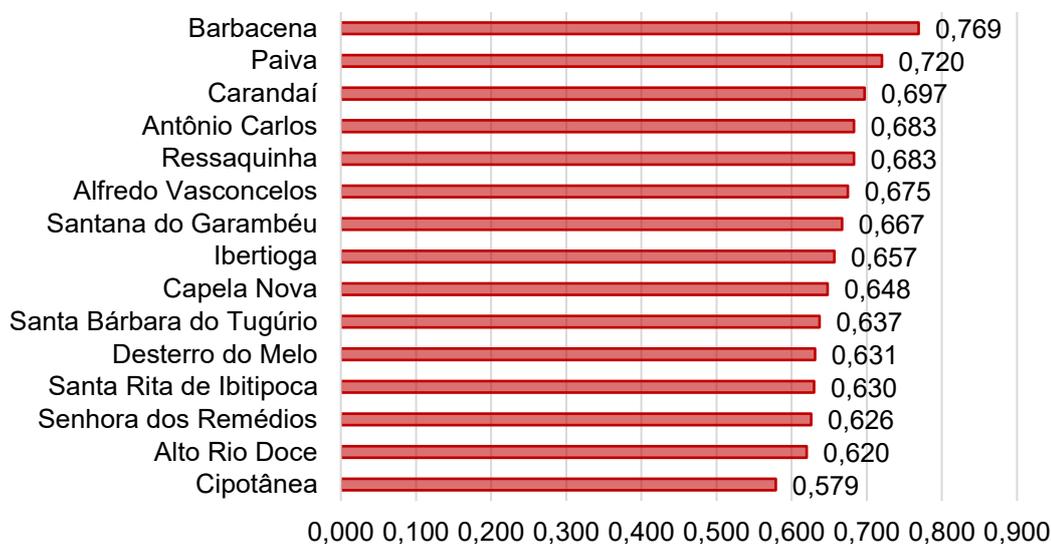
Em termos de extensão territorial, a Microrregião de Barbacena engloba um total de 4.379.488 Km². Já em relação ao número de habitantes, é composta por uma população estimada de 240.507 habitantes (IBGE, 2022).

Com a finalidade de mensurar a qualidade de vida das pessoas que habitam determinado território, a ONU construiu o IDH, um indicador que considera, além da perspectiva econômica, mas que trabalha esse ponto em conjunto com a educação e com a saúde com o mesmo peso para cada esfera (SILVA; PANHOCA, 2007).

No Brasil, utiliza-se esse indicador para mensurar o bem-estar da população, com a aplicação do indicador a nível municipal, estadual e federal. Conforme dados do IBGE (2022), Minas Gerais ocupa o nono lugar dentre os estados, com um IDH de 0,731 (IBGE, 2022).

Os valores do IDH de cada um dos municípios que compõem a Microrregião de Barbacena estão dispostos conforme Gráfico 28:

Gráfico 28 – IDH de municípios da Microrregião de Barbacena – 2010



Fonte: Dados do IBGE. Elaborado pelo autor (2022).

Em comparação entre o IDH de Minas Gerais e os índices de cada um dos 15 municípios que compõem a Microrregião, observa-se que apenas o município de Barbacena possui índice superior ao do estado de Minas Gerais, com resultado de 0,769.

Do panorama econômico, observa-se a média salarial e o percentual da população ocupada dos municípios que integram a Microrregião de Barbacena estão listados conforme Tabela 6:

Tabela 6 – Média salarial e % da população ocupada Microrregião de Barbacena – 2020

Cidade	Média salarial	% da população ocupada
Barbacena	2,1 salários mínimos	21,70%
Carandaí	1,9 salários mínimos	15,20%
Ressaquinha	1,9 salários mínimos	14,00%
Santana do Garambéu	1,9 salários mínimos	9,10%
Alfredo Vasconcelos	1,8 salários mínimos	11,60%
Antônio Carlos	1,8 salários mínimos	13,70%
Alto Rio Doce	1,7 salários mínimos	8,90%
Desterro do Melo	1,7 salários mínimos	12,60%
Paiva	1,7 salários mínimos	16,00%
Santa Rita de Ibitipoca	1,7 salários mínimos	11,90%
Capela Nova	1,6 salários mínimos	11,30%
Cipotânea	1,6 salários mínimos	6,00%
Ibertioga	1,6 salários mínimos	10,50%
Santa Bárbara do Tugúrio	1,6 salários mínimos	12,00%
Senhora dos Remédios	1,6 salários mínimos	8,20%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que, em 2020, Barbacena detinha o maior salário médio (com 2,1 salários mínimos) e o maior percentual de ocupação da população (21,70%) dentre os quinze municípios da Microrregião. O salário médio dos quinze municípios é de 1,7 salários mínimos, com um percentual médio de população ocupada de 12,18%.

Na esfera da saúde, observa-se que os critérios para monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica são a cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família e de equipes de Atenção Básica. Nesse sentido, a distribuição dos dois tipos de cobertura para a Microrregião de Barbacena se dá conforme Tabela 7:

Tabela 7 – Cobertura EAB e ESF – Microrregião de Barbacena – dez/2020

(continua)

Cidade	Cobertura EAB	Cobertura ESF
Barbacena	65,00%	62,81%
Desterro do Melo	100,00%	100,00%
Ibertioga	100,00%	100,00%
Antônio Carlos	100,00%	90,43%
Paiva	100,00%	100,00%
Capela Nova	100,00%	100,00%
Ressaquinha	100,00%	100,00%
Cipotânea	100,00%	100,00%
Santa Bárbara do Tugúrio	100,00%	100,00%
Alto Rio Doce	100,00%	62,73%
Santa Rita de Ibitipoca	100,00%	100,00%
Alfredo Vasconcelos	100,00%	100,00%
Santana do Garambéu	100,00%	100,00%
Carandaí	100,00%	100,00%
Senhora dos Remédios	100,00%	98,96%
Total Geral	97,67%	94,33%

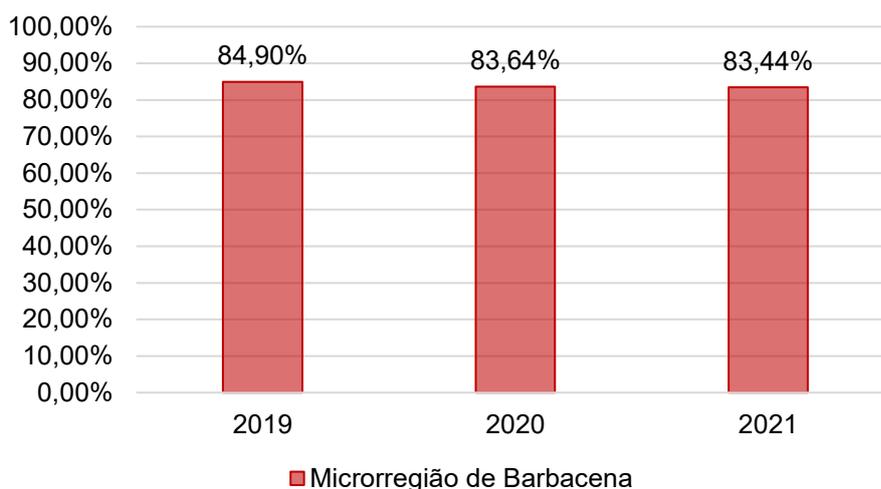
Fonte: Dados do e-Gestor AB. Elaborado pelo autor (2022).

Em relação à cobertura EAB, dentre os quinze municípios da Microrregião de Barbacena apenas a cidade de Barbacena não totaliza 100%, o que se justifica pelo número de habitantes da cidade em função do número de equipes existentes.

Ainda sobre a cobertura das ESF, observa-se deficiência em quatro municípios: Barbacena, Antônio Carlos, Alto Rio Doce e Senhora dos Remédios. No geral, a média de cobertura de EAB da Microrregião de Barbacena é de 97,67% e de ESF é de 94,33%.

De maneira a mapear a necessidade do SUS na região, é necessário identificar a população que depende do sistema público de saúde, ou seja, que não possui plano de saúde complementar. Nesse sentido, observa-se a evolução anual do percentual de população SUS dependente da Microrregião de Barbacena, conforme Gráfico 29:

Gráfico 29 – População SUS dependente Macro Centro Sul – 2019-2021



Fonte: Dados do ANS TabNet. Elaborado pelo autor (2022).

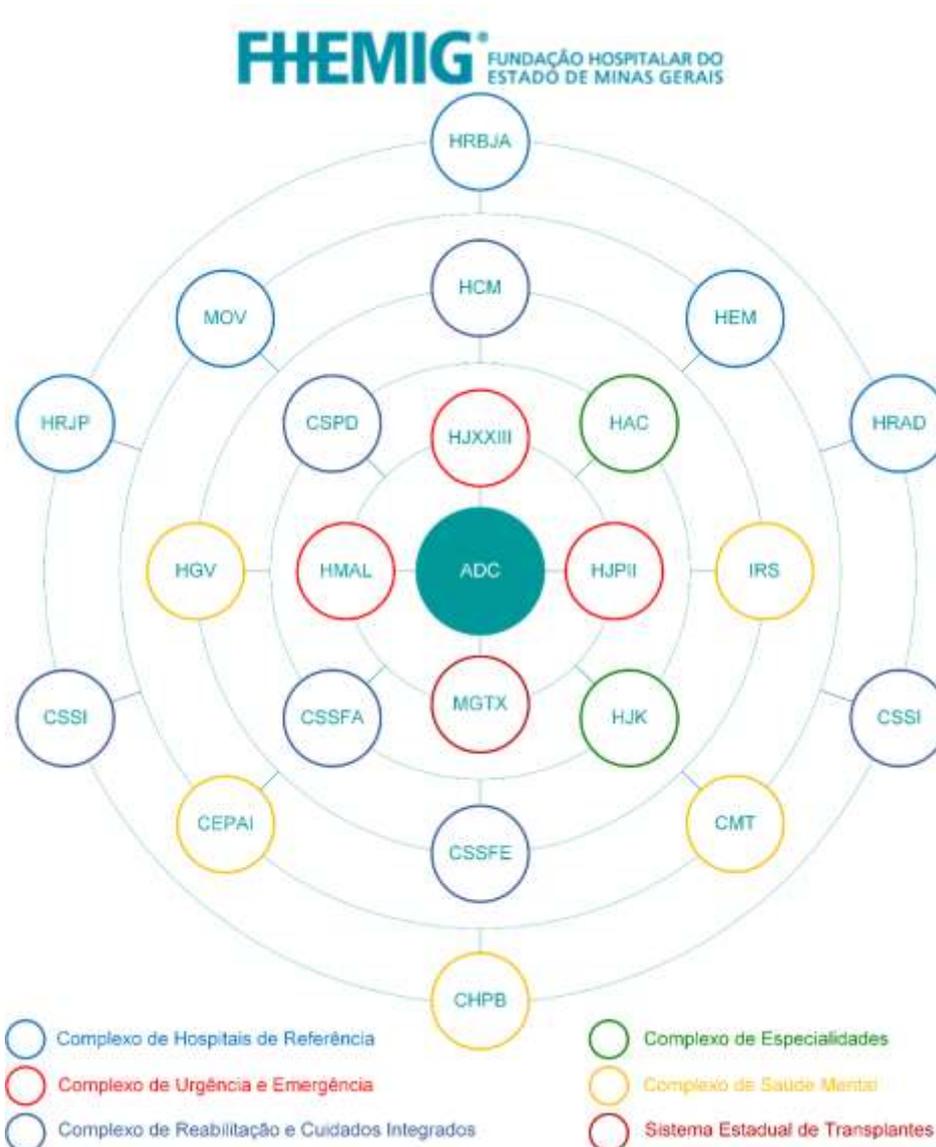
Assim, observa-se que mais de 80% dos habitantes da Microrregião de Barbacena são dependentes do SUS em todos os três anos avaliados, com uma redução de 1,46% entre os anos de 2019 e 2021.

Assim, o cenário epidemiológico da Microrregião de Barbacena evidencia o potencial assistencial do HRBJA, haja vista ele ser referência microrregional e macrorregional complementar em uma região com vazios assistenciais, além de estar inserido em um contexto no qual mais de 80% de sua população são consideradas SUS dependentes, ou seja, não possuem acesso a um plano de saúde complementar.

4.2.2 Panorama geral do hospital

Os hospitais da FHEMIG estão instalados em 9 municípios de Minas Gerais, mais especificamente nas cidades de Bambuí, Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Juiz de Fora, Patos de Minas, Sabará, Três Corações e Ubá. As unidades estão distribuídas em 6 complexos, dispostos conforme Figura 21:

Figura 21 – Unidades da Rede FHEMIG



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em razão da dimensão das estruturas, do quantitativo de hospitais e do quadro de colaboradores, além da relação de importância que a instituição tem no contexto da saúde pública do estado de Minas Gerais, observa-se que a FHEMIG constitui uma das maiores fundações públicas de prestação de serviços de saúde do Brasil, cuja ênfase se dá nos atendimentos de níveis secundários e terciários, ou seja, a instituição é vocacionada para atendimentos de níveis hospitalares (MINAS GERAIS, 2021c).

A FHEMIG possui em sua constituição os direcionamentos necessários para o direcionamento de seus caminhos estabelecidos em sua Missão, sua Visão e seus Valores, descritos conforme Quadro 13:

Quadro 13 – Missão, Visão e Valores da FHEMIG

Etapas	Descrição
Missão	Oferecer atendimento de média e alta complexidade, fundamentado no cuidado humanizado e integral ao usuário do SUS.
Visão	Ser reconhecida como referência no atendimento de média e alta complexidade, associado à eficiência de sua gestão.
Valores	<ul style="list-style-type: none"> • Humanização • Ética • Eficiência • Integralidade • Equidade • Agilidade • Qualidade

Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2021b).

Por ser parte integrante da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, observa-se que as atividades da FHEMIG possibilitam a construção de instrumentos e ferramentas de conhecimento que são capazes de nortear o desenvolvimento de políticas públicas diante da extensa gama de nichos que podem ser identificados em seus hospitais, bem como na gestão administrativa direcionada pela Administração Central.

Nesse contexto, em 2019 foi elaborado um planejamento estratégico para o quadriênio 2020-2023 para a FHEMIG alinhado às diretrizes e políticas da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, conforme Figura 22:

Figura 22 – Mapa Estratégico 2020-2023 – FHEMIG



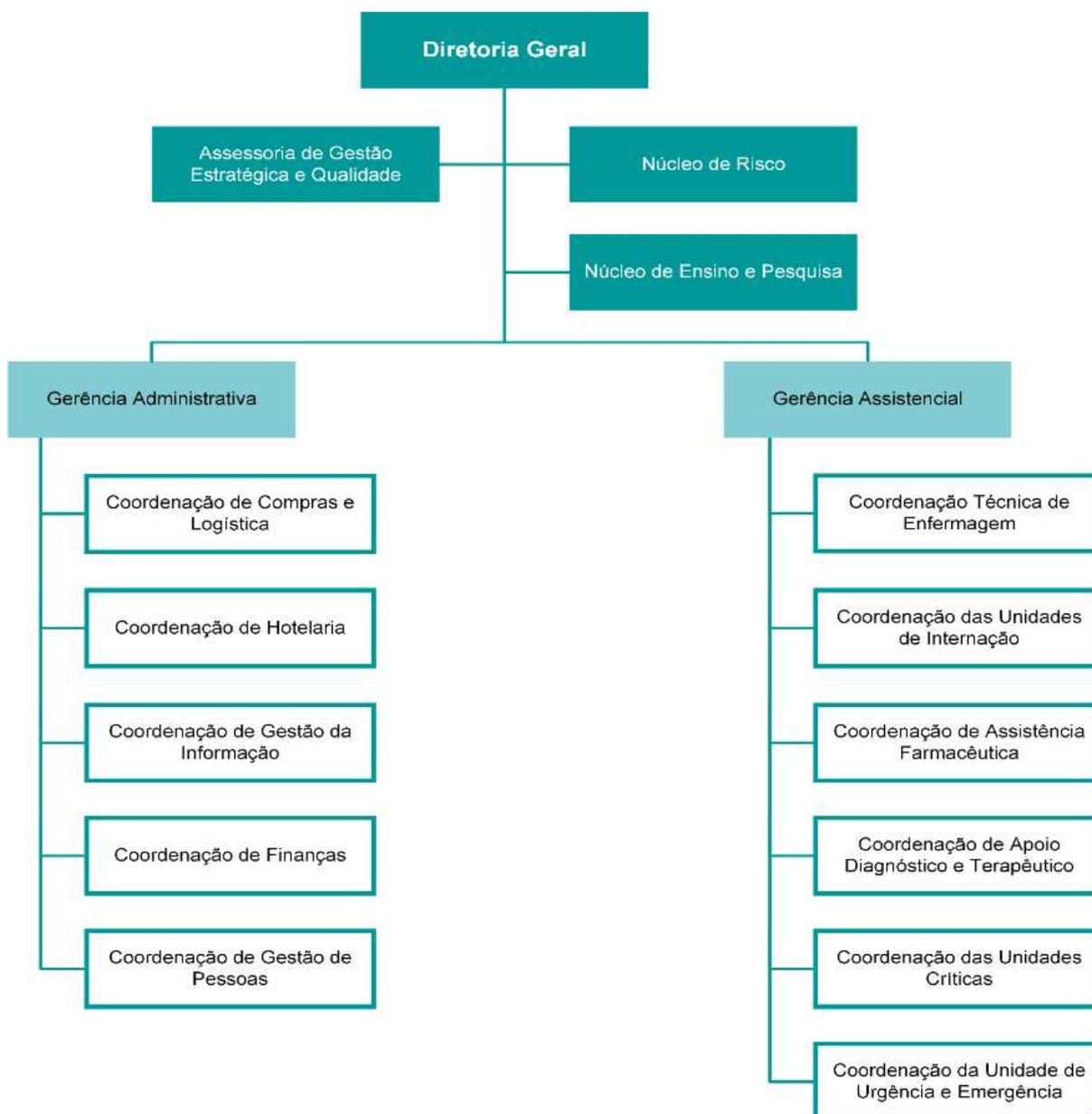
Fonte: Minas Gerais (2019).

O Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo é um hospital geral inaugurado em setembro de 2005 e que integra a Macrorregião de Saúde Centro Sul de Minas Gerais, Microrregião de Barbacena. Situa-se, especificamente, no município de Barbacena. No momento, é classificado como Porte II e integra a Rede de Atenção às Urgências e Emergências como referência regional conforme pacto territorial, cuja participação se dá por meio da prestação de serviços médico-hospitalares de naturezas clínica e cirúrgica, de média e alta complexidades, acessados de maneira regulada.

Recentemente, o hospital foi contemplado com a inclusão no Programa Valora Minas, considerado como Hospital do Valor em saúde – Trauma Nível I, Tipo B e AVC Nível I e Hospital Nível III, do Programa Rede Resposta da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES), de abrangências Microrregional Complementar e Macrorregional Complementar.

A estrutura do HRBJA é oficializada por meio da Portaria Presidencial nº 1.712, datada de 24 de julho de 2020 e atualizada pelas Portarias Presidenciais nº 1.740 (datada de 09 de outubro de 2020) e 1.898 (datada de 27 de julho de 2021), que estabelecem as estruturas orgânicas das unidades da FHEMIG e definem os atuais organogramas de cada um dos hospitais. Em termos gerais, a estrutura formal do HRBJA se dá conforme Figura 23:

Figura 23 – Organograma do HRBJA



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Com isso, observa-se que a sua composição se dá pela divisão em duas vertentes: uma de caráter administrativo e outra de cunho assistencial, que totalizam 17 setores, os quais realizam as rotinas e executam todos os processos de trabalho do hospital. Do prisma administrativo, o hospital subdivide-se em 11 setores: Direção Geral, Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade, Núcleo de Risco, Núcleo de Ensino e Pesquisa, Gerência Administrativa, Coordenação de Compras e Logística, Coordenação de Hotelaria, Coordenação de Gestão da Informação, Coordenação de Finanças, Coordenação de Gestão de Pessoas e Gerência Assistencial.

Já a estrutura assistencial do HRBJA possui uma configuração de 75 leitos hospitalares distribuídos entre 44 leitos clínicos, 21 leitos cirúrgicos e 10 leitos de Centro de Tratamento Intensivo, cuja vocação assistencial é o atendimento de pacientes provenientes das especialidades médicas de traumato-ortopedia e de acidente vascular cerebral isquêmico.

Conta com um Bloco Cirúrgico com quatro salas de cirurgia e uma sala de recuperação pós-anestésica, além dos seguintes serviços de diagnóstico: tomografia computadorizada, radiografia, ultrassonografia e laboratório de análises clínicas. Também possui um Ambulatório de Retornos voltado para o atendimento de pacientes provenientes de tratamentos cirúrgicos e clínicos que dependam de reavaliações realizadas até a possibilidade de contrarreferenciar os pacientes para a Rede Municipal de Atenção à Saúde.

O HRBJA também realiza atendimentos na Unidade de Urgência e Emergência, cuja capacidade é de aproximadamente de 50 macas distribuídas entre Sala Vermelha, Sala Laranja, Sala Amarela e Soroterapia, e de pacientes da neurocirurgia/neurologia, clínica médica, cirurgias geral, bucomaxilofacial e cardiovascular, além dos atendimentos de enfermagem – o que evidencia que sua porta de entrada é qualificada e de impacto e amplitude regional.

O hospital possui seus serviços contratualizados junto à Secretaria Municipal de Saúde de Barbacena, cujo teto mensal de receitas é de R\$ 567.471,91 mensais destinados para o pagamento dos atendimentos, internações e exames realizados pelo hospital. Conta atualmente com um quadro de 627 profissionais que compõem as equipes do corpo administrativo e assistencial, dentre administradores, auxiliares administrativos, técnicos de informática, técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, separados por suas respectivas categorias profissionais conforme Tabela 8:

Tabela 8 – Total de profissionais do HRBJA por categoria – Dez/2021

Categoria Profissional	Quantidade
Administrador	2
Administrador de Redes	1
Assistente Social	3
Auxiliar Administrativo	83
Auxiliar de Enfermagem	2
Auxiliar de Patologia Clínica	1
Auxiliar Técnico de Radiologia	2
Bioquímico	6
Caldeireiro	1
Cirurgião Dentista Bucomaxilofacial	6
Contínuo	1
Enfermeiro	51
Enfermeiro de Terapia Intensiva	5
Enfermeiro do Trabalho	2
Engenheiro de Segurança do Trabalho	1
Farmacêutico	9
Farmacêutico Hospitalar	3
Fisioterapeuta Respiratória	14
Fonoaudiólogo	2
Lavadeiro	2
Médico	2
Médico Anestesiologista	11
Médico Cirurgião Cardiovascular	4
Médico Cirurgião Geral	14
Médico Cirurgião Pediátrico	1
Médico Cirurgião Plástico	2
Médico Clínico	28
Médico do Trabalho	3
Médico em Radiologia e Diagnóstico por Imagem	3
Médico Especialista em Clínica	1
Médico Generalista	3
Médico Hematologista	1
Médico Neurocirurgião	3
Médico Neurologista	4
Médico Ortopedista e Traumatologista	15
Pedagogo	1
Psicólogo	4
Serralheiro	1
Técnico Administrativo	2
Técnico em Contabilidade	1
Técnico de Enfermagem	258
Técnico de Segurança do Trabalho	3
Técnico em Eletrônica	1
Técnico em Farmácia	22
Técnico em Informática	1
Técnico em Patologia Clínica	17
Técnico em Radiologia	24
Total Geral	627

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em relação aos procedimentos realizados pelo hospital, verifica-se que sua configuração obedece a duas distintas possibilidades: os procedimentos realizados a

nível de urgência e emergência e as internações hospitalares. Os procedimentos ambulatoriais da urgência e emergência têm suas contas hospitalares apresentadas como Boletins de Produção Ambulatorial (BPA). Já as internações possuem suas contas hospitalares como Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Nesse sentido, as produções mensais ambulatoriais e hospitalares do HRBJA nos anos de 2019, 2020 e 2021 se dão conforme Tabela 9:

Tabela 9 – Produções ambulatoriais e hospitalares do HRBJA – 2019-2021

Ano/Mês processamento	Total de BPA's	Total de AIH's	Valor BPA's	Valor AIH's	Total financeiro
Janeiro/2019	18.794	185	106.104,24	347.329,29	453.433,53
Fevereiro/2019	21.279	217	126.318,00	356.325,70	482.643,70
Março/2019	12.582	220	75.402,74	344.406,02	419.808,76
Abril/2019	15.868	245	97.819,68	349.058,32	446.878,00
Mai/2019	14.496	222	91.885,66	364.221,87	456.107,53
Junho/2019	15.727	217	97.425,27	354.464,22	451.889,49
Julho/2019	16.265	220	95.111,76	386.682,79	481.794,55
Agosto/2019	18.530	212	109.562,10	350.507,26	460.069,36
Setembro/2019	16.037	229	97.036,19	372.648,25	469.684,44
Outubro/2019	11.541	224	72.247,08	361.230,86	433.477,94
Novembro/2019	27.599	214	112.423,77	388.821,35	501.245,12
Dezembro/2019	15.614	212	79.107,34	386.187,20	465.294,54
Janeiro/2020	14.810	229	65.904,87	351.800,55	417.705,42
Fevereiro/2020	17.771	222	82.642,10	345.433,32	428.075,42
Março/2020	17.580	211	86.105,79	385.169,00	471.274,79
Abril/2020	14.552	210	67.968,08	353.433,31	421.401,39
Mai/2020	11.290	212	54.965,97	342.731,59	397.697,56
Junho/2020	13.284	216	61.063,68	350.575,87	411.639,55
Julho/2020	14.911	228	76.118,73	340.675,03	416.793,76
Agosto/2020	14.322	232	74.988,34	330.346,26	405.334,60
Setembro/2020	12.006	212	65.877,87	345.921,05	411.798,92
Outubro/2020	14.218	210	72.978,15	356.646,49	429.624,64
Novembro/2020	21.071	230	112.774,36	353.747,41	466.521,77
Dezembro/2020	10.343	211	62.055,50	349.112,20	411.167,70
Janeiro/2021	18.788	238	102.939,06	346.383,12	449.322,18
Fevereiro/2021	30.278	210	168.250,04	349.008,99	517.259,03
Março/2021	19.224	217	112.223,36	383.542,47	495.765,83
Abril/2021	20.874	219	124.043,05	389.448,02	513.491,07
Mai/2021	20.928	265	124.390,82	344.318,10	468.708,92
Junho/2021	12.866	234	81.022,16	377.877,01	458.899,17
Julho/2021	17.453	274	103.297,89	410.456,13	513.754,02
Agosto/2021	29.796	217	164.996,02	377.883,15	542.879,17
Setembro/2021	15.711	224	75.901,53	369.313,59	445.215,12
Outubro/2021	22.384	220	110.317,81	361.643,62	471.961,43
Novembro/2021	23.417	223	110.505,45	364.304,45	474.809,90
Dezembro/2021	19.931	327	100.143,46	543.928,40	644.071,86
Total Geral	632.140	8.108	3.421.917,92	13.185.582,26	16.607.500,18

Fonte: Dados do TabWin®. Elaborado pelo autor (2022).

Assim, observa-se que o HRBJA possui um total de 632.140 procedimentos ambulatoriais e 8.108 internações nos três anos analisados, o que totalizou uma

produção financeira de R\$ 13.607.500,18. Com isso, é possível identificar que em 2019 houve um total de 2.617 internações, com 2.623 internações em 2020 e 2.868 internações em 2021, o que constituiu um aumento de 9,59% nas internações.

Em relação ao número de procedimentos ambulatoriais, observa-se que, em 2019, foi registrado um total de 204.332 procedimentos. Em 2020, houve uma redução de 15,99% no total de procedimentos, que passou a ser de 176.158. Em 2021, o total de atendimentos passou a 251.650.

Frisa-se que a redução identificada em 2020 foi ocasionada pelo período de restrições trazidas em função da pandemia da COVID-19, uma vez que as limitações de locomoção reduziram o número de procedimentos de urgência e emergência.

Observa-se, assim, um panorama geral da estrutura organizacional do HRBJA e de suas instalações físicas e seu quadro de profissionais, aliado às séries históricas de serviços prestados para a Microrregião de Barbacena.

4.2.3 Resultados dos Pactos de Gestão Participativa

Como forma de instrumentalizar sua gestão com ferramentas gerenciais e monitorar periodicamente seus resultados, a FHEMIG implementou, em 2006, o desdobramento de um instrumento criado pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado: o Acordo de Resultados. Seus principais objetivos eram pautados na busca pela qualidade e pelos resultados, e baseado nas perspectivas das pessoas, dos processos, da comunidade e de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2009a), com características intrínsecas ao modelo gerencialista. Esse instrumento teve sua vigência até o ano de 2014.

Esse instrumento se caracterizou como um contrato de pactuação de indicadores entre os órgãos estaduais de Minas Gerais e o governo do estado, cujo fluxo de pactuação se deu conforme Figura 24:

Figura 24 – Fluxo do Acordo de Resultados – FHEMIG



Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2009, p. 23).

A parte central desse instrumento é a pactuação efetuada entre a SES e a FHEMIG, por intermédio da Administração Central, denominado Acordo de Resultados. Baseado nos indicadores desse instrumento, a Administração Central da FHEMIG desdobrou suas metas e pactuou, com suas 23 unidades assistenciais, o Acordo Interno de Resultados.

Em 2015, a instrumentalização sofreu uma modificação: com o novo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, foi instituído o Pacto pelo Cidadão, cuja premissa maior passou a ser a resposta as demandas societais por meio de processos construídos com a participação popular (MINAS GERAIS, 2022). Assim, os instrumentos passaram a ser denominados Pactos de Gestão Participativa de 1ª e 2ª etapas, que representam as pactuações entre Administração Central e unidades assistenciais na 1ª etapa e entre unidade assistencial e suas coordenações na 2ª etapa.

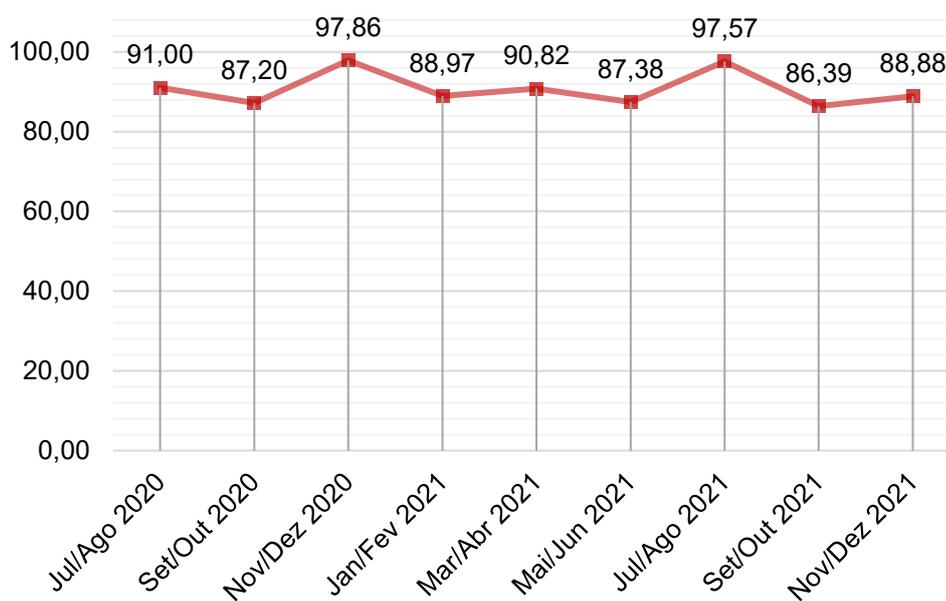
Com isso, observa-se uma mudança no curso da estratégia adotada, que passou a ter o enfoque mais voltado para o modelo societal, e cuja vigência permanece até hoje.

Em 2020, ocorreu o aperfeiçoamento do instrumento de avaliação, que deixou de ser trimestral e passou a ser bimestral. Cada pactuação tem a duração de 6

bimestres, e se inicia no mês de julho de cada ano. Frisa-se que a construção das metas a serem pactuadas derivam do planejamento estratégico da FHEMIG, sendo um subproduto do planejamento estratégico da SES.

Nesse sentido, os resultados bimestrais do HRBJA em relação ao Pacto de Gestão Participativa de 1ª etapa seguem conforme Gráfico 30:

Gráfico 30 – Resultados do Pacto de Gestão Participativa 1ª etapa – 2020-2021



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Os resultados apurados no período demonstram uma oscilação de execução a cada bimestre, apesar de certa constância. Com um resultado inicial de 91,00% no bimestre jul/ago 2020, teve pico nos bimestres nov/dez 2020, com 97,86%, e no bimestre jul/ago 2021, com 97,57%.

Os resultados mais baixos ocorreram nos períodos de set/out 2020, com 87,20%, e em set/out 2021, com 86,39%. Em média, a execução do Pacto de Gestão Participativa do HRBJA no período analisado foi de 90,67%, com todos os bimestres com resultado superior a 85,00%. No último bimestre do período avaliado (nov/dez 2021), o hospital atingiu resultado de 88,88%.

Quanto ao Pacto de Gestão Participativa de 2ª etapa, observa-se a evolução dos resultados setoriais conforme Tabela 10:

Tabela 10 – Resultados do Pacto de Gestão Participativa 2ª etapa – 2020-2021

Categoria Profissional	Jul/Ago 2020	Set/Out 2020	Nov/Dez 2020	Jan/Fev 2021	Mar/Abr 2021	Mai/Jun 2021	Jul/Ago 2021	Set/Out 2021	Nov/Dez 2021
Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade	100,00	100,00	92,67	85,71	100,00	100,00	95,00	100,00	99,34
Núcleo de Risco	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	99,49	100,00	100,00	100,00
Núcleo de Ensino e Pesquisa	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Gerência Administrativa	100,00	96,75	97,50	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coordenação de Compras e Logística	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coordenação de Hotelaria	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	78,00	100,00	100,00
Coordenação de Gestão da Informação	99,96	99,89	99,88	100,00	99,99	99,90	100,00	100,00	100,00
Coordenação de Finanças	100,00	95,94	96,88	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coordenação de Gestão de Pessoas	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	45,50	55,00	70,00
Gerência Assistencial	98,81	93,90	98,67	96,78	79,60	75,00	95,31	98,91	67,25
Coordenação Técnica de Enfermagem	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coordenação das Unidades de Internação	99,01	98,90	98,67	94,72	79,60	80,00	100,00	83,74	76,13
Coordenação de Assistência Farmacêutica	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	100,00	100,00	96,33	94,99	95,00	95,01	91,00	56,00	100,00
Coordenação das Unidades Críticas	100,00	92,24	78,67	96,78	75,61	80,00	100,00	100,00	85,00
Coordenação da Unidade de Urgência e Emergência	100,00	100,00	100,00	96,78	79,60	80,00	100,00	76,90	78,53
Média	98,30	98,60	97,45	97,86	94,34	94,34	94,05	91,91	92,27

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Inicialmente, verifica-se que a segunda etapa do Pacto de Gestão Participativa contempla todos os setores do organograma do HRBJA. No período avaliado, os setores Núcleo de Ensino e Pesquisa, Coordenação de Compras e Logística, Coordenação Técnica de Enfermagem e Coordenação de Assistência Farmacêutica atingiram a totalidade do cumprimento das metas, com resultado de 100% em todos os bimestres.

Entretanto, os setores Coordenação de Gestão de Pessoas, Coordenação das Unidades de Internação e Coordenação das Unidades Críticas tiveram os maiores problemas nas execuções, com médias 82,83%, 90,09% e 89,81%, respectivamente.

Frisa-se que, nos mesmos moldes apresentados para os resultados das metas de 1ª etapa, os resultados da 2ª etapa também apresentam constância na maioria dos bimestres, apesar de variações mais bruscas identificadas pontualmente, o que mantém uma média bimestral global acima de 90% de execução.

4.2.4 Evolução dos custos hospitalares

Além dos instrumentos já evidenciados, a FHEMIG também tem em sua estrutura ferramentas gerenciais que monitoram o custo da assistência praticada em seus hospitais. Nesse sentido, observa-se a institucionalização da prática de gestão de custos em seus hospitais desde 2007.

Para a consecução dessa prática, a organização padronizou sua configuração de custos e subdividiu suas estruturas formais em áreas de relevância aos olhos da gestão, denominados Centros de Custos (CC), baseado em uma metodologia baseada no Custeio por Absorção (MINAS GERAIS, 2009b).

A metodologia (que trata de uma derivação da aplicação de princípios contábeis) prevê a apropriação dos custos de uma organização direcionados para sua produção, associados aos gastos com os esforços da produção (MARTINS, 2003).

Para efetivar essa apropriação, a FHEMIG separou seus CC padronizados em quatro diferentes grupos em razão de suas características, dispostos conforme Quadro 14:

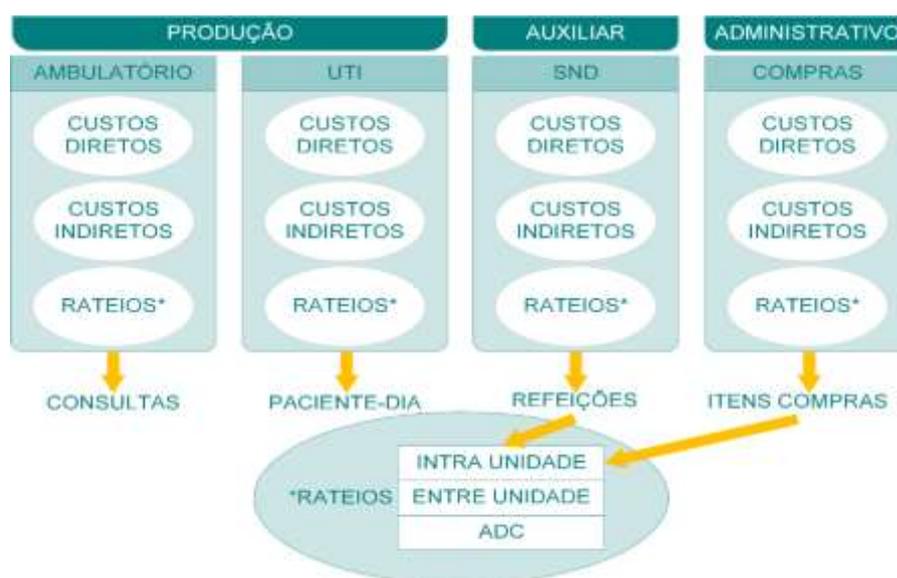
Quadro 14 – Grupos de Centros de Custos

Grupo	Características
Produtivos	São os CC finalísticos, que atendem diretamente aos pacientes.
Não operacionais	São os CC que não têm envolvimento com as atividades hospitalares.
Auxiliares	São os CC que dão suporte aos produtivos, que auxiliam na assistência.
Administrativos	São os CC de natureza administrativa.

Fonte: Adaptado de Minas Gerais (2009b).

Em síntese, a metodologia adotada pela FHEMIG para mensuração e apuração de seus custos pode ser graficamente representada conforme Figura 25:

Figura 25 – Metodologia de Custos por Absorção FHEMIG

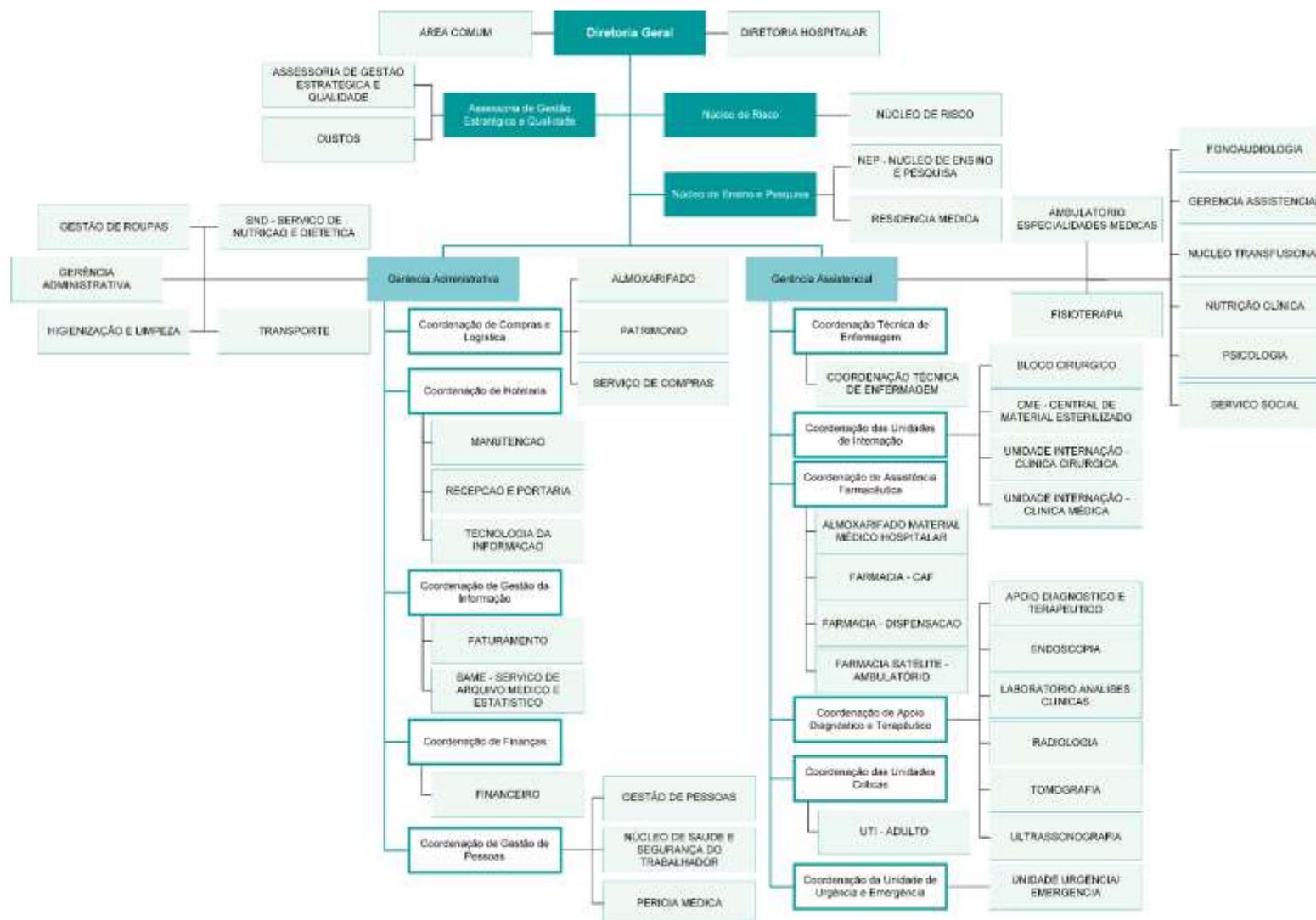


Fonte: Minas Gerais (2009b, p. 33).

Assim, observa-se que a distribuição dos custos é efetivada conforme o grupo ao qual o CC pertence. No Custeio por Absorção, o CC produtivo é o ponto central da estrutura, por ser nele a realização da atividade finalística. Por essa razão, todos os demais grupos de CC realizam seus rateios conforme seus respectivos critérios, até que todo o custo empregado na produção no período seja alocado no CC produtivo.

Diante disso, a estruturação dos CC do HRBJA foi estabelecida com base no seu organograma formal, cujo resultado se deu conforme Figura 26:

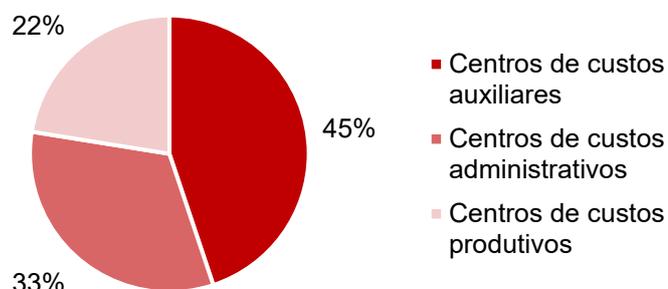
Figura 26 – Organograma do HRBJA com Centros de Custos – 2021



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Cada um dos 49 CC do HRBJA foram agrupados dentro dos grupos padronizados pela FHEMIG, cujo resultado se deu conforme Gráfico 31:

Gráfico 31 – Distribuição dos CC do HRBJA por grupos – 2021

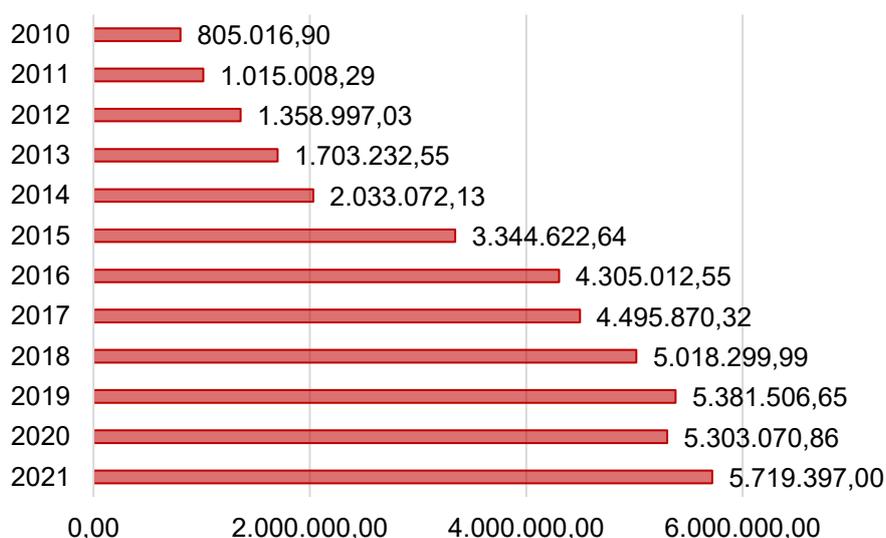


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Assim, verifica-se que a maioria dos CC do hospital são caracterizados como auxiliares, com um total de 22; 16 CC são definidos como administrativos e 11 CC possuem características que permitiram classificá-los como produtivos, ou seja, atendem a finalidade assistencial do hospital.

Na perspectiva financeira, observa-se que os custos hospitalares totais do HRBJA apresentam uma média de R\$ 5.467.991,50 nos últimos 3 anos, com a evolução anual desde 2010 conforme Gráfico 32:

Gráfico 32 – Evolução dos custos hospitalares do HRBJA – 2010-2021



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Portanto, observa-se que no período analisado o hospital apresenta uma evolução crescente de seus custos, cuja média inicial é de aproximadamente 805 mil reais em 2010 e de aproximadamente 5 milhões e 700 mil em 2021, o que totalizou um percentual de aumento superior a 600% no período.

Verifica-se também que em 2020 houve uma redução da média anual dos custos em comparação com 2019 (aproximadamente 80 mil reais), que pode ser atribuído ao período de maiores restrições de circulação da pandemia de COVID-19, o que gerou um efeito de redução de atendimentos de determinados grupos de doenças como a traumatologia, por exemplo.

Especificamente nos anos de 2019, 2020 e 2021, a análise permite identificar a distribuição dos custos separadamente por seus respectivos itens de custos, distribuídos conforme Tabela 11:

Tabela 11 – Custos hospitalares HRBJA por item de custos – 2019-2021

Item de custos	2019	2020	2021
Pessoal	3.824.537,93	3.827.804,11	3.904.003,83
Material de Consumo	640.429,66	703.638,10	853.234,52
Despesas Gerais	5.604,21	6.808,34	7.263,92
Depreciação	59.961,47	55.625,93	57.150,47
Serviços de Terceiros	797.332,96	651.969,89	829.642,73
Custos Indiretos	53.640,42	57.224,49	68.101,52
Custo Total	5.381.506,65	5.303.070,86	5.719.397,00

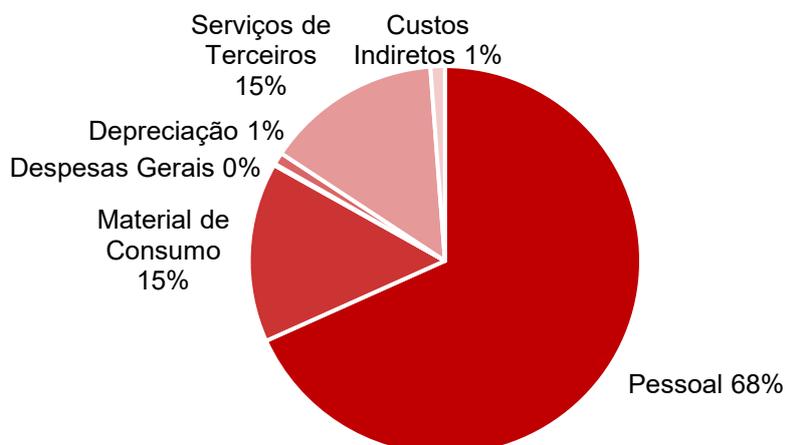
Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Em razão dos valores apresentados, observa-se que a maior redução de valores entre 2019 e 2020 se deu em função do item de custos contratação de serviços de terceiros (22,30%), que estão associados, principalmente, aos exames complementares externos realizados em pacientes internados ou em atendimento no hospital.

Em análise comparativa entre 2020 e 2021, as maiores variações associam-se aos custos de serviços de terceiros (27,25%) e ao material de consumo (21,26%).

Em relação à média de custos do ano de 2021 distribuídos em função dos itens de custos, observa-se os percentuais atribuídos a cada item conforme Gráfico 33:

Gráfico 33 – Percentual de custos do HRBJA por item de custos – 2021

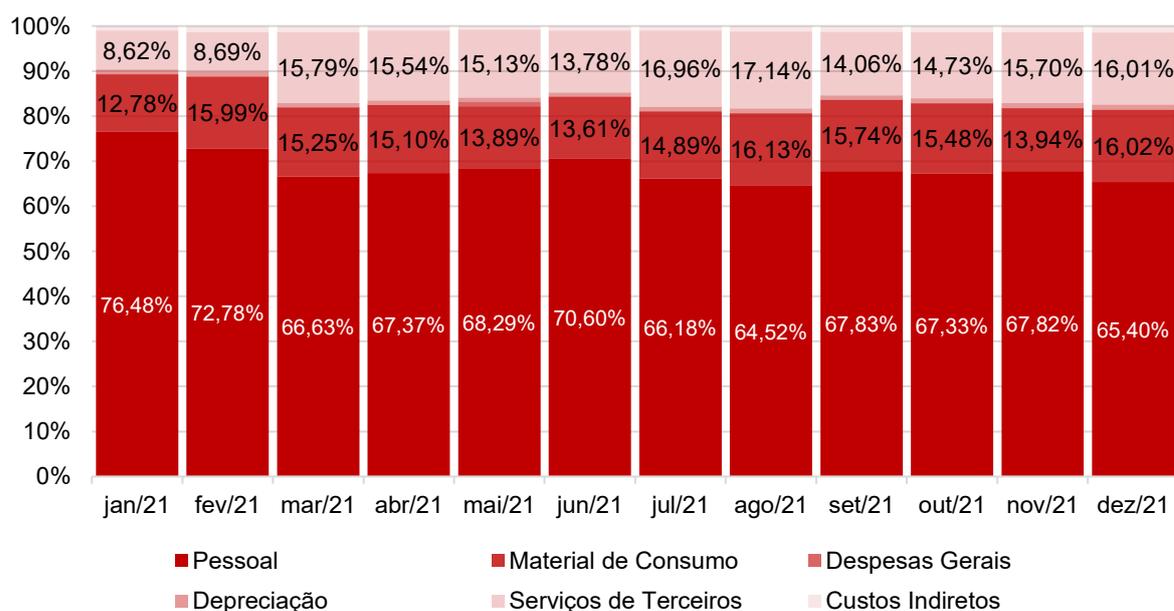


Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Observa-se que o maior custo médio do período se refere à despesa com pessoal, cujo percentual totalizou 68% do custo total (aproximadamente 3 milhões e 900 mil reais), seguido dos custos com material de consumo e de serviços de terceiro (com aproximadamente 850 mil reais e 830 mil reais, respectivamente).

Em análise mensal do ano de 2021 por item de custos, observa-se a distribuição dos custos conforme Gráfico 34:

Gráfico 34 – Percentual de custos HRBJA por item de custos – Jan/21-Dez/21



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Mensalmente, os percentuais dos custos hospitalares do HRBJA separados por item de custos apresentam comportamento cuja variação se mantém estável, com os maiores custos voltados para as despesas com a folha de pessoal, seguido de uma oscilação entre os custos com material de consumo e com serviços de terceiros.

Portanto, observa-se a evolução dos custos hospitalares do HRBJA, em função da metodologia proposta e de seus respectivos grupos e em razão do item de custos, conforme série história apurada.

4.2.5 Auditorias internas para a Qualidade

Com a finalidade de implantar um sistema de Gestão da Qualidade, o HRBJA desenvolve, desde de 2014, iniciativas cuja finalidade consiste na tentativa de implementação de ferramentas gerenciais imprescindíveis para essa finalidade. Entretanto, o processo possui descontinuidades temporais, muitas das vezes motivadas pela não utilização, por parte dos responsáveis, das ferramentas da melhor maneira; em outras vezes, os servidores não aderiram ao processo de utilização, o que causou a intermitência.

Frisam-se também fatores como as trocas dos gestores e o baixo incentivo por parte da gestão, o que tornou inócuas as tentativas alçadas até o presente momento.

Em 2020, houve um processo de readequação da estrutura do organograma do HRBJA, que incluiu a Gestão da Qualidade enquanto parte do setor Assessoria de Gestão Estratégica, que passou a se chamar Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade.

Aliado a esse fator, observa-se o novo planejamento estratégico, que alçou a Qualidade ao patamar de pilar do planejamento, cuja visão enseja a eficiência da gestão.

Essas mudanças direcionaram a execução de ações pautadas no desenvolvimento das ferramentas de gestão estruturadas pela FHEMIG, com a tônica voltada para a mudança da cultura organizacional.

Nessa esteira, foi construída uma estrutura setorial primária, a fim de pautar o início do processo de descrição e pactuação das rotinas de trabalho, contendo os seguintes setores: Almoxarifado, Almoxarifado de Material Médico, Ambulatório de Retornos, Apoio Administrativo Diagnóstico e Terapêutico, Arquivo, Bloco Cirúrgico, Central de Abastecimento Farmacêutico, Central de Material Esterilizado, Clínica Cirúrgica e Clínica Médica, Compras, Diretoria, Farmácia Dispensação, Farmácia Satélite Bloco, Farmácia Satélite UUE, Faturamento, Financeiro, Fonoaudiologia, Gerência Administrativa, Gerência Assistencial, Gestão Estratégica, Higienização e Limpeza, Informática, Laboratório – Patologia Clínica, Manutenção e Engenharia, Núcleo de Apoio a Gestão de Contratos, Núcleo de Ensino e Pesquisa, Núcleo de Risco, Patrimônio, Pronto Atendimento, Radiologia, Recepção, Recursos Humanos, Residência Médica, Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Serviço de Enfermagem, Serviço de Perícia Médica, Segurança e Saúde do Trabalhador, Tomografia, Ultrassonografia, Unidade de Apoio ao Paciente e Unidade de Pacientes Críticos.

Observa-se a proximidade da estrutura escolhida para a Gestão da Qualidade com as estruturas do organograma e da Gestão de Custos, o que evidencia o alinhamento das definições realizadas.

Baseado nessa definição, foi realizada uma auditoria interna em junho de 2020, por meio da aplicação do questionário estruturado (Anexo B). A estrutura do questionário contempla 10 quesitos classificados conforme as exigências documentais da ONA, a saber: Liderança, Gestão de Processos, Ferramentas para melhoria, Controle de documentos, Gestão de pessoas, Gestão de suprimentos, Gestão de infraestrutura, Planejamento e controle da produção em serviços, Gestão de riscos e Auditorias da Qualidade.

Cada um desses quesitos se subdivide em temáticas e estas, por sua vez, se dividem em orientações que podem se classificar como “Conforme”, “Parcialmente conforme”, “Não conforme” e “Não se aplica”.

O cabeçalho do relatório contempla as informações pertinentes ao setor auditado, quem foi o auditor observador, quem foram os entrevistados e a data da auditoria. Em razão do momento de aplicação (em meio à pandemia), não foi possível a visita presencial de um auditor – razão pela qual o preenchimento foi

realizado pelo coordenador do setor ou por pessoa por ele delegada. Frisa-se que o ideal é a realização da auditoria por meio do auditor externo ao setor, via de regra um membro da Assessoria de Gestão Estratégica e Qualidade. Entretanto, a necessidade imposta pelas restrições justificam a realização nesse formato.

Foram enviados os questionários para todos os 40 setores definidos para a Gestão da Qualidade, com taxa de resposta de 82,50%, cujos resultados foram compilados conforme Tabela 12:

Tabela 12 – Resultados da auditoria da Gestão da Qualidade HRBJA – 2020

Situação	Resultado	Percentual total	Percentual respostas válidas
Conforme	468	23,64%	49,73%
Parcialmente Conforme	177	8,94%	18,81%
Não Conforme	296	14,95%	31,46%
Não se Aplica	1039	52,47%	-
Total	1980	100,00%	100,00%

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Com isso, observa-se que a maioria das respostas considerou os quesitos como “Conforme”, em um total de 23,64% no total de quesitos avaliados e 49,73% na avaliação das respostas válidas, ou seja, excetuando-se todos os quesitos classificados como “Não se aplica”.

Lado outro, os quesitos avaliados como “Parcialmente conforme” ou “Não conforme” totalizaram 8,94% e 14,95%, respectivamente, na avaliação global, e seus resultados foram de 18,81% e 31,46% no percentual de respostas válidas, respectivamente.

O resultado apresentado evidencia que mais da metade dos quesitos avaliados tiveram respostas insatisfatórias do ponto de vista da Gestão da Qualidade, ou seja, não estão em conformidade com os requisitos mínimos.

Em análise dos quantitativos de respostas do quesito “Orientações” levantadas, cujas classificações consideradas foram “Parcialmente conforme” e “Não conforme”, e cujo critério de seleção foi o de um somatório total de até 10 respostas, observa-se que a relação gerada se dá conforme Tabela 13:

Tabela 13 – Resultados “Parcialmente Conforme” e “Não Conforme”

Orientações	NC	PC	Total Geral
1. Possui definido e escrito como é realizado o controle de documentos	13	13	26
3. Possui Matriz de Registro e Lista Mestra para controle de documentos internos e externos (leis, manuais, etc.)	19	6	25
1. Possui definido e escrito como é realizado o controle de registros	17	7	24
2. Possui Matriz de Risco e/ou outro instrumento de gestão de riscos	12	6	18
2. Existe procedimento escrito para este planejamento (POP/PRS)	9	6	15
2. Possui procedimentos (POP e PRS) das principais atividades dos mapas de processo	4	11	15
3. Possui os instrumentos 1 e 2 descritos (POP/PRS)	11	3	14
4. Elabora plano de ação para mitigar a ocorrência de eventos com níveis de risco alto	11	3	14
3. Existe procedimento escrito para a prática de gestão de riscos (POP/PRS)	11	3	14
2. Possui instrumento de avaliação da satisfação do cliente interno (pesquisa de clima interno)	13	1	14
1. Possui mapa(s) de processo atualizado	1	12	13
1. Realiza o gerenciamento dos riscos dos processos	10	3	13
4. Define procedimento de identificação, correção, investigação de causa, ação corretiva e plano de ação para eliminar as não conformidades (RNC)	11	2	13
3. Possui relatório(s) de auditoria(s) interna(s)	9	3	12
4. Existe procedimento escrito para essa prática (deve conter título da prática, identificação, se é corretiva ou preventiva, descrição de como acontece e de como é registrada)	11	1	12
3. Utiliza a CCF na sua prática diária	9	3	12
4. Elabora plano de ação para mitigar as ocorrências detectadas em auditoria(s) interna(s)	10	2	12
1. Realiza a prática de auditoria interna. Existe cronograma para realização de auditorias	11	1	12
2. Existe procedimento escrito para essa prática (deve conter título da prática, identificação, se é corretiva ou preventiva, descrição de como acontece e de como é registrada)	11	1	12
1. Realiza prática de controle preventivo do serviço	11		11
4. É realizada análise crítica e plano de ação de todos os indicadores	4	6	10
2. Existe procedimento escrito para a prática de auditoria interna (POP/PRS)	10		10
1. Estabelece indicadores de eficácia e eficiência para monitorar o desempenho dos processos mapeados	3	7	10
2. Identifica clientes externos e determina requisitos desses clientes que serão aceitos pela instituição	2	8	10

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Com isso, observa-se que, apesar das tentativas já realizadas, as auditorias apontam para a ausência de instrumentos e controles exigidos como requisitos básicos para a avaliação dos processos com o enfoque da Gestão da Qualidade pela ONA – o que torna o hospital elegível para uma proposta de construção desse importante processo.

5 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Pautado pelo Manual Brasileiro Acreditação da ONA, observa-se que a estrutura hospitalar pode ser classificada em três diferentes níveis: o primeiro é voltado para a segurança; o segundo, pautado na gestão integrada; e o terceiro tem como princípio a excelência em gestão.

Verifica-se também que cada nível é compatível com um tipo de certificação, conforme já apresentado anteriormente. Nesse sentido, a construção da proposta de intervenção será pautada nos requisitos do nível 1, os quais são vinculados aos processos de segurança dos clientes e no enfoque estrutural da organização a ser avaliada (ONA, 2018).

O primeiro requisito exigido para a Acreditação é a constituição jurídica do hospital, que deve possuir registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Observa-se que esse requisito já se encontra preenchido pelo HRBJA, uma vez que seu registro é regular junto ao MS, sob código 3698548. O pressuposto é o estabelecimento de uma equipe mínima capaz de conduzir o processo de instrumentalização no decorrer da implantação da Gestão da Qualidade que será referência para os setores e responsável pelos processos internos de auditoria.

Além disso, a definição do escopo da Gestão da Qualidade é imprescindível. Esta etapa trata do estabelecimento do principal propósito da organização na esfera da gestão por melhorias.

Também deve-se construir o macroprocesso do hospital. Esse instrumento contém as principais entregas do hospital, o que inclui seus processos assistenciais, seus processos de apoio e seus processos administrativos, além da relação dos fornecedores e de seus clientes. A FHEMIG construiu um modelo, conforme Anexo C.

Paralelamente, também é necessário que sejam construídas as políticas institucionais do hospital, cuja finalidade é estabelecer os horizontes do hospital e a forma como ele se posiciona. No caso do HRBJA, suas políticas institucionais são construídas pela FHEMIG e já existem de maneira bem consolidada. Contudo, devem ser validadas pelo grupo de gestores locais e podem ser mais divulgadas

internamente por meio da utilização de pastas de trabalho compartilhadas em computadores para consulta de qualquer colaborador interessado.

A próxima estrutura a ser definida são os setores que integrarão a Gestão da Qualidade. No caso estudado, já existe uma relação de setores prévia, mas feita há alguns anos. Por isso, é necessário reavaliar a estrutura existente e atualizar a listagem de setores.

O processo de certificação enseja a participação coletiva das equipes de trabalho na construção cotidiana – o que necessita da integração entre a alta direção e os setores. Para isso, é necessário institucionalizar o processo construtivo por meio de reuniões periódicas, nas quais serão repassadas orientações e feitas as validações necessárias ao processo em construção. Nesta etapa, a realização de capacitações é fundamental. As pautas podem ser conceituais, com a finalidade de integrar os processos aos conceitos da Gestão da Qualidade e dos conceitos da Acreditação hospitalar. Frisa-se que a capacitação é um processo contínuo ao longo das etapas.

Com essas etapas estruturadas, a próxima etapa é a construção dos mapas de processo dos setores. A FHEMIG possui o instrumento estruturado, conforme Anexo D. Em linhas gerais, essa ferramenta contempla as atividades estruturais de cada setor – que devem ser descritas no campo 7. No campo 8, são descritos os fornecedores e as respectivas entradas de cada fornecedor. Já o campo 9 contempla as entregas efetivadas após o processamento das entradas e os respectivos clientes.

O mapa de processos também contempla os requisitos das entradas, ou seja, a forma como cada entrada deve ser recebida, os requisitos dos produtos a serem entregues, os requisitos legais que compõem o processo de trabalho do setor, além das estruturas que constituem o setor e suas respectivas condições e os quantitativos de equipe, por categoria profissional, responsável pela execução das atividades.

Além disso, integram essa ferramenta os campos que descrevem os indicadores de desempenho das atividades desenvolvidas, os documentos gerados pelo processo e os registros que serão construídos para evidenciar a execução das rotinas.

É importante frisar que essa ferramenta é a estrutura central do processo de Gestão da Qualidade, uma vez que ela elenca todos os pontos observados em cada um dos setores da organização e contempla as relações existentes entre eles no formato de fornecedores e clientes.

Os mapas de processos devem ser construídos pelos responsáveis por seus respectivos setores e assessorados pelos executores das rotinas nele descritas no cotidiano, uma vez que é importante essa apropriação da ferramenta por aquele que deverá utilizá-la no cotidiano. Uma vez registrado, o mapa de processo deverá ser avaliado pelo Escritório da Qualidade para validação estrutural da ferramenta e deverá ser aprovado pelo superior hierárquico do setor proponente.

No caso do HRBJA, essa etapa consistirá na revisão das ferramentas, uma vez que, em sua maioria, elas já existem. Contudo, para os setores novos, definidos após a revisão da estrutura de Gestão da Qualidade, deverão ser elaborados os respectivos mapas de processos.

Uma vez aprovados, é importante tornar público todos os documentos emitidos pelo Escritório da Qualidade. Entretanto, a impressão de documentos é uma inconsistência para o processo da Gestão da Qualidade; isso por que existe uma grande dificuldade de controle das cópias impressas, o que favorece a utilização de documentos desatualizados e pode acarretar quebra de requisitos e não-conformidades nos processos de trabalho.

Para mitigar esse risco, sugere-se a utilização de uma solução informatizada, para que seja garantido o acesso aos colaboradores e, ao mesmo tempo, que exista controle dos documentos publicados. Esse resultado pode ser obtido com a disponibilização dos arquivos em uma rede interna do hospital – o que favorece a disseminação do conteúdo de maneira segura.

Após a instrumentalização dos mapas de processos, surge a necessidade de pactuar as entregas que deverão ser realizadas entre os envolvidos. Nesse sentido, a cadeia cliente-fornecedor (Anexo E) possibilita essa formalização, uma vez que, por ser um documento que complementa o mapa de processos, sua principal função é garantir que os requisitos estabelecidos sejam cumpridos – o que a torna uma espécie de acordo entre as partes.

Após construídas, o Escritório da Qualidade deverá validar seu conteúdo e, posteriormente, realizar a publicação de seu conteúdo para os colaboradores do hospital nos mesmos moldes dos mapas de processos.

As cadeias cliente-fornecedor do HRBJA, apesar da existência, não são utilizadas da forma correta e, em razão do tempo e das alterações dos processos, estão desatualizadas. Assim, é necessário refazer toda a sua estrutura.

A estruturação dos setores – do ponto de vista da Gestão da Qualidade – também passa pela descrição das rotinas de trabalho que neles são realizadas. Essa descrição tem a finalidade de ampliar as tarefas para o cumprimento de cada atividade do setor, ao especificar cada passo, e deve ser realizada por um Procedimento Operacional Padrão (no caso de uma rotina que envolva apenas o setor proponente) ou um Procedimento Sistêmico (caso ela envolva mais de um setor). Na FHEMIG, o documento é estruturado conforme Anexo F.

Frisa-se que, para o caso do HRBJA, a construção dessa ferramenta, diferentemente das anteriores, constitui processo muito bem consolidado nas rotinas de trabalho. Entretanto, carece de uma adaptação à realidade das descrições dos mapas de processos, uma vez que muitos procedimentos operacionais padrão e procedimentos sistêmicos que já existem podem ser atualizados e unificados.

Também é necessário melhorar o processo de divulgação dos documentos, eliminando os conteúdos que hoje são impressos e que se restringem aos setores. A necessidade é publicizar as ferramentas.

Uma vez descritos os mapas de processos, pactuadas as relações entre os setores e descritas as rotinas de cada setor, surge a necessidade de acompanhamento e avaliação se as rotinas pactuadas são cumpridas na prática. Esse acompanhamento é realizado por cada cliente: no caso de descumprimento de algum requisito, preencherá um Relato de Não-Conformidade (RNC), cuja função é dar ciência ao Escritório da Qualidade da quebra de requisitos, para apuração e providências. Na FHEMIG, o documento é estruturado conforme Anexo G.

Uma vez comunicado o problema, o Escritório da Qualidade faz a apreciação e direciona aos fornecedores para a resposta. Caso tenha ocorrido uma quebra de

requisitos de fato, surge a necessidade de elaboração de um plano de ação. Na FHEMIG, essa ferramenta é institucionalizada conforme Anexo H.

Frisa-se que a construção de planos de ação não é uma rotina nova para o HRBJA. Entretanto, é focal em uma parcela dos gestores e carece de embasamento metodológico na sua construção, muitas das vezes. Quanto ao RNC, não foram identificadas evidências de que ele faça parte do cotidiano dos setores do hospital.

A próxima etapa consiste na construção de indicadores para o monitoramento efetivo dos processos de trabalho existentes, conforme necessidade de priorização estabelecida pela Alta Direção. Trata-se de processo de extrema importância para a continuidade do processo de Acreditação, uma vez que sua execução favorece a execução dos objetivos. No HRBJA, esse processo é bem consolidado, uma vez que já é realizado desde 2009, aproximadamente. Entretanto, essa construção pode ser melhor incorporada ao cenário da Gestão da Qualidade, uma vez que hoje ocorrem como eventos dissociados.

A próxima etapa da construção documental é o matriciamento dos riscos operacionais. Essa etapa envolve dimensionar os riscos dos processos de trabalho e avaliar o apetite ao risco que a organização está disposta. Os tipos de risco mapeados pela organização são: o assistencial; o ocupacional; o ambiental; o jurídico; o econômico-financeiro; o operacional; e o de reputação/imagem. Seus tratamentos possíveis são: eliminar o risco; compartilhar o risco; mitigar, reduzir, ou controlar o risco; aceitar o risco. Na FHEMIG, o documento adotado é o Anexo I.

A próxima etapa consiste em estruturar todas as evidências elaboradas anteriormente, por meio da criação de um controle de documentos. Para isso, deve-se utilizar uma Matriz de Registro, cuja finalidade é matriciar as evidências construídas por meio da definição de um código para cada documento e pela sumarização desses códigos por meio de uma Lista Mestra. A FHEMIG tem instituída essa matriz conforme Anexo J. Contudo, não foram identificadas evidências de sua utilização por parte do HRBJA – razão pela qual ela deverá ser implementada.

Periodicamente, devem ser realizadas análises críticas de indicadores pela Alta Direção em conjunto com seus gestores. Trata-se de uma possibilidade de conversa e de alinhamento entre as equipes responsáveis e a Alta Direção balizado

pelos objetivos institucionais. No HRBJA, esse processo é realizado bimestralmente, com ênfase na apresentação dos resultados do Pacto de Gestão Participativa. Porém, ele pode ser melhor explorado com a inclusão de discussões sobre o processo de Gestão da Qualidade.

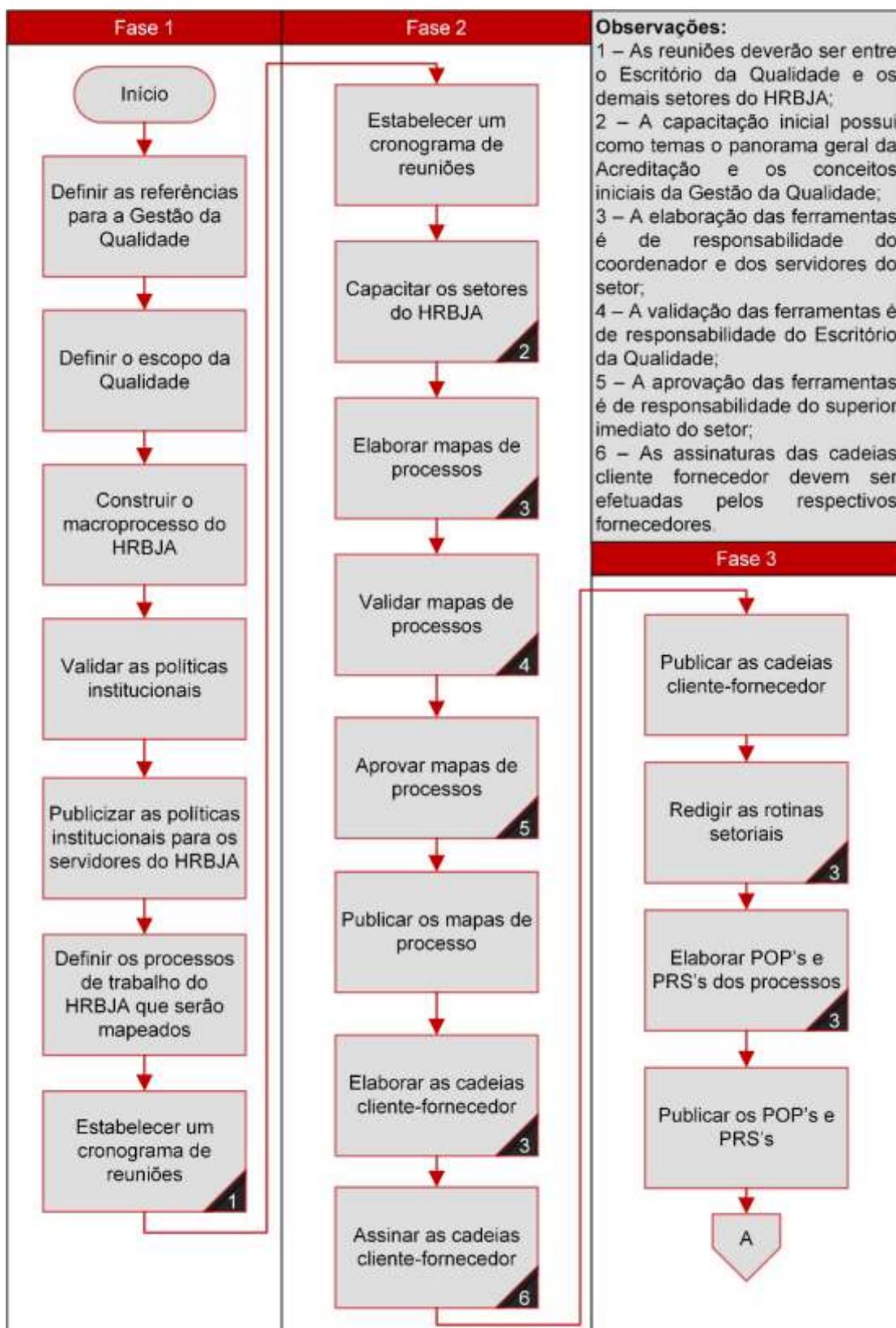
No decorrer do processo, faz-se necessário que sejam atribuídas funções de auditoria interna para o processo da Gestão da Qualidade. Esse grupo é responsável por identificar o andamento do processo, com o direcionamento das ações necessárias para que o processo de Acreditação atinja seu principal objetivo.

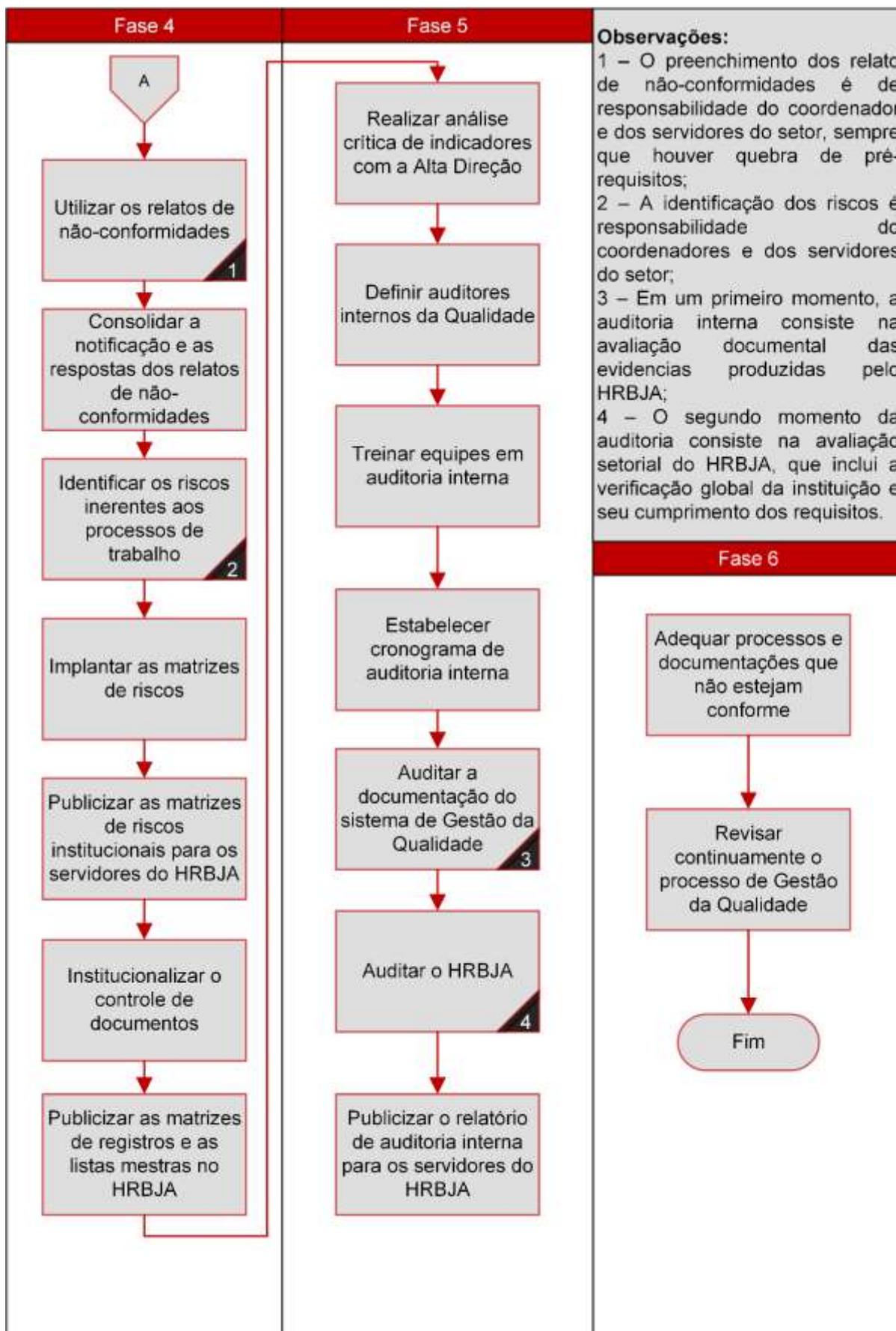
Uma vez definida a equipe que executará essa função, devem ser realizadas capacitações desses membros, com a finalidade de ampliar seus conhecimentos sobre as práticas e ferramentas institucionalizadas, com o intuito de promover o processo de monitoramento e avaliação das ações.

Uma vez definida a equipe e treinados seus membros pelo Escritório da Qualidade, deve ser elaborado um cronograma de auditoria que deverá ser amplamente divulgado e cuja finalidade é publicizar e pactuar sua periodicidade de execuções. O HRBJA não possui equipe de auditores internos. Esse cronograma deve ser executado conforme sua proposição. Cabe aos auditores a realização das auditorias, que podem ser feitas nos documentos produzidos pelo hospital.

Paralelamente, cabe aos auditores a realização de uma pré-auditoria externa, cujo principal objetivo é avaliar o hospital, com uma visão direcionada para todo o processo de Gestão da Qualidade, e direcionar as soluções possíveis antes da avaliação, cujo relatório final deve ser disponibilizado para ciência de todos os colaboradores. Diante disso, a proposta de intervenção segue descrita conforme Figura 27:

Figura 27 – Fluxograma da proposta de intervenção





Assim, as ações de implantação de um sistema de Gestão da Qualidade possuem diretrizes bem estabelecidas pela ONA, como visto anteriormente. Seu enfoque no primeiro nível de certificação é nas estruturas do hospital. Com isso, pode-se agruparem as ações descritas em etapas descritas conforme Figura 28:

Figura 28 – Etapas para a implantação da Acreditação



Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Verifica-se que a primeira etapa consiste no planejamento estrutural mínimo para a organização. Nela devem estar escritos quais serão os processos de trabalho que a instituição pretende mapear.

A segunda etapa consiste na construção de toda a documentação pertinente ao processo de Gestão da Qualidade; é uma das principais etapas, pois os documentos constituem as evidências de todos os processos.

A terceira etapa consiste no registro das não-conformidades apontadas, cuja busca de solução é imprescindível e pode ser realizada por meio da construção de indicadores – o que está previsto na quarta etapa.

A quinta etapa é a definição dos riscos inerentes aos processos, com a premissa multifatorial. Já a sexta etapa é o monitoramento dos processos, com a intenção de buscar a melhoria contínua. Após essas etapas cumpridas, o hospital poderá ser acreditado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É crescente a demanda da população pela ampliação e pela melhoria dos serviços recebidos. Esse aumento que antes podia ser percebido nas relações privadas passou a ser sentido também na esfera pública e não se restringe a uma só área de atuação.

A construção de políticas públicas acaba por valorizar a percepção do impacto da política implementada no cotidiano dos atores que são beneficiados por ela, o que torna cíclica sua avaliação e seu monitoramento. A saúde, sobretudo o SUS, não está dissociada desse contexto.

Desde a redemocratização, em 1988, o processo de construção de um sistema público e universal que atenda às demandas da população brasileira passa por constantes aprimoramentos e inovações no decorrer dos anos.

A Gestão da Qualidade, que passou a compor a realidade do Setor Saúde na década de 1990, é um processo de adequação que consiste na instrumentalização da gestão por meio da construção e pactuação dos processos de trabalho, com a validação das ferramentas baseada em uma metodologia de certificação.

Um dos expoentes da Saúde Pública mineira é a FHEMIG, que em razão de suas estruturas físicas e do seu quadro de profissionais é considerada uma das maiores fundações públicas de prestação de serviços de saúde do Brasil, e que participa diuturnamente desse processo de construção do SUS por intermédio de hospitais que fazem parte da saúde pública do estado de Minas Gerais.

A execução dos serviços de saúde prestados por essa fundação hospitalar se dá por meio dos hospitais que a compõem. Uma de suas unidades assistenciais é o HRBJA, que desde 2005 integra o Complexo dos Hospitais Gerais da FHEMIG e que se situa no interior do estado, na cidade de Barbacena, que é parte da Macrorregião de Saúde Centro Sul.

Em razão desse contexto no qual o hospital está inserido, pretendeu-se investigar qual a situação da organização estudada em relação aos requisitos de implantação da Gestão da Qualidade. A tentativa de resposta para esse problema resultou no desdobramento do cenário existente em alguns pontos. De maneira

geral, o estudo buscou a realização de um diagnóstico situacional do HRBJA para identificar possíveis entraves na implantação da Gestão da Qualidade.

Especificamente, a pesquisa buscou levantar e analisar as evoluções das estruturas, dos serviços e do financiamento do SUS; diagnosticar o cenário e os procedimentos da Gestão da Qualidade em Saúde; realizar um diagnóstico situacional do HRBJA; e elaborar uma proposta de intervenção que auxilie o HRBJA no processo de implantação da Gestão da Qualidade.

O diagnóstico sobre o SUS contemplou um levantamento do quantitativo de hospitais, do quantitativo de leitos, das estimativas populacionais do Brasil e dos gastos com saúde no Brasil e em outros países. Evidenciou-se que os quantitativos de hospitais e leitos que compõem o SUS acompanham a densidade populacional na maior parte dos estados no Brasil. Entretanto, observa-se um déficit de leitos de maneira geral.

Por meio do levantamento de dados e informações das bases de dados federais do MS e do IBGE, foi possível construir um diagnóstico do atual cenário do SUS em função da população do Brasil, com a sua evolução ao longo dos anos em termos de suas estruturas e de seus serviços.

As informações apuradas junto às bases de dados da OMS possibilitaram traçar um comparativo entre os financiamentos públicos do SUS e de outros países selecionados em razão das características semelhantes de seus sistemas de saúde.

Parte desse déficit está associado aos gastos com saúde realizados pelo Brasil. Enquanto os países selecionados por possuírem sistemas de saúde similares aos do Brasil gastam em média US\$ 3.000 com saúde, o Brasil possui um gasto de US\$ 852.

O diagnóstico do cenário e dos procedimentos da Gestão da Qualidade em Saúde consistiu na realização de uma revisão bibliográfica sobre o tema, na qual foram identificadas 7 organizações com metodologias próprias que pautam o cenário da Qualidade em Saúde dentre as possibilidades de certificação dos processos ou da acreditação dos hospitais.

No estudo, optou-se por utilizar a metodologia proposta pela ONA, uma vez que suas características apontam para um direcionamento de Acreditação em

instituições de saúde que estão incluídas no contexto brasileiro, e cujo objetivo é a melhoria contínua da qualidade assistencial.

Foi realizado o diagnóstico do cenário da Gestão da Qualidade em Saúde no Brasil conforme mapa de Acreditação apresentado pela ONA, bem como o levantamento de seus procedimentos.

Já o diagnóstico situacional do HRBJA explorou o cenário epidemiológico no qual o hospital está inserido, o panorama geral do hospital, os resultados dos Pactos de Gestão Participativa, a evolução dos custos hospitalares e as auditorias internas para a Qualidade.

O diagnóstico situacional do HRBJA foi realizado por meio de uma pesquisa documental que possibilitou identificar o cenário epidemiológico no qual o hospital está inserido, bem como mapear os principais pontos da organização, em termos de organograma, indicadores de monitoramento, evolução dos custos hospitalares e as auditorias internas realizadas.

No geral, observa-se que o HRBJA possui uma estrutura favorável ao processo de implantação da Gestão da Qualidade. Apesar de embrionário, o fato de a FHEMIG já possuir as ferramentas necessárias para o processo pode agilizar a institucionalização desse processo na unidade.

Entretanto, é importante observar que, não obstante a existência das ferramentas, os resultados das auditorias internas apontam para a baixa adesão por parte das equipes – o que enseja uma maior estruturação do processo.

Embora tenha ocorrido uma recente incorporação do Escritório da Qualidade na estrutura do hospital, as restrições da pandemia de COVID-19 atrasaram o processo de implantação da Gestão da Qualidade.

Identificou-se que, por ser parte de um contexto interiorano no qual os serviços de saúde são relativamente escassos, o HRBJA possui representatividade microrregional e macrorregional, tanto pela estrutura ofertada, quanto pelo quantitativo de procedimentos que são realizados.

A aplicação de instrumentos gerenciais, capazes de otimizar os serviços prestados pelo HRBJA cria um cenário favorável para a região de saúde de Barbacena, haja vista o percentual de pessoas consideradas SUS dependentes e a

necessidade de prestação de serviços de qualidade assegurada para essa população.

Ao observar a possibilidade de melhoria trazida com a aplicação de melhorias nos processos de trabalho, pode-se trabalhar o conceito de melhoria contínua dos processos, o que permite a geração de valor no produto final, que é a execução de serviços hospitalares para uma população de aproximadamente 780 mil pessoas.

Contudo, não obstante a representatividade desta instituição, os processos de trabalho do hospital carecem de instrumentos que mensurem a qualidade da execução dos serviços, o que caracterizou uma limitação para a pesquisa, uma vez que não foi possível monitorar a aplicação e mensuração dos processos de trabalho da instituição. Por conseguinte, o hospital estudado não possui Acreditação ou Certificação voltado para a Gestão da Qualidade.

A contribuição trazida com o presente estudo consiste em subsidiar a gestão do hospital com um plano de ação (Apêndice A) que auxilie o HRBJA no processo de implantação da Gestão da Qualidade, a fim de melhorar a prestação de serviços pelo hospital.

Uma vez implementado, o plano de ação direcionará as mudanças nos processos que impactarão na mudança da cultura organizacional e na adoção de medidas capazes de instrumentalizar a melhoria contínua dos processos. O resultado final, conseqüentemente, é o impacto na qualidade dos serviços ofertados pelo hospital aos pacientes que são usuários de seus serviços.

A proposta, que é baseada nos requisitos fixados pelo Manual da ONA, consiste em estruturar as ações necessárias para viabilizar o processo de Gestão da Qualidade no hospital. Caso a aplicação desse plano de ação demonstre efetividade no processo de instrumentalização, surgirá a possibilidade de ampliação de seu uso para outros hospitais da FHEMIG, ou até mesmo para outros hospitais públicos.

Dessa forma, espera-se que a pesquisa possa contribuir também no campo acadêmico, com um novo olhar para investigações futuras por meio da atualização dos processos de Gestão da Qualidade em hospitais, sobretudo nos hospitais públicos.

Portanto, este não é o fim da presente pesquisa. Ao contrário, mesmo com o cumprimento dos objetivos do estudo, ficou evidenciado que o tema Gestão da Qualidade em Saúde (na mesma esteira dos processos de trabalho das instituições de saúde) é bastante complexo e merece atenção sobre vários ângulos e nuances diferentes.

Por fim, espera-se que os resultados deste trabalho possam subsidiar pesquisas futuras, com a sugestão de investigar possíveis melhorias alcançadas pela instituição após a inicialização do uso das ferramentas e, caso pertinente, da análise do cenário institucional após o processo de Acreditação.

REFERÊNCIAS

ACI, Accreditation Canada International. **Accreditation Canada International**. Disponível em: <<https://accreditation.ca/>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

ACREDITE-SE. **Acredite-se**. Disponível em: <<https://acredite.se/>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ALMASABI, Mohammed; THOMAS, Shane. The impact of Saudi hospital accreditation on quality of care: a mixed methods study. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 32, n. 4, p. e261–e278, 1 out. 2017.

ALVES, Camilla de Moura; BOULLOSA, Rosana. Avaliação axiológica do Programa de Transporte Urbano do Distrito Federal: explorando o público da acessibilidade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**, v. 5, n. 2, p. 311–334, jun. 2020.

ALVES, Cristina Alesxandra do Nascimento. **Envelhecimento e longevidade na modernidade técnica: os desafios do prolongamento da vida**. 2014. 101 f. Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

ANDIFES, Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior. **Regimento Nacional do PROFIAP**. Disponível em: <<https://profiap.org.br/wp-content/uploads/2022/03/sobre-40.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2022.

ANDION, Carolina. Por uma nova interpretação das mudanças de paradigma na administração pública. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 10, n. 1, p. 01–19, 2012.

AQUINO, Pedro Lukas do Rêgo et al. Telemedicina na era COVID-19 e suas perspectivas em tempos futuros. **COVID-19 no Brasil: Os Múltiplos Olhares da Ciência para Compreensão e Formas de Enfrentamento**, p. 25, 2020.

ARAÚJO, Laína Jennifer Carvalho; JOAZEIRO, Edna Maria Goulart. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**, n. 44, p. 21–44, ago. 2019.

ARELLANO, Luis Ernesto Vázquez; GARCÍA, Jesús Manuel Ramos. Campos de poder y políticas públicas en las organizaciones gubernamentales Mexiquenses. Un marco reglamentario de acción de las dependencias urbanas. In: GARCÍA, Joas Gómez; GARATACHEA, Enrique Vázquez; MORALES, Mauro Julián Cuervo (Org.). **Cambios Pod. y políticas públicas en México**. 1. ed. Cidade do México: Grupo Editorial HESS, 2018. p. 444.

ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Condicionantes locais da descentralização das políticas de Saúde. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo (Org.). **Políticas públicas no Bras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p. 173–204.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lúcia de Moura (Org.). **Políticas Saúde a Organ. e operacionalização do Sist. Único Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 1–284.

BEZERRA, Clarissa Maria Bandeira et al. Análise descritiva da Teoria Ambientalista de Enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 2, p. 79–83, 2018.

BICUDO, Virgínia Leone. A mensagem de “Roda-viva”. **Jornal de Psicanálise**, v. 52, n. 96, p. 87–98, 2019.

BONATO, Vera Lucia. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 5, p. 319–331, 2011.

BOUSQUAT, Aylene et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, n. 128, p. 13–26, 2021.

BRANDÃO, José Ricardo de Mello. O(s) Sistema(s) Primário(s) de Saúde Canadense sob uma Perspectiva Brasileira: Discutindo os Atributos Starfield. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1413–1419, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Coronavírus Brasil**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br>>. Acesso em: 27 jul. 2021a.

_____. **Cronologia histórica da Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>>. Acesso em: 20 jul. 2021b.

_____. **História e Evolução dos Hospitais**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965.

_____. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Tab para Windows Versão 2**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAMPANTE, Rubens Goyatá. O Patrimonialismo em Faoro e Weber e a Sociologia Brasileira. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, v. 46, n. 1, p. 153–193, 2003.

CAMPELO, Graham Stephan Betzen. Administração Pública no Brasil: Ciclos entre Patrimonialismo, Burocracia e Gerencialismo, Uma Simbiose de Modelos. **Ciência e Trópico**, v. 34, n. 2, p. 297–323, 2010.

CARVALHO, Gilson. Saúde Pública. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 26, 2013.

CEFAÏ, Daniel. Públicos, problemas públicos, arenas públicas.... **Novos Estudos**, v. 36, n. 01, p. 187–213, 2017.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da Saúde: Posicionamento e Orientações**. 1. ed. Brasília, DF: CONASEMS, 2019.

CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lena. Transformações dos Sistemas de Saúde na Era da Financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2147–2158, 2018.

COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 125, p. 289–296, 27 jul. 2020.

- COSTA, Beatriz Silva da. Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal: mudanças e agentes políticos na Assembleia Nacional Constituinte de 1987. **Revista da CGU**, v. 12, n. 22, p. 27, 2020.
- CUNHA, Rafael Soares Pinheiro da; MIGON, Eduardo Xavier Ferreira Glaser; VAZ, Carlos Alberto Moutinho. A Liga das Nações: êxitos e fracassos da predecessora da Organização das Nações Unidas. **Revista de Ciências Militares**, v. 2, n. 2, p. 317–336, 2014.
- DE OLIVEIRA, Felipe Proenço et al. Mais Médicos: Um Programa Brasileiro em uma Perspectiva Internacional. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 54, p. 623–634, 2015.
- DEFEO, Joseph A.; JURAN, Joseph M. **Fundamentos da Qualidade para Líderes**. New York: Bookman, 2015.
- DONABEDIAN, Avedis. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v. 114, p. 1115–1118, 1990.
- DOWBOR, Monika. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua Nova**, v. 78, n. 1, p. 185–222, 2009.
- DRUMOND, Alexandre Matos; SILVEIRA, Suely de Fátima Ramos; SILVA, Edson Arlindo. Predominância ou Coexistência? Modelos de Administração Pública Brasileira na Política Nacional de Habitação. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 1, p. 3–25, 2014.
- DYE, Thomas R. Policy Analysis. **Underst. public policy**. 14. ed. United States: Pearson Prentice Hall, 2013. p. 20.
- ELNECAVE, Alberto Helale et al. A inserção do Brasil no sistema multilateral: das Conferências Pan-Americanas à Liga das Nações. **Revista Perspectiva**, v. 13, n. 24, p. 9–26, 30 jul. 2020.
- ERDMANN, Rolf Hermann. **Gestão da Qualidade no Setor Público**. 3. ed. rev ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2016.
- FAORO, Raymundo. **Os Donos do Poder – Formação do Patronato Político Brasileiro**. 3. ed. São Paulo: Globo, 2001.
- FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul Enferm**, v. 18, n. 2, p. 213–219, 2005.
- FERNANDES, Gustavo Andrey de Almeida Lopes; PEREIRA, Blenda Leite Saturnino. Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 595–613, 2020.
- FERNANDES, Violeta Campolina; SOUSA, Camila Lopes de. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, n. 2179–6750, p. 1–17, 2020.
- FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. 1. ed. Fortaleza: UEC, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO, Thais de Andrade Vidaurre. A pandemia nas fronteiras da reforma sanitária: os desafios da rede hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 1–9, 4 set. 2020.

GALDINO, Simone Vasconcelos et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 07, n. supl., p. 1023, 2016.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930**. . Ouro Preto: UFOP. , 2012

GARVIN, David A. **Managing Quality: The Strategic and Competitive Edge**. 1. ed. New York: NY: Free Press, 1988.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Daniela Faustino de Sousa; SILVA, Jordany Gomes da. Concepção popular da função do gestor público. **In: VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação**, out. 2012.

GONÇALVES, Ernesto Lima. Estrutura organizacional do hospital moderno. **Revista de Administração de Empresas**, v. 38, n. 1, p. 80–90, 1998.

GONÇALVES, Marcelo Limão. A fábrica disciplinadora de comportamentos: um diálogo entre Michel Foucault e Frederick W. Taylor. **Alabastro: revista eletrônica dos discentes da Escola de Sociologia e Política da FESPSP**, v. 12, n. 1, p. 75–94, 2019.

GONÇALVES, Márcio Augusto et al. Acordo Externo de Resultados: inclusão de nova variável no Modelo de Gestão FHEMIG e sua possível influência. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. Supl 2, p. 35–43, 2012.

HIMSS, Healthcare Information and Management Systems Society. **HIMSS**. Disponível em: <<https://www.himss.org/>>. Acesso em: 27 jul. 2021.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2022.

ISO, International Organization for Standardization. **International Organization for Standardization**. Disponível em: <<https://www.iso.org/>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

JCI, Joint Commission International. Joint Commission International. 2021. Disponível em: <<https://www.jointcommission.org/>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

JUNIOR, Reynaldo Rubem Ferreira; RITA, Luciana Peixoto Santa. Impactos da COVID-19 na economia: limites, desafios e políticas. **Cadernos de Prospecção**, v. 13, n. 2, p. 459–476, 2020.

JURAN, Joseph M.; GODFREY, A. Blanton. **Juran's quality handbook**. 5. ed. New York: NY: McGraw-Hill, 1998.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

KOUSGAARD, Marius Brostrøm; THORSEN, Thorkil; DUE, Tina Drud. Experiences of accreditation impact in general practice - A qualitative study among general practitioners and their staff. **BMC Family Practice**, v. 20, n. 1, p. 1–13, 28 out. 2019.

LEITE, Cristiane Kerches da Silva; FONSECA, Francisco. Federalismo e políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988. **Organizações & Sociedade**, v. 18, n. 56, p. 99–117, mar. 2011.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269–291, 2001.

LIMA, Danilo Lopes Ferreira et al. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1575–1586, 8 maio 2020.

LIMA, Sheyla Maria Lemos; RIVERA, Francisco Javier Uribe. A contratualização nos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2507–2521, 2012.

LINS, Bernardo F E. Custos da qualidade. **Revista Administração em Diálogo**, v. 3, n. 1, 2001.

LOEB, Alexander E. et al. Departmental Experience and Lessons Learned With Accelerated Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Crisis. **The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons**, v. 28, p. e469–e476, 2020.

LOWI, Theodore J. American business, public policy, case studies, and political Theory. **World Politics**, v. 16, n. 4, p. 677–693, 1964.

_____. Decision making vs. policy making: toward an antidote for technocracy. **Public Administration Review**, v. 30, n. 3, p. 314, 1970.

_____. Four systems of policy, politics, and choice. **Public Administration Review**, v. 32, n. 4, p. 298–310, 1972.

LUCHESE, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 439–448, 2003.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MACHADO, Simone Silva. **Gestão da Qualidade**. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2012.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 9. ed. São Paulo: Grupo GEN, 2021.

MARTINS, Eliseu. **Contabilidade de Custos**. 9. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MARY, Rose; LONGO, Juliano. *Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação*. 1995, São Paulo: SENAC, 1995. p. 16.

MASSUDA, Adriano; TASCA, Renato; MALIK, Ana Maria. Uso de Leitos Hospitalares Privados por Sistemas Públicos de Saúde na Resposta à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. spe4, p. 248–260, 2020.

MENDES, Áquilas. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal Brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 20–33, 2014.

MENDES, Bruno Oliveira. **A Importância do Sistema de Gestão da Qualidade para uma Empresa Industrial: O Caso da Polisport Plásticos**. 2019. 70 f. Universidade de Coimbra, 2019.

MENDES, Jussara Maria Rosa; LEWGOY, Alzira Maria Baptista; SILVEIRA, Esalva Carvalho. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24, 12 set. 2007.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 58–70, 2019.

MINAS GERAIS, ALMG. **Políticas Públicas - Pacto pelo Cidadão - Entenda - Informações Gerais**. Disponível em: <https://politicaspUBLICAS.almg.gov.br/temas/pacto_pelo_cidadao/entenda/informacoes_gerais.html?tagNivel1=176&tagAtual=27098>. Acesso em: 2 ago. 2022.

MINAS GERAIS, Governo do Estado de. **Acordo de Resultados: Avaliação da Qualidade de Indicadores Assistenciais**. Belo Horizonte: Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS, FHEMIG. **Do Planejamento aos Resultados**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2009a.

_____. **FHEMIG celebra seus 40 anos**. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/9991-fundacao-hospitalar-do-estado-de-minas-gerais-celebra-seus-40-anos>>. Acesso em: 19 out. 2021a.

_____. **Gestão de Custos Hospitalares**. Belo Horizonte: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, 2009b.

_____. **Mapa estratégico 2020 / 2023 - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/mapa-estrategico-2020-2023>>. Acesso em: 21 out. 2021.

_____. **Missão, Visão e Valores - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao/missao-visao-e-valores>>. Acesso em: 20 out. 2021b.

_____. **Sobre o órgão**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/sobre-o-orgao>>. Acesso em: 19 out. 2021c.

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. O Estado da Arte da Gestão Pública. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, v. 53, n. 1, p. 82–90, 2013.

NETO, Pedro Luiz de Oliveira Costa; ROSPI, Leonardo. Contribuição à discussão do conceito de Qualidade. 2007, Foz do Iguaçu: Associação Brasileira de Engenharia

de Produção, 2007. p. 5–12.

NIAHO, National Integrated Accreditation for Healthcare Organization. **National Integrated Accreditation for Healthcare Organization**. Disponível em: <<https://www.dnv.us/>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

NICKLIN, Wendy. The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review. **Driving Quality Health Services**, p. 16, 2013.

NOVAES, Humberto De Moraes. História da Acreditação Hospitalar na América Latina – O Caso Brasil. **RAHIS**, v. 12, n. 4, p. 13, 20 out. 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 251–264, 2000.

OHSAS, Occupational Health and Safety Management. **Occupational health and safety management systems: Requirements**. Londres: OHSAS Project Group-British Standards Institution, 2007.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; DALLARI, Sueli Gandolfi. Reflexões Sobre o Sistema Único de Saúde e o Servizio Sanitario Nazionale: A Reforma da Reforma – a Adoção do Ticket Sanitário. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 4, p. 895–901, 2016.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, v. 61, n. 27, p. 31–42, 2012.

OLIVEIRA, Renato Ferreira de; OLIVEIRA, Virgílio César da Silva; SANTOS, Antônio Carlos dos. Beneficiários ou reféns? o patrimonialismo na perspectiva dos cidadãos de Poço Fundo, Minas Gerais. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 9, n. 4, p. 950–966, 2011.

OLIVEIRA, Elisângela Magela. Transformações no mundo do trabalho, da Revolução Industrial aos nossos dias. **Caminhos de Geografia**, v. 6, n. 11, p. 84–96, 2004.

OLIVIERI, Cecília. Os Controles Políticos Sobre a Burocracia. **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 5, p. 1395–1424, 2011.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **OMS**. Disponível em: <<https://www.who.int/>>. Acesso em: 4 ago. 2021.

ONA, Organização Nacional de Acreditação. **Manual Brasileiro de Acreditação**. 2018–2022. ed. São Paulo: ONA, 2018.

_____. **Organização Nacional de Acreditação**. Disponível em: <<http://www.ona.com.br/>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OUPERNEY, Assis Mafort; FLEURY, Sonia. Polarização federativa do SUS nos anos 1990: Uma interpretação histórico-institucionalista. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 6, p. 1085–1103, 2017.

PAES DE PAULA, Ana Paula. Administração Pública Brasileira Entre o Gerencialismo e a Gestão Social. **Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 1, p. 36–49, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. Os Sistemas Universais de Saúde e o Futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 15–28, 2019.

- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.
- PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da Qualidade - Teoria e Prática**. São Paulo: Atlas, 2019.
- PARADA, Eugenio Lahera. O conceito de política pública. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas Públicas**. Brasília, DF: ENAP, 2006. v. 1. p. 152.
- PINTO, Élda Graziane; XIMENES, Salomão Barros. Financiamento dos direitos sociais na Constituição de 1988: do “pacto assimétrico” ao “estado de sítio fiscal”. **Educação e Sociedade**, v. 39, n. 145, p. 980–1003, 2018.
- PINTO, Hêider Aurélio et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. (Supl. I), p. 1087–1101, 2017.
- PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) The. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, p. 1903–1913, 2018.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2017.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa; MADUREIRA, Amanda Silva; SENA, Jaqueline Prazeres de. O processo de redemocratização e o novo padrão de proteção do direito à saúde no Brasil. **Cadernos Ibero-Americanos De Direito Sanitário**, v. 2, n. 2, p. 51, 2013.
- RAMOS, Edith Maria Barbosa; NETTO, Edson Barbosa de Miranda. Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 43, 18 abr. 2017.
- RAPOSO, Cláudio Filipe Lima; SILVA, Marina Lourenço da. Princípios da Administração Científica: a revolução de Taylor. **Revista Científica do Instituto Ideia**, v. 6, n. 1, p. 295–298, 2017.
- RODRIGUES, Nayara dos Santos. **Excelência no atendimento: como a comunicação influencia na qualidade do atendimento**. 2016. 1–99 f. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2016.
- RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. Brasília: CAPES: UAB, 2014.
- SAFANELLI, Juliana; COSTA, Nayara Raphaela Souza; FAGUNDES, Rogerio Vitalino. **Acolhimento Virtual uma estratégia de acesso à saúde em Joinville-SC durante e pós pandemia**. 2020. 20 f. Fundação Getúlio Vargas, 2020.
- SAN MARTINS, Fábio. Henry Ford e a questão salarial. **Revista Economia Ensaios**, v. 31, n. 2, p. 229–254, 27 out. 2017.
- SANTOS, Antonia Angélica Muniz dos; GUIMARÃES, Edna Almeida; BRITO, Giliard Paulo de. Gestão da Qualidade: Conceito, Princípio, Método e Ferramentas. **Revista Científica INTERMEIO**, p. 1–110, 2013.

SANTOS, Iranilde Ferreira dos; GABRIEL, Mariana; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381–391, 2020.

SANTOS, Marco Antônio dos; NEVES, Vanessa Ribeiro; SANNA, Maria Cristina. Conferências nacionais de saúde e o serviço de ouvidoria no Brasil. **História de Enfermagem: Revista Eletrônica – HERE**, v. 5, n. 1, p. 3–14, 2014.

SANTOS, Ronaldo Teodoro dos. O neoliberalismo como linguagem política da pandemia: A saúde coletiva e a resposta aos impactos sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1–9, 24 jul. 2020.

SARAVIA, Enrique. Política Pública: dos clássicos às modernas abordagens. In: SARAVIA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Políticas públicas**. Brasília, DF: ENAP, 2006. v. 1. p. 152.

SCHAURICH, Diego; MUNHOZ, Oclaris Lopes; DALMOLIN, Angélica. Aproximações Reflexivas da Teoria de Florence Nightingale no Contexto da Pandemia da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 2.ESP, p. 12–17, 2020.

SCHIESARI, Laura Maria César; KISIL, Marcos. A Avaliação da Qualidade nos Hospitais Brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, v. 5, n. 18, p. 11, 2003.

SILVA, Cassandra Ribeiro Oliveira. **Metodologia do trabalho científico**. 1. ed. Fortaleza: Centro Federal de Educação Tecnológica do Ceará, 2004.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2539–2550, 2010.

SILVA, Olga Maria Panhoca da; PANHOCA, Luiz. A Contribuição da Vulnerabilidade na Determinação do Índice de Desenvolvimento Humano: Estudando o Estado de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1209–1219, 2007.

SILVA, Welison Matheus Fontes da; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do SUS na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–8, 4 set. 2020.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, Marcelo José de Souza e; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. 1–19, 2019.

SOUTO, Lucia Regina Florentino; TRAVASSOS, Claudia. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 587–589, 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, n. 39, p. 11–24, 2003.

_____. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, n. 16, p. 20–45, 2006.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva?

Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná, v. 15, p. 21, 2014.

SOUZA, Renilson Rehem de. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo**. 2002. 101 f. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2002.

TAVARES, Diogo Henrique et al. Aplicabilidade da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale na pandemia do novo Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, p. 1–12, 2020.

TOBAR, Federico. **Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina**. Buenos Aires: Fundación ISALUD, 2014.

VALLS, Valéria Martin. O enfoque por processos da NBR ISO 9001 e sua aplicação nos serviços de informação. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 2, p. 172–178, 2004.

VASCONCELLOS, André Luiz Carneiro de; LUCAS, Solange Fortuna. **Gestão pela Qualidade: dos Primórdios aos Modelos de**. 2012, Rio de Janeiro: CNEG, 2012. p. 22.

VIEITEZ, Diego Losada; CORAZZA, Ana Helena Scalco. Financiamento da Saúde e Pacto Federativo. **Revista de Direito Tributário e Financeiro**, v. 3, n. 1, p. 1, 2017.

XAVIER, Ana Isabel et al. **A Organização das Nações Unidas**. 1. ed. Coimbra: Portugal: Humana Global, 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. 1. ed. Brasília: CAPES: UAB, 2009.

APÊNDICE A – Detalhamento dos filtros de pesquisa do TabWin®

Os filtros de seleção utilizados na pesquisa para levantar os dados das estruturas físicas hospitalares que integram o SUS ao longo dos anos foram definidos conforme Quadro 15:

Quadro 15 – Estruturas físicas – TabWin®

(continua)

Levantamento	Filtros utilizados
Quantitativo de hospitais SUS	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Mês de Competência; Incremento=* LEITO HOSPITALAR *; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
Quantitativo de hospitais por NJ	Linha=Retenção Tributos Estabel.; Coluna=Mês de Competência; Incremento=* LEITO HOSPITALAR *; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Natureza Jurídica; Coluna=Mês de Competência; Incremento=* LEITO HOSPITALAR *; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
Quantitativo de hospitais por NJ, por Região e unidade da federação	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Natureza Jurídica; Incremento=* LEITO HOSPITALAR *; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
Quantitativo de leitos SUS	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Cirúrgico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Clínico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Completo; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
Quantitativo de leitos por NJ	Linha=Retenção Tributos Estabel.; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Cirúrgico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Retenção Tributos Estabel.; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Clínico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Retenção Tributos Estabel.; Coluna=Mês de Competência; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Completo; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS

(continuação)

Quantitativo de leitos por NJ, por Região e unidade da federação	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Natureza Jurídica; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Cirúrgico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Natureza Jurídica; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Clínico; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS
	Linha=Região/Unidade da Federação; Coluna=Natureza Jurídica; Incremento=Qt.Leitos Hospitalar Completo; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Vínculos com SUS: Estabelecimento COM vínculo SUS

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A fim de mapear a distribuição de leitos do SUS em função da distribuição populacional do Brasil, foram levantados os dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que contabilizam a população do Brasil e sua distribuição no país. A coleta de dados se deu pelo acesso ao endereço eletrônico do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/>), por meio do menu “Estatísticas”, “Sociais”, “População”. Após isso, foi selecionado o campo “Estimativas da População” e foram gerados e coletados os dados.

A coleta de dados para o mapeamento dos gastos com saúde se deu pelo acesso ao site eletrônico da dados da OMS (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>), com os filtros selecionados conforme Quadro 16:

Quadro 16 – Filtros de seleção de gastos com saúde

Filtro	Seleção
Indicadores e dados	Gastos públicos com saúde (GGHE-D) em % de gastos totais com saúde (CHE)
	Gastos privados com saúde (PVT-D) em % de gastos totais com saúde (CHE)
	Gastos públicos com saúde (GGHE-D) em % do Produto Interno Bruto (PIB)
	Gastos públicos com saúde (GGHE-D) em % de gastos públicos totais (GGE)
	Gastos públicos com saúde (GGHE-D) per capita em US\$
	Gastos privados com saúde (PVT-D) per capita em US\$
Países	Brasil; Austrália; Canadá; Espanha; França; Itália; Portugal; Reino Unido; Suécia
Anos	2010; 2011; 2012; 2013; 2014; 2015; 2016; 2017; 2018; 2019
Unidades de despesas	Em milhões de dólares correntes

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Após a seleção dos filtros, foi selecionado o botão “Visualizar dados” e “Criar relatório”. Em seguida, as informações geradas pelo sistema foram exportadas como arquivo “.xlsx”.

O levantamento dos mapas assistenciais foi realizado pelo TabWin®, por meio de seleção de filtros de arquivos, dispostos conforme Quadro 17:

Quadro 17 – Mapas assistenciais

Figura	Arquivo base	Camadas
Mapa 1	mg_macsaud.MAP	mg_macsaud.MAP mg_macsaud.MAP mg_macsaud3102.MAP
Mapa 2	mg_macsaud3102.MAP	mg_macsaud3102.MAP mg_macsaud3102.MAP mg_regsaud31007.MAP
Mapa 3	mg_regsaud31007.MAP	mg_regsaud31007.MAP mg_regsaud31007.MAP

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

A coleta dos dados de extensão territorial se deu pelo acesso ao endereço eletrônico sobre cidades do IBGE (<https://cidades.ibge.gov.br/>), por meio do menu “Selecionar local”, “Municípios”, “Minas Gerais”, “Barbacena”, “Território e Ambiente” e “Baixar dados”.

A coleta dos dados de estimativa populacional por município também se deu pelo acesso ao endereço eletrônico sobre cidades do IBGE, por meio do menu “Selecionar local”, “Municípios”, “Minas Gerais”, “Barbacena”, “População”, “Acessar página de ranking”, “Tabela”, “Baixar dados” e “Todos os municípios da UF (CSV)”.

A coleta dos dados de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) por município se deu pelo acesso ao endereço eletrônico sobre cidades do IBGE, por meio do menu “Selecionar local”, “Municípios”, “Minas Gerais”, “Barbacena”, “Baixar dados” e “Todos os municípios da UF (CSV)”.

A coleta dos dados sobre a média salarial e o percentual de população ocupada por município se deu pelo acesso ao endereço eletrônico sobre cidades do IBGE, por meio do menu “Selecionar local”, “Municípios”, “Minas Gerais”, “Barbacena”, “Trabalho e Rendimento”, “Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2020]”, “Baixar dados” e “População ocupada [2020]”, “Baixar dados”.

A coleta dos dados que tratam sobre a cobertura da equipe de Saúde da Família (ESF) e da equipe de Atenção Básica (EAB), separados por município, se deu por meio do acesso ao endereço eletrônico dos dados do e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>), por meio do menu “Opções de Consulta”, “Unidades Geográficas por Período”, “Unidades Geográficas”, “Municípios”, “Regiões”, “SUDESTE”, “Estados”, “MG”, “Municípios”, “Todos(as)”, “Competência”, “Início”, “dez/2020” e “Download”.

A coleta dos dados sobre a população SUS dependente por município se deu pelo acesso ao endereço eletrônico da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def), por meio das seguintes seleções “Linha: Município”, “Coluna: Não Ativa”, “Conteúdo: Assistência Médica”, “Períodos Disponíveis: Dez/19; Dez/20; Dez/21”, com a seleção da opção “Todas as categorias” para os critérios de “Sexo”, “Faixa etária”, “Faixa etária-Reajuste”, “Tipo de contratação”, “Época de Contratação”, “Segmentação”, “Segmentação grupo”, “UF”, “Grande Região”, “Capital”, “Reg. Metropolitana”, “Microrregião” e “Município”.

Os levantamentos dos dados das produções físicas e financeiras do HRBJA entre os anos de 2019 e 2021, utilizados os critérios conforme Quadro 18:

Quadro 18 – Critérios de pesquisa no TabWin®

Levantamento	Filtros utilizados
Valores físicos de produção ambulatorial	Linha=Mês de Processamento; Incremento=Frequência; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Estabelecimentos CNES-MG: 3698548 HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO
Valores físicos de produção hospitalar	Linha=Ano/Mês processamento; Coluna=Grupo de Procedimentos; Incremento=Frequência; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Hospital MG (CNES): 3698548 HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO
Valores financeiros de produção ambulatorial	Linha=Mês de Processamento; Incremento=Valor Aprovado; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Estabelecimentos CNES-MG: 3698548 HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO
Valores financeiros de produção hospitalar	Linha=Ano/Mês processamento; Coluna=Grupo de Procedimentos; Incremento=Valor Total; Suprime_Linhas_Zeradas=true; Suprime_Colunas_Zeradas=true; Não_Classificados=0; Hospital MG (CNES): 3698548 HOSPITAL REGIONAL DE BARBACENA DR JOSE AMERICO

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

APÊNDICE B – Produto da dissertação: plano de ação

Ação	Setor	Entrega
Registrar o hospital junto ao CNES	Alta Direção	Registro do hospital
Definir as referências da Gestão da Qualidade	Alta Direção	Referências instituídas
Definir o escopo da Gestão da Qualidade	Escritório da Qualidade/Alta Direção	Escopo da Qualidade
Construir o macroprocesso do hospital	Escritório da Qualidade	Macroprocesso
Validar as políticas institucionais	Alta Direção	Treinamento
Publicar as políticas institucionais no hospital	Escritório da Qualidade	Políticas institucionais publicadas
Definir os processos	Alta Direção	Quantitativo de Mapas
Definir cronograma de reuniões entre o Escritório da Qualidade e os demais setores	Escritório da Qualidade	Cronograma
Apresentar os conceitos básicos de Gestão da Qualidade	Escritório da Qualidade	Treinamento
Apresentar os conceitos de Acreditação	Escritório da Qualidade	Treinamento
Elaborar/revisar a ferramenta mapa de processos no hospital	Setores do hospital	Mapa de processos elaborados/revisados
Validar as estruturas dos mapas de processos conforme metodologia da Gestão da Qualidade	Escritório da Qualidade	Mapas de processos validados
Aprovar os mapas de processos	Superiores hierárquicos	Mapas de processos aprovados
Publicar os mapas de processos no hospital	Escritório da Qualidade	Mapas de processos publicados
Elaborar/revisar as cadeias cliente-fornecedor	Setores do hospital	CCF elaborada
Acompanhar a implantação dos requisitos específicos: Assinaturas dos acordos nas cadeias cliente-fornecedor	Escritório da Qualidade	CCF validadas
Publicar as cadeias cliente-fornecedor no hospital	Escritório da Qualidade	CCF publicadas

Ação	Setor	Entrega
Assessorar os gestores na elaboração e redação de rotinas	Escritório da Qualidade	Treinamento
Publicar os POP's e PRS's no hospital	Escritório da Qualidade	POP/PRS publicados
Assessorar os gestores na utilização de relatos de não-conformidades	Escritório da Qualidade	Assessoria/Treinamento gestores
Implantar rotina de controle de não-conformidades de produto/serviço	Escritório da Qualidade	Rotina implantada
Assessorar os gestores na identificação dos riscos dos processos	Escritório da Qualidade	Indicadores revisados
Assessorar os gestores na implantação da matriz de riscos	Escritório da Qualidade	Treinamento
Publicar as matrizes de riscos setoriais no hospital	Escritório da Qualidade	Treinamento
Assessorar/orientar os gestores quanto as rotinas/registros adequados a organização: controle dos documentos	Escritório da Qualidade	Matrizes de risco publicadas
Publicar as matrizes de registro e lista mestras no hospital	Escritório da Qualidade	Assessoria/Treinamento gestores
Realizar a Análise Crítica com a Alta Direção	Escritório da Qualidade	Controle de documentos Publicados
Definir os auditores internos	Alta Direção	Análise Crítica com a Alta Direção realizada
Treinar equipes em auditoria interna	Escritório da Qualidade	Auditores internos definidos
Estabelecer cronograma de realização da auditoria interna	Escritório da Qualidade	Capacitação/apresentação da atividade de Auditoria Interna realizada
Auditar os documentos do sistema de Gestão da Qualidade	Auditoria Interna	Cronograma de Auditoria Interna
Realizar auditorias em toda a organização para o diagnóstico final, pré-auditoria externa de certificação	Auditoria Interna	Documentos auditados
Publicar relatório de auditoria interna no hospital	Escritório da Qualidade	Auditorias realizadas

ANEXO A – Parecer técnico FHEMIG**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS****Núcleo de Apoio ao Pesquisador**

Parecer Técnico FHEMIG/DIGEPE/GDDIP/CIP/NAP nº. 261/2021

Belo Horizonte, 11 de outubro de 2021.

SEI: 2270.01.0041907/2021-41

De: DIGEPE / Gerência de Ensino e Pesquisa / CIP

Para: NEP-HRB

Data: Belo Horizonte, 13 de outubro de 2021

Projeto de Pesquisa: A IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE EM UM HOSPITAL PÚBLICO: DESAFIOS E PROPOSIÇÕES

Unidade: HRB

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: BRUNO ROCHA CAMPOS

Ilmo(a). Coordenador(a) do NEP- HRB,

O projeto foi submetido pelo SEI, solicitando carta de anuência. Apresentados Checklist e link para o lattes. Esta nova versão foi profundamente revisada e aprimorada pelo autor.

Trata-se de projeto desenvolvido por pesquisador da UFSJ e servidor da FHEMIG, no âmbito de atividade Mestrado Profissional em Administração Pública. Não vinculado a grupo de pesquisa ativo da FHEMIG.

A introdução e o referencial teórico foram revisados e o aprofundamento teórico que precede o estudo foi atingido de forma louvável.

O objetivo geral do projeto é “diagnosticar a evolução do SUS ao longo dos anos e identificar qual o atual momento da organização estudada, analisando se a sua metodologia de Gestão da Qualidade pode subsidiar melhorias em outras organizações públicas”.

A metodologia proposta é de um estudo de caso com fundamentação quanti-qualitativa, tendo como base as análises documentais internas e externas e as análises de bancos de dados do Ministério da Saúde. Ainda, uma análise sobre as certificações obtidas pelos hospitais de interesse será desenvolvida. Finalmente, o processo de implantação das Ferramentas da Qualidade na organização será

comparado às etapas previstas na literatura sobre o tema, de forma a evidenciar elementos específicos que possam ser alvo de futuras ações gerenciais.

O cronograma foi apresentado. Embora o orçamento não tenha sido apresentado, infere-se, pelo tipo e desenho da pesquisa, que não implica em ônus para a FHEMIG. Caso venha eventualmente a incidir algum ônus para a FHEMIG, fica o pesquisador responsável por indicar e negociar com a gestão nesse sentido.

Os resultados desta pesquisa são de interesse para a FHEMIG e de relevância para a saúde pública, com elevado potencial de publicação científica. Por se desenvolver no âmbito de um Mestrado Profissional, é esperado que esses resultados sejam imediatamente aplicáveis na prática da gestão.

Diante do exposto, no exercício das atribuições estabelecidas pela Portaria Presidencial FHEMIG Nº 1.529 de 14 de dezembro de 2018, consideramos o projeto APROVADO. Por não envolver seres humanos, dispensa a tramitação para o CEP. Parabenizamos o pesquisador pela proposta.

Atenciosamente,

Fernando Madalena Volpe

FHEMIG/DIGEPE/Gerência de Ensino e Pesquisa/Núcleo de Apoio ao Pesquisador



Documento assinado eletronicamente por Fernando Madalena Volpe, Servidor(a) Público (a), em 11/10/2021, às 19:01, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 36472218 e o código CRC F83296DC.

Referência: Processo nº 2270.01.0041907/2021-41

SEI nº 36472218

Criado por 83056319668, versão 3 por 83056319668 em 11/10/2021 19:01:52.

ANEXO B – Formulário de auditoria interna – FHEMIG

FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS		LISTA DE VERIFICAÇÃO / RELATÓRIO DE AUDITORIA		 Qualidade Fhemig	
Auditoria Interna				Resultado da Auditoria	
Setor Auditado:	Legenda			Resultado	Percentual
Auditor Observador:	C: Conforme			0	0%
Entrevistados:	PC: Parcialmente Conforme			0	0%
Data da Auditoria:	NC: Não Conforme			0	0%
	NA: Não se Aplica			0	0%
Nº	Temática	Orientações	C/ PC/ NC/ NA	EVIDÊNCIAS (Documentos, registros, afirmações, observações, outros)	
1. LIDERANÇA					
1.1	Alta direção	1. A Instituição possui organograma atualizado e publicizado			
		2. A instituição estabelece missão, visão e valores (Identidade institucional)			
		3. A instituição identifica(ou) forças, fraquezas, oportunidades e ameaças para alcançar a visão (Construção da matriz swot institucional)			
		4. Existe plano de ação para alcançar a visão			
		5. A Instituição realiza gestão dos riscos institucionais			
1.2	Qualidade	1. A instituição define o escopo do sistema de gestão da qualidade			
		2. A instituição possui política da qualidade			
		3. A instituição possui plano de ação para comunicar a política da qualidade e para alcançar os objetivos da qualidade			
2. GESTÃO DE PROCESSOS					
2.1	Macroprocesso	1. A organização define o macroprocesso da instituição			
2.2	Mapa de processo	1. Possui mapa(s) de processo atualizado			
		2. Possui procedimentos (POP's e PRS's) das principais atividades dos mapas de processo			
2.1	Macroprocesso	1. Possui cadeia cliente fornecedor (CCF) (Identifica as partes interessadas e seus requisitos)			
		2. Identifica clientes externos e determina requisitos desses clientes que serão aceitos pela instituição			
		3. Utiliza a CCF na sua prática diária			

(continua)

(continuação)

3.1	Indicadores	1. Estabelece indicadores de eficácia e eficiência para monitorar o desempenho dos processos mapeados		
		2. Os indicadores possuem meta e fórmula de cálculo		
		3. Os indicadores estão alinhados aos objetivos dos processos		
		4. É realizada análise crítica e plano de ação de todos os indicadores		
3.2	Satisfação / reclamação cliente interno e externo	1. Possui instrumento de avaliação da satisfação do cliente externo (Pesquisa de satisfação do cliente)		
		2. Possui instrumento de avaliação da satisfação do cliente interno (Pesquisa de clima interno)		
		3. Existe tratamento do resultado da satisfação do cliente externo (análise dos resultados, tratativa dos resultados, investigação da causa das reclamações procedentes, ação de correção e corretiva, plano de ação e feedback ao cliente)		
		4. Possui os instrumentos 1 e 2 descritos (POP/PRS)		
		5. Define procedimento de identificação, correção, investigação de causa, ação corretiva e plano de ação para eliminar as não conformidades (RNC)		
4. CONTROLE DE DOCUMENTOS				
4.1	Controle de Documentos	1. Possui definido e escrito, como é realizado o controle de documentos		
4.2	Controle de Registros	2. Possui definido e escrito, como é realizado o controle de registros		
4.3	Lista Mestra e Matriz de Registro	3. Possui Matriz de Registro e Lista Mestra para controle de documentos internos e externos (leis, manuais, etc.)		
5. GESTÃO DE PESSOAS				
5.1	Política e descrição de cargos e funções	1. Possui política que descreva como as pessoas são selecionadas, admitidas, capacitadas e desligadas da instituição.		
		2. Possui modelo de descrição de cargos e funções.		
5.2	Avaliação de Desempenho	1. Acompanha o ciclo/necessidades de melhoria do servidor por meio da avaliação de desempenho		
		2. Possui esse processo escrito		
5.3	Treinamento e Capacitação	1. Possui Programa de Treinamento e Capacitação com os respectivos modelos de formulários (Cronograma de Treinamento, Planejamento, Lista de Presença e Avaliação de Capacitação e Eficácia)		
		2. Possui esse processo escrito		

(continua)

(continuação)

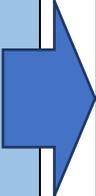
6. GESTAO DE SUPRIMENTOS				
6.1	Aquisição de produtos e/ou serviços	1. Possui procedimento escrito para aquisição de produtos (medicamentos, alimentos, materiais, etc.) e serviços (lavanderia, esterilização, higienização, etc.) para hospitais (POP/PRS)		
6.2	Compras	1. Possui procedimento escrito para solicitação de compras (POP/PRS)		
6.3	Avaliação de desempenho de fornecedores	1. Possui instrumento para avaliação de desempenho de fornecedores de produtos e serviços		
		2. Possui procedimento escrito para avaliação do fornecedor (POP/PRS)		
7. GESTAO DE INFRAESTRUTURA				
7.1	Aquisição de equipamentos	1. Possui procedimento escrito para aquisição (planejamento de compra, especificação do equipamento, seleção dos fornecedores, recebimento do equipamento, teste de aceitação, capacitação das pessoas, instalação) e desativação de equipamentos médicos e não médicos (POP/PRS)		
7.2	Manutenção corretiva de equipamentos	1. Possui procedimento escrito para manutenção corretiva de equipamentos médicos e das instalações (POP/PRS) SOMENTE PARA O SETOR DE MANUTENÇÃO		
7.3	Manutenção preventiva de equipamentos	1. Possui procedimento escrito para manutenção preventiva de equipamentos médicos (incluindo calibração e teste de segurança elétrica), e instalações (sistemas de água, qualidade do ar, etc.). Isso inclui cronograma, forma de disponibilização do equipamento pelas áreas, ações nos casos que não for possível retirar o equipamento para manutenção, etc. (POP/PRS) SOMENTE PARA O SETOR DE MANUTENÇÃO		
7.4	Desabastecimento água e energia elétrica	1. Possui procedimento escrito para desabastecimento de água e energia elétrica geral e por setor crítico (POP/PRS)		
7.5	Calibração de equipamentos	1. Possui planilha de calibração de equipamentos médicos (quais equipamentos, quais parâmetros e a tolerância)		
8. PLANEJAMENTO E CONTROLE DA PRODUÇÃO EM SERVIÇOS				
8.1	Planejamento da prestação de serviços	1. Realiza planejamento da prestação de serviços		
		2. Existe procedimento escrito para este planejamento (POP/PRS)		
8.2	Comunicação com o paciente e/ou familiar	1. Existe procedimento escrito sobre a comunicação com o paciente e/ou familiar (POP/PRS) (deve conter como acontece a comunicação, quem e quando é realizada)		

(continua)

(continuação)

8.3	Controle no serviço	1. Realiza prática de controle preventivo do serviço?		
		2. Existe procedimento escrito para essa prática (deve conter título da prática, identificação, se é corretiva ou preventiva, descrição de como acontece e de como é registrada)		
		3. Realiza prática de controle corretiva do serviço?		
		4. Existe procedimento escrito para essa prática (deve conter título da prática, identificação, se é corretiva ou preventiva, descrição de como acontece e de como é registrada)		
8.4	Rastreamento de materiais	1. Realiza a identificação dos itens do processo que precisam ser rastreados		
		2. Existe procedimento escrito sobre o rastreamento de material (medicamentos, informações sobre o paciente, amostra biológica, lote de saneante, etc.)		
8.5	Propriedades dos clientes e provedores externos	1. Realiza a identificação das propriedades dos clientes e provedores externos		
		2. Existe procedimento escrito de levantamento, identificação, verificação, preservação e rastreabilidade das propriedades de clientes (pertences dos pacientes, por exemplo celular, etc.) e de provedores externos (por exemplo: bomba de infusão, impressora, etc.).		
9. GESTÃO DE RISCOS				
9.1	Gestão de Riscos	1. Realiza o gerenciamento dos riscos dos processos		
		2. Possui matriz de risco e/ou outro instrumento de gestão de riscos		
		3. Existe procedimento escrito para a prática de gestão de riscos (POP/PRS)		
		4. Elabora plano de ação para mitigar a ocorrência de eventos com níveis de risco alto		
10. AUDITORIAS DA QUALIDADE				
10.1	Auditorias da Qualidade	1. Realiza a prática de auditoria interna. Existe cronograma para realização de auditorias		
		2. Existe procedimento escrito para a prática de auditoria interna (POP/PRS)		
		3. Possui relatório(s) de auditoria(s) interna(s)		
		4. Elabora plano de ação para mitigar as ocorrências detectadas em auditoria(s) interna(s)		

ANEXO C – Formulário de macroprocesso – FHEMIG

 <p>FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</p> <p>Qualidade Fhemig</p>	MACROPROCESSO HOSPITAL		Código:		
			Estabelecido em:		
	Versão:	Data:	Páginas:		
FORNECEDORES	PROCESSOS GERENCIAIS				CLIENTES
	PROCESSOS PRIMÁRIOS				
	PROCESSOS DE APOIO ADMINISTRATIVO E TÉCNICO				

ANEXO D – Mapa de processos – FHEMIG

 <p>FHEMIG FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS</p> <p>Qualidade Fhemig</p>	Unidade: 1 Mapa do Processo:		2 Código:		
			3 Estabelecido em:		
	4 Versão:	Data:	5 Páginas:		
6 Início do Processo:			6 Término do Processo:		
8 Fornecedores	8 Principais Entradas	7 Principais Atividades	9 Produtos	9 Clientes	
10 Requisitos dos Processos para as entradas	11 Requisitos legais e técnicos para o processo		12 Requisitos dos clientes para os produtos		
13 Recursos Humanos (cargos envolvidos)	14 Infraestrutura		15 Condições do Ambiente		
16 Indicadores de Desempenho	17 Documentos de referência para o Processo		18 Registros Gerados pelo Processo		
19 Elaborado por:			Aprovado por:		

ANEXO E – Cadeia cliente-fornecedor – FHEMIG

	CADEIA CLIENTE/FORNECEDOR				UNIDADE: Código:
	FORNECEDOR:				
CONTROLE HISTÓRICO					
Versão	Nº Páginas	Histórico de Alteração	Elaboração	Verificação/Revisão	Aprovação
CLIENTES	PRODUTOS FORNECIDOS	REQUISITOS DO PRODUTO		Nome e Cargo do responsável pelo acordo.	

ANEXO F – Procedimento operacional padrão – FHEMIG

	Procedimento Operacional Padrão/ Procedimento Sistêmico	Código:
---	--	----------------

Atividade:
Objetivo:
Responsável:

CONTROLE HISTÓRICO

Versão	Data	Nº Páginas	Histórico Alteração	Elaboração	Verificação/ Revisão	Aprovação

1 INTRODUÇÃO**2 ABRANGÊNCIA****3 MATERIAL****4 MAPA DE PROCESSO****5 TAREFAS****6 RISCOS RELACIONADOS À ATIVIDADE****7 REGISTROS****8 INDICADORES****9 SIGLAS****10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS****11 ANEXO(S)****Controle de Cópia Impressa**

Este é um documento “**Eletrônico Controlado**”, sua impressão torna, automaticamente, o documento físico uma cópia **NÃO CONTROLADA**. A atualização da informação em uso e compatibilidade da via impressa com o procedimento publicado no sistema é de inteira responsabilidade do gestor do setor correspondente.

Responsável pela impressão:

Nº da Versão:

Assinatura do responsável do setor:

Data da impressão:

ANEXO G – Relato de não conformidade – FHEMIG

	RELATO DE NÃO CONFORMIDADE	Código:
---	-----------------------------------	---------

ETAPA I (SETOR RELATOR)	
Setor responsável pelo relato:	
Relato:	
Requisito descumprido:	
Setor responsável pelo descumprimento:	Data da ocorrência:
Responsável pelo relato:	Data do relato:
PARECER ESCRITÓRIO QUALIDADE	
Relato procede: () SIM () NÃO	
Justificativa:	
Relato recorrente: () SIM () NÃO	
Plano de ação anterior: () SIM () NÃO	
Classificação da NC:	
() material e equipamentos (inadequação ou falta do material utilizado)	
() mão de obra (capacitação, comportamental, relacionamento interpessoal)	
() método (ruptura no processo: técnica, tempo)	
Criticidade da NC:	
Causa: 1) pontual; 2) descumprimento de requisito; 3) reincidência (a partir de 3 ocorrências).	
Efeito: 1) contingenciamento do setor relator; 2) atraso na realização da atividade; 3) não realização da atividade.	
() maior: > 3: aquela que impacta na segurança de uma ou mais partes interessadas e na satisfação dos clientes.	
() menor: ≤ 3: outras não conformidades.	
ETAPA II (SETOR RECEPTOR)	
Análise da causa raiz: (utilizar o método "5 porquês" e/ou "Ishikawa")	
Ação implementada:	
Plano de Ação: () SIM - anexar o Plano de Ação () NÃO	Data prevista para conclusão das ações planejadas: ___/___/___
Responsável pela resposta:	Data da análise:
PARECER ESCRITÓRIO QUALIDADE	
Análise procede: () SIM () NÃO	
Justificativa:	
Plano de ação procede: () SIM () NÃO () NA	
Justificativa:	
ETAPA III (ESCRITÓRIO DA QUALIDADE)	
Status RNC em: ___/___/___	
() Fechado	
() Aberto: pendências:	
Parecer Final:	
() Finalizado: evidências:	
Responsável:	Data:

ANEXO H – Plano de ação – FHEMIG

		PLANO DE AÇÃO UNIDADE					Código:	
Data		Data da revisão		Tipo de Plano de Ação			Elaboração	
Origem do Plano de Ação:								
Descrição:								
Análise do Problema:								
Objetivos Planejados:								
O QUÊ	POR QUE	QUEM	COMO	QUANDO	QUANTO	SITUAÇÃO	LOCAL DE ARQUVAMENTO DAS EVIDÊNCIAS	
RESULTADOS								
Data para reavaliação do Plano de Ação:								
Justificativa da Revisão do Plano de Ação:								
Avaliação dos Resultados Alcançados: O plano de ação atingiu os objetivos planejados?						Por que?		

DOMÍNIO DO RISCO	DESCRIÇÃO
Assistencial	É a probabilidade de ocorrência de um evento adverso em um paciente durante a assistência médico-hospitalar.
Ocupacional	É a probabilidade de agravo à saúde humana, advindo de atividade laboral (ou relacionado a trajeto), tanto sendo de origem biológica, física, ergonômica, como de condição ou ato inseguro.
Ambiental	É a probabilidade de ocorrência de eventos adversos ao meio ambiente, decorrentes da ação de agentes físicos, químicos ou biológicos causadores de condições ambientais potencialmente perigosas que favoreçam a persistência, disseminação e modificação desses agentes no ambiente.
Jurídico	É a probabilidade de ato ilícito ou omissão, causar a terceiros e/ou suas propriedades que, estabelecendo culpa, dano ounexo causal, se traduzam na obrigação de reparação indenizatória.
Econômico-Financeiro	É a probabilidade de ocorrência de danos financeiros à instituição.
Operacional	Eventos, não assistenciais que atrasam, dificultam ou impedem o alcance dos objetivos do processo. São normalmente associados à falha, deficiência ou inadequação de processos internos, pessoas, infraestrutura ou sistemas.
Reputação/Imagem	Eventos que levam a instituição a ter seu nome desgastado, seja no ambiente interno ou junto ao mercado ou às autoridades, em razão de publicidade negativa, verdadeira ou não.

TABELA DE GRAVIDADE								
GRAVIDADE	DESCRITOR	Assistencial	Ocupacional	Ambiental	Jurídico	Econômico-Financeiro	Operacional	Reputação/Imagem
4	Catastrófico /Óbito	Morte	Morte	Dano ambiental de funções do ecossistema muito grave e de longo prazo	Processos e multas significativas. Litígios muito sérios, incluindo ações múltiplas	Inviabiliza a continuidade de negócio	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo deste e de outros processos associados	Ocorrência que leve a manifestação na imprensa ou polícia, processo na justiça, geração de multas e perda de parceiros.
3	Grave	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeitos ambientais graves de médio prazo	Descumprimento sério de uma regulamentação. Litígio maior	Grande perda impede o alcance de vários objetivos por período prolongado	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo	Ocorrência na qual a solução apresentada não reverte a imagem negativa perante o cliente.
2	Moderado	Efeito incapacitante temporário	Efeito incapacitante temporário	Efeitos menores no meio ambiente	Questões jurídicas menores, pequenas não conformidades e violações a regulamentações	Custo intermediário impede o alcance aos objetivos por período curto	Processo é alterado e há efeito parcial sobre o objetivo	Ocorrência na qual a solução apresentada reverte a imagem negativa perante o cliente.
1	Leve	Ausência de lesões	Ausência de lesões	Efeitos que não afetam as funções do meio ambiente	Descumprimento parcial a uma regulamentação	Custo baixo, não afeta o alcance aos objetivos	Processo é alterado, porém não há efeito sobre o objetivo	Ocorrência que não afeta a imagem da instituição perante o cliente.
4	Catastrófico /Óbito	Morte	Morte	Dano ambiental de funções do ecossistema muito grave e de longo prazo	Processos e multas significativas. Litígios muito sérios, incluindo ações múltiplas	Inviabiliza a continuidade de negócio	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo deste e de outros processos associados	Ocorrência que leve a manifestação na imprensa ou polícia, processo na justiça, geração de multas e perda de parceiros.

3	Grave	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeito irreversível ou incapacitante definitivo	Efeitos ambientais graves de médio prazo	Descumprimento sério de uma regulamentação. Litígio maior	Grande perda impede o alcance de vários objetivos por período prolongado	Processo é alterado e impede completamente de atingir o objetivo	Ocorrência na qual a solução apresentada não reverte a imagem negativa perante o cliente.
---	-------	---	---	--	---	--	--	---

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE CONTROLE				
PONTUAÇÃO	DESCRITOR			
	Tipo	Capacidade de bloqueio	Aplicação	Indicador
3	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente
2	Manual ou parcialmente automatizado	Detectável*	Parcial	Desempenho desfavorável (desvio padrão** maior que 20% da meta)
1	Automatizado	Preventivo	Total	Atingindo a meta ou desempenho favorável (desvio padrão menor que 20% da meta)
PONTUAÇÃO	PROBABILIDADE	DEFINIÇÃO QUALITATIVA	SIGNIFICADO	
11 a 12	4	Muito alta	É provável que ocorra muitas vezes. Ocorre frequentemente	
8 a 10	3	Alta	É provável que ocorra muitas vezes. Ocorre ocasionalmente	
5 a 7	2	Média	Improvável, porém é possível que ocorra. Ocorre raramente	
4	1	Baixa	Quase inconcebível que ocorra	

NÍVEL DE RISCO				
	GRAVIDADE			
PROBABILIDADE	1	2	3	4
1	1	2	3	4
2	2	4	6	8
3	3	6	9	12
4	4	8	12	16

PONTUAÇÃO	AÇÃO
1 a 4	Não necessita de ação: Recomenda-se monitoramento dos controles existentes.
5 a 9	Ação opcional: Recomenda-se revisão e proposição de novos controles.
10 a 16	Ação obrigatória: Ações e controles devem ser implementados imediatamente.

TRATAMENTO DO RISCO		
I	Eliminar o risco	Implica a não realização da atividade que envolve o risco a ser combatido.
II	Compartilhar o risco	Fazer com que outra instituição/ unidade/setor tome para si o risco.
III	Mitigar, reduzir, ou controlar o risco	Visa minimizar a probabilidade de ocorrência dos eventos, minimizando o risco e reduzindo-o a níveis aceitáveis.
IV	Aceitar o risco	Compreende o risco como aceitável pela organização.

ANEXO J – Matriz de registro – FHEMIG

 FHEMIG <small>FUNDAÇÃO HEMIG</small> <small>ESTADO DE MINAS GERAIS</small> Qualidade Fhemig		MATRIZ DE REGISTRO				
UNIDADE:			SETOR:		DATA:	
IDENTIFICAÇÃO		ARMAZENAMENTO	PROTEÇÃO	TEMPO DE RETENÇÃO	DESCARTE / ENCAMINHAMENTO	DOCUMENTO DE REFERÊNCIA
Código	Título	Local	Acesso			