



Ministério da Educação – MEC

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Diretoria de Educação a Distância – DED

Universidade Aberta do Brasil – UAB

Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP

Universidade de Brasília - UNB

JULIANA NOVAES VERAS

PUBLICIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Brasília – DF

2014

JULIANA NOVAES VERAS

A PUBLICIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Administração da Universidade de Brasília para obtenção do diploma de graduação em Administração Pública, modalidade EAD, da Universidade de Brasília - Universidade Aberta do Brasil.

Orientador: Prof. Adjunto Ronni Geraldo Gomes de Amorim

Brasília – DF

2014

RESUMO

Veras, Juliana Novaes. A publicização de serviços públicos de saúde. 2014. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Administração, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2014.

A Publicização é um instrumento de transferência da execução de serviços públicos não essenciais estatais a uma instituição privada sem fins lucrativos denominada Organização Social Sem Fins Lucrativos - OSCIP (Bresser-Pereira,1996). A publicização é concebida como alternativa capaz de reduzir gastos governamentais e de ofertar um serviço de qualidade à população, porém são poucos os estudos destinados à avaliação dos modelos de gestão governamental e da qualidade dos serviços públicos prestados (SANTOS; GERHARDT, 2008). Considerando a necessidade de aumentar o número de pesquisas no campo governamental e a criação de políticas públicas que defendem a promoção de um sistema de saúde público universal, gratuito e de qualidade, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar os benefícios que a publicização pode oferecer ao serviço público de saúde. Os objetivos específicos são: descrever e modelo de gestão de uma OSCIP utilizando o Hospital Sarah como referência; descrever o modelo de gestão da rede SUS a partir do Hospital de Base e descrever modelo de gestão de hospital conveniado ao SUS utilizando o Hospital Universitário de Brasília como referência. O método de pesquisa adotado é qualitativo, com caráter exploratório e descritivo. Os dados foram colhidos através de informações registradas durante visita técnica às instalações do Hospital Sarah e por meio de aplicação de questionários aos funcionários e usuários dos serviços do Hospital de Base do Distrito Federal e Hospital Universitário de Brasília. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de adoção de práticas de gestão na rotina de órgãos públicos. Também evidenciam que a transferência de serviços públicos, por meio da publicização, e as parcerias entre instituições públicas geram relevantes ganhos sociais.

Palavras - chave: Publicização. Gestão. Serviços Públicos.

ABSTRACT

Veras, Juliana Novaes. The Publicization of Public Health System . 2014. 62f.
Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Administração, Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2014.

The Publicization is the government transfer services to private business. The services are not essential to the government, like the education and health. The private institution can't be a company who wants profit. It was created to cut government costs and give a quality service to population, but there is a little bit study about the theme. Considering the little quantity search and the Brazil's polity to better health, this academic work has how objective to study what kind of advantages the Publicization can bring to health service public. The specific objectives are: describe the management model at the Social Foundation Without Finality Profit, represented by Hospital Sarah; describe the management model the System Public Health, represented by Base Hospital of The Federal District and describe the management model the hospital who is a membership at the Public Health System, represented by University Hospital of Brasilia. The research method used is qualitative, with character exploratory and descriptive. The information used in this work was obtained by visit the Hospital Sarah and through survey with patients and workers at the Base Hospital of The Federal District and University Hospital of Brasilia. The results reinforce the need for adoption of management practices in routine of public institutions. Also show that the transfer of public services, through Publicization, and partnerships between public institutions generates social gains.

Keywords: Publicization. Management. Public Services

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HBDF	30
TABELA 2 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HBDF	31
TABELA 3- AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AO ATENDIMENTO HOSPITALAR HBDF	33
TABELA 4 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HBDF	35
TABELA 5 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HBDF	36
TABELA 6 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA ÀS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO HBDF	37
TABELA 7- AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HUB.....	40
TABELA 8 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HUB	41
TABELA 9- AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AO ATENDIMENTO HOSPITALAR HUB	43
TABELA 10 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HUB	45
TABELA 11 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HUB.....	46
TABELA 12 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA ÀS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO HUB.....	47

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1- AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HBDF	31
GRÁFICO 2 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HBDF	32
GRÁFICO 3 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AO ATENDIMENTO HOSPITALAR HBDF	34
GRÁFICO 4- AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HBDF.....	35
GRÁFICO 5 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HBDF	37
GRÁFICO 6 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA ÀS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO HBDF ..	38
GRÁFICO 7 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS DE INFRAESTRUTURA HUB.....	41
GRÁFICO 8 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HUB	42
GRÁFICO 9 - AVALIAÇÃO DE PACIENTES RELACIONADA AOS ASPECTOS DE ATENDIMENTO HUB	44
GRÁFICO 10 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS INFRAESTRUTURA HUB.....	45
GRÁFICO 11- - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA AOS ASPECTOS FINANCEIROS HUB	47
GRÁFICO 12 - AVALIAÇÃO DE FUNCIONÁRIOS RELACIONADA ÀS CONDIÇÕES DO LOCAL DE TRABALHO HUB...	48

LISTA DE SIGLAS

ASP	Associação das Pioneiras Sociais
EBSEH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
HUB	Hospital Universitário de Brasília
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC	Ministério da Educação
SUS	Sistema único de Saúde
UNB	Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
1.1	Formulação do problema	9
1.2	Objetivo Geral	10
1.3	Objetivos Específicos.....	11
1.4	Justificativa	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	Evolução dos modelos de administração.....	13
2.2	Bens Públicos e Bens Privados	14
2.3	Publicização	16
3	MÉTODO DE PESQUISA	19
3.1	Tipo e descrição geral da pesquisa.....	19
3.2	Caracterização do objeto o fenômeno de estudo.....	20
3.3	População e amostra (ou participantes).....	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1	A Rede Hospitalar Sarah	24
4.2	A Rede Hospitalar SUS.....	28
4.2.1	Hospital de Base do Distrito Federal	30
4.2.2	Hospital Universitário de Brasília (HUB)	39
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
6	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICE A - Formulário avaliativo: paciente	58
	APÊNDICE B - Formulário avaliativo funcionário	60

1 INTRODUÇÃO

Os modelos empregados pelo Estado para execução da gestão que lhe compete sofreram alterações ao longo da evolução humana. As mudanças foram acarretadas pela disseminação de novos ideais, surgimento de novas relações econômicas e novas interpretações acerca do papel estatal, tornando as políticas públicas e o trabalho governamental mais complexos devido à variedade de atividades executadas, como: regulação, promoção do crescimento econômico, cidadania, direitos humanos e equilíbrio fiscal de (SOUZA, 2006)

Segundo Souza (2006), o Estado moderno possui funções de regulação econômica e institucional, diminuição de desigualdade social (função distributiva) e de distribuição das riquezas do país entre seus cidadãos (função redistributiva). A função distributiva, em especial, é aplicada para beneficiar um grupo em detrimento do todo com o objetivo de favorecer classes desprivilegiadas (SOUZA, 2006).

Pode-se considerar que a função distributiva foi aplicada na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois antes da sua criação, determinada pela Constituição Federal de 1988, a saúde era considerada responsabilidade individual e os serviços hospitalares eram destinados a grupos específicos, deixando várias pessoas à margem desse serviço (SOUZA; BATISTA, 2012)

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com a função de promover universalidade e equidade a todos os cidadãos e os serviços podem ser prestados diretamente pelo Estado ou por terceiros (Souza e Batista, 2012). O SUS funciona por repasse de verba da União aos Estados e dos últimos aos municípios, constituído por um sistema descentralizado (SOUZA; BATISTA, 2012).

Apesar da tentativa de nivelar o serviço de saúde através do repasse de verba entre os entes estatais e do avanço e ganho social que o SUS representa, o serviço público de saúde encontra dificuldades para prestar um atendimento de qualidade ao cidadão. Para Santos e Gerhardt (2008), apenas garantir o acesso à saúde não é fator suficiente para alcançar eficiência.

A busca pelo aprimoramento dos serviços públicos e a necessidade de superar crises econômicas e fiscais do Estado, desencadeadas pela globalização na década de 90, culminaram no surgimento do modelo gerencialista ou Nova Gestão Pública (PAULA,2005). De acordo com Bresser-Pereira (1996), o gerencialismo

tornaria a gestão do estado brasileiro mais dinâmica e enxugaria a máquina pública. A partir desse modelo, surgiu a possibilidade de transferir a responsabilidade de execução de serviços públicos (relacionados à saúde, educação e pesquisa) a organizações sociais sem fins lucrativos. Essa ação é denominada publicização (SCHIMITT, 2006).

1.1 Formulação do problema

SOUZA (2006) define o termo “políticas públicas” como o conjunto de medidas tomadas ou não pelo governo ou por delegados que afetam a vida social e cidadãos. Elas podem ser formuladas para sanar um problema, atender à demanda de grupos sociais ou para conquistar votos (SOUZA,2006)

As políticas desenvolvidas e verbas públicas destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não foram suficientes para adequá-lo às necessidades da população e lidar com o aumento de demanda. O fortalecimento dos políticos no controle do aparato estatal (LIRA, 2012) e a complexidade das atribuições do estado moderno (SOUZA, 2006), podem ser apontados como fatores que colaboram para divergência entre a política pública implantada e a real necessidade da população.

De acordo com o artigo 196 da Constituição Federal “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Então, se o ente estatal é responsável pela prestação do serviço, deve executá-lo de acordo com as normas e princípios constitucionais a que todos os órgãos públicos estão submetidos, como recorrer à licitação para adquirir medicamentos ou materiais e realizar contratação de profissionais por meio de concurso público.

Para Bresser-Pereira (1998), o setor público apresentava um excesso de normas e procedimentos, assim como uma grande concentração de serviços que engessavam a máquina pública, de modo que era necessário construir um Estado focado em resultados e empreendedor, aproximando a lógica da prestação de serviços públicos à dinâmica empregada na iniciativa privada. Bresser-Pereira (1998) apresenta a transferência de serviços públicos a terceiros como uma medida para desafogar o Estado e melhor cumprir seu papel em um cenário globalizado.

A publicização aparece como alternativa para tornar o serviço público de saúde mais eficiente e adequado às necessidades da população, porém não há uma quantidade considerável de pesquisas destinadas à análise das desigualdades sociais e da qualidade dos serviços de saúde (SANTOS; GERHARDT,2008)

Considerando todas as barreiras que a legislação pode criar (seguir diretrizes gerais estipuladas no Plano Plurianual e que podem não atender as necessidades específicas de cada região, fazer apenas o que a lei permite e utilizar processos licitatórios para aquisição de matérias e contratação de serviços); e o pequeno número de pesquisas científicas dedicadas a avaliar a prestação de serviços públicos, deseja-se investigar quais os benefícios que a publicização pode trazer ao sistema de saúde, por meio de uma OSCIP.

1.2 Objetivo Geral

Segundo Lira et al (2012), a iniciativa privada possui uma reputação, principalmente, junto ao senso comum, de ser mais inovadora por desenvolver constantemente novas estratégias de trabalho, formas diferenciadas de atendimento e aprimorar procedimentos. Enquanto o Estado, mesmo sofrendo reformas e reduzindo a burocracia, ainda possui aspectos, como fortalecimento dos políticos para controlar órgãos públicos, que colaboram para a aparente ineficiência dos seus serviços (LIRA et al, 2012).

Essa dicotomia entre o público e o privado é um campo de amplos questionamentos e há pouca produção científica para analisar as medidas tomadas para melhorar o aparato estatal, como estudos sobre vantagens das privatizações e da própria publicização (LIRA et al, 2012).

A partir dessa perspectiva e para melhor compreender as formas como organizações (públicas ou da sociedade civil) podem contribuir com o aperfeiçoamento dos serviços públicos, o presente trabalho tem como objetivo geral analisar os benefícios que a publicização pode trazer ao sistema de saúde através de uma OSCIP, considerando a percepção de funcionários e usuários dos serviços.

1.3 Objetivos Específicos

Para atingir o objetivo geral proposto e obter informações relevantes acerca dos benefícios da publicização, serão desenvolvidas as seguintes atividades:

- 1) Descrever o modelo de gestão hospitalar do SUS, utilizando como referência o Hospital de base de Brasília (HBDF);
- 2) Descrever o modelo de gestão hospitalar de uma OSCIP, utilizando como referência a Rede Hospitalar Sarah;
- 3) Descrever o modelo de gestão hospitalar de uma instituição pública de saúde vinculada ao SUS por meio de convênio/contrato, utilizando como referência o Hospital Universitário de Brasília (HUB)
- 4) Coletar informações, por meio de entrevista, de funcionários e usuários do SUS e da OSCIP sobre as vantagens e desvantagens dos serviços prestados
- 5) Comparar os modelos de gestão da OSCIP e do SUS, utilizando dados coletados no procedimento de entrevistas.

1.4 Justificativa

Santos e Gerhardt (2008) consideram que o SUS foi criado com a proposta de promover equidade e integralidade ao serviço de saúde, mas, também, de oferecer qualidade de vida à população. Souza e Batista (2012) afirmam que o SUS é um dos maiores programas de saúde do mundo e um dos que mais gasta com o financiamento de procedimentos relacionados à saúde, como saúde mental, em hospitais privados. Souza e Batista (2012) também afirmam que estados e municípios não possuem recursos suficientes para manterem seus hospitais e dependem do repasse de verba da União.

Finkelman (2012) ressalta que diversos países do continente americano promoveram reforma de seu sistema de saúde, porém a medida não foi suficiente para reduzir a dependência financeira para a sustentabilidade do sistema, fomentar a participação popular e gerar ganhos consideráveis de eficiência e efetividade. A criação do SUS ocorreu para regularizar um serviço e promover tratamento médico

individual, porém é necessário realizar novas reformas para que o sistema de saúde seja capaz de resolver problemas antigos que ainda persistem, como repasse de verba e qualidade, e enfrentar novos desafios em um mundo globalizado com realidades locais diferentes (FINKELMAN,2012)

Um Estado que não consegue fornecer serviços básicos à sua população perde credibilidade e acaba por “gerar o descontentamento e até revoltado dos cidadãos” (PINHEIRO, 2012) e o contexto atual, de globalização e inovação tecnológica constante, exige que o Estado preocupe-se cada vez mais com as suas funções essenciais de regulação (LIRA, 2012). Para desafogar o Estado e melhor conduzir o desenvolvimento econômico e social, o modelo de Nova Gestão Pública, com a transferência de serviços e uma gestão focada em resultados, é apresentado como alternativa para progresso brasileiro (BRESSER-PEREIRA,1996)

A publicização é resultado das medidas gerencialistas e um instrumento legalmente instituído (SCHIMITT, 2006). A sua utilização pode representar o caminho às novas reformas que o sistema de saúde precisa sofrer e, ainda, ofertar um serviço de qualidade (FINKELMAN,2012). Analisar os benefícios da publicização é interessante ao governo, pois o sistema de saúde pode ser readequado com a garantia de que os princípios de universalidade, gratuidade e equidade serão mantidos. O próprio cidadão também é parte envolvida e de interesse nesse processo, pois poderá receber um serviço mais adequado a suas necessidades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa parte do trabalho procura-se realizar uma análise sobre a evolução dos modelos de administração para identificar o surgimento de novos paradigmas e das novas concepções de administração pública que possibilitaram a criação da publicização.

A demonstração da origem do conceito de publicização é reforçada através da definição de bens públicos e privados (possibilitam a classificação dos serviços essenciais e não essenciais do Estado), pois, de acordo com Bresser Pereira (1998), os serviços exclusivos/essenciais são de obrigação do Estado por exigirem o uso do poder extroverso estatal, enquanto a execução de serviços não exclusivos/não

essenciais podem ser transferidos a terceiros. Ao final, apresenta-se a publicização e sua adoção no Brasil.

2.1 Evolução dos modelos de administração

No período do Brasil Império vigorou o regime de Administração Patrimonialista em que os bens públicos eram confundidos com as posses privadas do governante. O patrimonialismo é proveniente do estado absolutista. “Na administração Pública Patrimonialista o aparelho de Estado atua como uma extensão do poder do monarca” (JUNQUILHO, 2010).

A Revolução Francesa, motivada pelos ideais iluministas, o interesse da classe burguesa em participar da vida política e a insatisfação da maior parte da população com a situação de extrema pobreza, marca o declínio do absolutismo, favorecendo a implantação da Administração Burocrática.

A Administração Burocrática foi criada por Max Weber, no século XX, e tem como princípio a racionalização da gestão estatal, a partir da criação de normas para regulamentação de ações, divisão de trabalho, hierarquia bem definida, valor de remuneração estipulado e outros.

Para Paiva (2009) as práticas burocráticas são adotadas na gestão brasileira a partir do ano de 1920 e, de forma mais acentuada, após a Crise de 1930, eliminando o patrimonialismo lentamente e gradualmente. Com a gestão do presidente Getúlio Vargas, a Administração Burocrática é amplamente implantada na gestão pública.

Bresser-Pereira (1996) afirma que o modelo burocrático elaborou diversas normas para o serviço público com o intuito de combater a corrupção e o nepotismo, porém acabou gerando procedimentos caros e insuficientes. Com o aumento da participação do Estado como agente regulador econômico e social, as disfunções na burocracia colaboraram para ineficiência estatal e crise financeira.

A prática da Administração Pública Gerencial aparece como uma proposta para resolver as problemáticas enfrentadas pelo Estado moderno. Iniciou-se na Inglaterra e nos Estados Unidos, com base em um sistema de governo focado em

resultados, que busca a eficiência e com um perfil empreendedor (PAULA, 2005). No caso britânico, buscava-se recuperar a produtividade e competitividade para disputar com o avanço de mercados emergentes de outros países, e os norte-americanos criaram um ideal de excelência com oportunidade de progresso e crescimento baseados na iniciativa individual (PAULA, 2005).

A administração pública gerencial brasileira “está ligada ao intenso debate sobre a crise de governabilidade e credibilidade do Estado na América latina durante as décadas de 1980 a 1990” (PAULA, 2005) e foi implantada entre os anos de 1995 a 1998 pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. Bresser-Pereira (1998, pg. 28) define que a Administração Gerencial é “orientada para os cidadãos e para obtenção de resultados”.

Segundo Bresser-Pereira (1998) o modelo burocrático preocupa-se com os processos, em definir procedimentos tanto para atender às demandas sociais como para contratação de funcionários e aquisições enquanto o gerencialismo foca em resultados. A administração pública gerencial adota o empreendedorismo, uma gestão voltada para resultados, redução da atuação do estado na execução de serviços e assimilação de alguns valores da iniciativa privada como a busca pela eficiência (BRESSER-PEREIRA, 1998).

Ao adotar o gerencialismo, Bresser-Pereira (1998) esclarece que a reforma proposta ao aparelho do Estado não tem como objetivo eliminar o modelo burocrático, mas sim atualizar a gestão. Considera-se que os procedimentos de controle, utilizados como ato preventivo de combate à corrupção, devem ser mantidos, mas não podem ocupar o papel central. O foco principal da administração é prestar um serviço que gere resultados satisfatórios ao cidadão (BRESSER-PEREIRA, 1998).

2.2 Bens Públicos e Bens Privados

Segundo Santos, L.A (2000) o conceito de serviço público possui uma interpretação abrangente e outra mais específica. Em sentido lato, serviço público é definido como toda atividade executada pelo Estado (SANTOS, L.A 2000). Esse

conceito é corroborado por Meirelles (1990) que define o serviço público como todo aquele prestado diretamente pelo Estado ou por seus delegados para satisfazer as necessidades da população ou por simples conveniência estatal. Já o sentido restrito, vincula o conceito de serviço público ao interesse coletivo e/ou à natureza jurídica da instituição prestadora (SANTOS, L.A 2000).

Di Pietro (1990) estabelece um conceito de serviço público com sentido restrito, pois o define como toda atividade atribuída por lei ao Estado para que ele preste o serviço diretamente ou por meio de seus delegados com o objetivo de satisfazer concretamente a necessidade da população. Di Pietro (2009) também vincula a prestação do serviço público a instituições que possuem regime jurídico totalmente ou parcialmente público.

Nesse trabalho é considerado o conceito restrito de serviço público, pois o objeto de estudo é a transferência da prestação de um serviço de interesse coletivo, atribuído ao Estado pela Constituição Federal, a um terceiro. A publicização diferencia-se do conceito de serviço público apresentado por delegar a prestação do serviço público a uma empresa privada. Porém, Santos, L.A (2000) afirma que a definição de serviço público é complexa e varia de acordo com o interesse das classes a evolução histórica. Atualmente, por exemplo, há tipos de contratos (concessão e permissão) que permitem ao Estado transferir a execução de serviços públicos a empresas privadas (Santos, L.A, 2000).

O modelo Gerencial considera a existência de dois tipos de atividades de interesse coletivo ou social: essenciais ou exclusivas do Estado, aquelas que “garantem diretamente que as leis e as políticas públicas sejam cumpridas e financiadas”, como as forças armadas e a polícia (BRESSER-PEREIRA, 1998, pg.33); e os serviços não exclusivos, aqueles providos pelo poder público, mas que não estão relacionados ao poder extroverso estatal (legitimidade para impor leis e utilizar a força), como os serviços prestados na área de saúde e educação (BRESSER-PEREIRA, 1998).

O Estado não deve gerenciar empresas ou ser responsável pela execução de atividades não inerentes à sua função. Pinheiro (2012) demonstra a divisão entre atividades essenciais ao Estado e as atividades não essenciais, considerando a natureza do bem como: público ou privado.

Segundo Pinheiro (2012), um bem considerado público é aquele com características não rivais (ao consumir um bem, o indivíduo não impedirá que o outro

também adquira o mesmo bem) e não excludentes (não há formas de impedir o acesso ao bem). Já os bens privados são aqueles classificados como rivais e excludentes (o consumo de um impede o consumo do outro e há barreiras ao acesso). Há o nível intermediário em que o bem pode ser rival e não excludente, como pescar no Lago Paranoá, por exemplo, ou não rival e excludente, como o acesso a clubes privados.

Pinheiro (2012) define que os serviços caracterizados como bens públicos são essenciais ao Estado, como a segurança pública, sendo ele o único responsável pela sua execução. Os bens privados são, como o nome já diz, de natureza privada e são ofertados por empresas particulares.

Essa classificação de bens permite inferir que serviços de saúde são de natureza privada por se tratarem de bens rivais e excludentes (não há atendimento simultâneo, o médico pode atender apenas um paciente, o leito poderá ser ocupado apenas por uma pessoa e para o enfermo receber o serviço, o profissional de saúde deverá ser pago). Assim, conclui-se que a saúde é um bem privado, porém, de interesse público, pois o Estado necessita de uma população saudável para executar atividades econômicas e para conduzir a nação (PINHEIRO, 2012).

Essa necessidade colaborou para tornar a saúde um serviço prestado pelo governo, mas o modelo gerencialista adotou a possibilidade de transferir a execução de serviços não essenciais, mas de interesse público, a organizações sociais por meio de parcerias público privadas (definição empregada na Inglaterra) e, no caso brasileiro, através da publicização (PAULA, 2005).

2.3 Publicização

O neoliberalismo apresenta a redução do papel estatal como alternativa para superação de problemas de governança e de crises econômicas, geralmente provocadas pela globalização (MARIN, J. D; MARIN, K. I. D, 2009). A partir da transferência de serviços, o estado poderá focar no desenvolvimento de atividades

que promovam o progresso do país e a estabilidade econômica (MARIN, J. D; MARIN, K. I. D, 2009). A publicização representa a transferência de um serviço não essencial prestado pelo governo a uma instituição particular em que ela passa a ser a responsável pela execução do serviço (SCHIMITt, 2006).

Schmitt (2006) conclui que a publicização altera a natureza jurídica da instituição que presta o serviço, ou seja, a organização pública é substituída por uma empresa particular. Essa transferência é realizada mediante um contrato de gestão entre o poder público e uma Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP). De acordo com Santos (2000), ao obter a qualificação de OSCIP, concedida por ato do chefe do poder executivo, a organização poderá celebrar contrato de gestão com o poder público e passará a ofertar serviços públicos aos cidadãos “sem submeter-se às limitações estabelecidas para as entidades estatais” (SANTOS, L.A, 2000, pg. 108).

Para incentivar a prática de publicização e regulamentar os contratos de gestão, o governo do presidente Fernando Henrique criou o Programa Nacional de Publicização, por meio da lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 (SANTOS, L.A, 2000). Essa lei expõe sobre os critérios de qualificação e desqualificação da instituição como organização social, determina a formação do conselho administrativo, estabelece normas para a execução e fiscalização do contrato de gestão e dispõe sobre práticas de incentivo às atividades sociais (SCHIMITt, 2006). No contrato de gestão, constam os objetivos que devem ser alcançados, prazos e resultados que a OSCIP deve atingir (SCHIMITt, 2006)..

Segundo Schimit (2006), para receber o título de OSCIP a instituição não pode ter fins lucrativos, deve possuir como finalidade a prestação de um serviço social na área de educação, pesquisa e saúde e atender aos demais requisitos exigidos para obter a qualificação. O autor esclarece que a organização interessada na certificação deve submeter solicitação ao Ministério ou órgão responsável pela regulação da área de atuação da instituição. O respectivo órgão avaliará o cumprimento dos requisitos em conjunto com o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Tanto a outorga da qualificação como a negativa devem ser justificadas pelo órgão e o ato é aprovado pelo poder executivo (SCHIMIT, 2006).

Após receber a qualificação de OSCIP, a instituição poderá firmar contrato de gestão com os entes federados (Schimit, 2006). A OSCIP poderá receber patrimônio público que será integrado ao ativo permanente da organização e, também,

investimento financeiro governamental para exercer a atividade (Schimit, 2006). A organização social será fiscalizada por órgãos de controle, como o Tribunal de Contas da União (Brasil, 1998). O conselho administrativo será composto por representantes governamentais e da sociedade civil para melhor monitorar as ações da OSCIP e permiti a participação dos grupos de interesse na administração, representando uma forma de gestão transparente (Brasil, 1998).

Apesar da implantação e legalização da publicização, ainda há desconfianças e críticas à transferência de serviços públicos. Schimitt (2006) alerta que muitos estudiosos criticam a publicização, pois consideram que ela limita a ação do Estado. O papel estatal é reduzido a um simples agente que promove a iniciativa privada (SCHIMITT, 2006). Santos, L.A (2000) afirma que a publicização pode ser interpretada como uma privatização dos serviços públicos enquanto Marin, J. D e Marin, K. I. D (2009) consideram que o Programa Nacional de Publicização não estabeleceu medidas capazes de incentivar a formação de diversas OSCIPs e não garantiu a continuidade da política.

Segundo o extinto MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (criado durante o governo do presidente Fernando Henrique Cardoso), a publicização não pode ser confundida com uma privatização, pois a execução do serviço será realizada por uma organização social mantida por recurso público, haverá controle estatal e o serviço não será prestado mediante pagamento do usuário. O MARE também apresentou as vantagens da publicização como: rápida contratação de funcionários por não depender de seleção realizada através de concurso público; a aquisição ágil de bens e matérias, já que não dependerá de processo licitatório; alocação de recursos de acordo com critérios da instituição sem necessidade de seguir a execução orçamentária governamental.

A Rede de Hospitais Sarah é um modelo de referência de publicização na saúde e objeto de estudo do presente trabalho. Outras cidades brasileiras já adotaram a publicização de serviços de saúde, como Uberlândia (MG) e Grajaú (SP). No caso da cidade do estado de São Paulo, verificou-se que a publicização de serviços de saúde possibilitou atendimento satisfatório à população de sua região e maior autonomia à instituição na gestão e alocação de recursos (TIBÉRIO *et al*, 2009). Também foi possível perceber maior atuação estatal como agente regulador e como provedor de políticas públicas (TIBÉRIO *et al*, 2009).

Marin, J. D e Marin, K. I. D (2009) afirmam que a publicização foi instituída sem a participação e/ou conhecimento da sociedade, inclusive o próprio Congresso Nacional não atuou no processo de criação do Programa Nacional de Publicização. Os autores consideram que houve uma alienação da sociedade ao processo e essa situação acabou comprometendo o sucesso da política de publicização. Há necessidade de averiguar se a publicização, por meio da criação de Organizações Sociais, gera benefícios ao governo e à sociedade. Também é interessante identificar se esse modelo é realmente um instrumento capaz tanto de promover o aprimoramento da prestação do serviço público como de contribuir para o aumento da eficiência do aparato estatal.

3 MÉTODO DE PESQUISA

O método de pesquisa adotado no presente trabalho é qualitativo, com caráter descritivo. Trata-se de uma investigação diagnóstica e situacional a respeito das decorrências da publicização para os serviços públicos de saúde.

3.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Para Marconi e Lakatos (2009) a pesquisa qualitativa é a representação de uma realidade específica em que se procuram respostas para questões particulares e que envolvem fenômenos e significados que não podem ser mensurados, como valores, atitudes e crenças. Já a abordagem descritiva procura relacionar e explicar as características do fenômeno estudado (YIN,2004).

A entrevista consiste em um diálogo entre duas pessoas para que uma delas obtenha informações sobre determinado assunto (MARCONI; LAKATOS, 2010). De acordo com Marconi e Lakatos (2010), ela pode ser livre (o diálogo ocorre sem um roteiro pré-estabelecido), estruturada (é elaborado uma relação de perguntas que serão submetidas ao entrevistado), ou semiestruturada (é pré-estabelecida uma relação de perguntas, mas permite-se um pequeno diálogo). No presente trabalho, para colher apenas os dados mais relevantes e estritamente relacionados ao objeto de pesquisa, optou-se pela entrevista semiestruturada.

3.2 Caracterização do objeto o fenômeno de estudo

O SUS surgiu para amenizar as desigualdades e atender pessoas de baixa renda que não possuíam condições de financiar o tratamento da própria saúde e/ou da família (SOUZA; BATISTA, 2012). Antes da promulgação da Constituição de 1988, existiam redes hospitalares destinadas ao atendimento de uma categoria específica, como servidores públicos, empresários, aposentados, e a grande massa da população que trabalhava em fábricas ou de maneira autônoma, como seringueiros e catadores, permaneciam excluídos (FINKELMAN,2002). Por essa razão, a criação do SUS é considerada um avanço social e uma medida de melhoria de qualidade de vida da população (FINKELMAN,2002).

O Ministério da Saúde tornou-se grande responsável pela elaboração das políticas públicas da área e a gestão descentralizada colaborou para dividir a responsabilidade entre os entes estatais e definir as formas de colaboração, como o apoio que o ente estatal deve prestar ao seu município (FINKELMAN,2002).

Finkelman (2012) relembra que a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (regulamenta o SUS) permite que instituições sem fins lucrativos prestem apoio ao serviço público de saúde quando houver necessidade. A própria legislação prevê parcerias ao SUS e pode-se entender que possibilita, ao menos, um trabalho integrado entre o SUS e instituições não governamentais, por exemplo: ações complementares de uma OSCIP ao serviço de saúde prestado pelo SUS.

A publicização de serviços de saúde por meio de OSCIP pode representar uma alternativa para cumprir as determinações constitucionais (promover equidade e o acesso universal à saúde) e um complemento ao trabalho e conquistas iniciadas com a criação do SUS.

A Rede Hospitalar Sarah é composta por nove unidades localizadas nas cidades de Brasília (Asa Sul e Lago Norte), São Luís, Salvador, Belo Horizonte, Fortaleza, Rio de Janeiro, Macapá e Belém (informações extraídas do portal da instituição). A rede é dirigida pela Associação das Pioneiras Sociais- ASP. É mantida por recursos repassados pelo governo federal por meio de contrato de gestão assinado em dezembro de 1991 (conforme informações extraídas do portal da instituição). O Hospital Sarah presta atendimento em 8 especialidades e não possui pronto socorro, pois os serviços são destinados à reabilitação (segundo portal da Rede Sarah).

De acordo com portal do governo do Distrito Federal, a estrutura do sistema de saúde de Brasília foi idealizada em conjunto com o plano de criação da capital. Inicialmente, o Hospital de Base é concebido como Hospital Distrital em 1960, porém o planejamento da cidade já contemplava a criação de um hospital capaz de prestar serviços de alta complexidade. O projeto foi concluído em 1976 quando o Hospital Distrital de Brasília passou a ser Hospital de Base do Distrito Federal. Atualmente, de acordo com o portal do governo do Distrito Federal, o Hospital de Base atende toda a região do Distrito Federal e entorno, possui ambulatório com atendimento em 36 especialidades, pronto-socorro, internação e um núcleo de serviço social.

O Hospital Universitário de Brasília é vinculado à Universidade de Brasília desde 1990 e tem como objetivo promover condições adequadas para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa alinhadas à prestação de serviços de saúde à população (conforme portal da instituição). Em 2008, o HUB integrou a rede SUS por meio de convênio entre UNB e o Ministério da Saúde e em 2011 a gestão do hospital foi repassada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares –EBSEH (conforme informações extraídas do portal da instituição). De acordo com Plano Diretor Estratégico do HUB (2014-2016), o hospital atende 33 especialidades em seu ambulatório, possui internação e atendimento de emergência.

3.3 População e amostra (ou participantes)

Para reunir as informações que contribuirão para análise dos benefícios da publicização no serviço de saúde e conseguir identificar a qualidade nas formas de gestão de uma OSCIP e do SUS, foram aplicados questionários aos profissionais que atuam no ambulatório e aos pacientes que utilizam os serviços ambulatoriais do Hospital de Base e Hospital Universitário de Brasília. Enquanto no Hospital Sarah foi realizada uma visita técnica pelas suas instalações.

Foram elaborados dois questionários: um destinado aos pacientes e outro aos funcionários. Ambos contemplam três categorias: avaliação de infraestrutura, avaliação financeira, avaliação do local de trabalho (somente para funcionários) e avaliação do atendimento (somente para pacientes). Essa estrutura foi idealizada para auferir informações que permitam verificar a qualidade do serviço prestado e a satisfação de pacientes e funcionários com a gestão hospitalar.

Os entrevistados foram escolhidos aleatoriamente, mas houve a preocupação em selecionar um público com idade e discernimento suficiente para responderem os questionários. No caso de crianças, deficientes e idosos, o acompanhante respondeu as perguntas somente nas situações em que houve sua participação frequente nas consultas e sua permanência no consultório durante a avaliação médica. A quantidade de pessoas que participaram da pesquisa foi afetada pela decisão de cada indivíduo em responder ou não o questionário e pelo prazo para a conclusão do trabalho. O número de participantes também foi delimitado pela decisão dos hospitais em permitirem a realização da entrevista nos dias e horários estabelecidos pelas instituições.

O Hospital de Base exigiu uma série de procedimentos para aplicação do questionário no hospital, como submeter o presente trabalho à Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS) para sua apreciação e aprovação, cadastramento da monografia na plataforma de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e análise do trabalho pelo Comitê de Ética do Hospital de Base. Todo o tramite proposto seria encerrado em um prazo

de 30 dias ou mais, contabilizando um período inviável para a conclusão desse trabalho. A boa vontade de pacientes e funcionários do ambulatório do Hospital de Base que possibilitou a realização da pesquisa. Eles compreenderam a natureza acadêmica do trabalho, assim como ausência de tempo para aguardar o trâmite exigido pelo hospital, e concordaram em responder os questionários.

Já o Hospital Sarah de Brasília não permitiu a realização de entrevistas de qualquer natureza aos empregados e pacientes do referido hospital, proposta inicial desse trabalho. De acordo com funcionários do setor de Recursos Humanos, a empresa possui norma interna que autoriza somente trabalhadores da rede a conduzirem processos de pesquisa na instituição. Após várias solicitações por e-mail e contato telefônico, o hospital Sarah permitiu a realização de uma visita guiada pelas instalações hospitalares e forneceu endereço eletrônico como meio de obter informações capazes de subsidiar a pesquisa.

A impossibilidade de aplicar questionários no Hospital Sarah instigou a adoção de outro hospital como referência. Após realizar alguns estudos, verificou-se que o Hospital Universitário de Brasília apresenta características que tornariam sua inclusão na pesquisa interessante. Trata-se de um hospital conveniado ao SUS gerenciado por uma empresa pública. Percebeu-se que a inclusão do HUB traria informações relevantes à compreensão do fenômeno pesquisado, além de tornar o estudo mais abrangente e possibilitar análise de serviços de saúde em três dimensões: publicização, SUS e por meio de convênios.

Apesar do escasso tempo para realizar nova pesquisa de campo, devido à proximidade do prazo final para conclusão do trabalho, o procedimento simplificado adotado pelo HUB para autorização de pesquisas destinadas à monografia permitiu a aplicação do questionário no hospital.

A pesquisa no Hospital de Base resultou em 115 questionários de pacientes e 37 questionários de funcionários. No HUB obteve-se 102 questionários de pacientes e 34 de funcionários. No momento de reunir os dados coletados verificou-se a existência de questionários incompletos e optou-se por desconsiderá-los para evitar o comprometimento do resultado da pesquisa. Portanto, para a análise e manipulação de dados, foram considerados questionários de 95 pacientes e 34 funcionários do Hospital de Base, enquanto no HUB foram considerados questionários de 93 pacientes e 32 funcionários.

Os questionários foram respondidos por homens e mulheres com idade entre 25 a 50 anos. Todos receberam esclarecimentos verbais sobre o assunto da pesquisa antes de consentirem sua participação. Pacientes que recebiam atendimento no hospital por um período inferior a 12 meses não participaram da pesquisa, pois se considerou que o contato recente com o serviço dificultaria o julgamento das questões propostas e poderia gerar um resultado diferente da situação real que se pretende analisar.

As respostas marcadas por cada entrevistado foram registradas e contabilizadas na sua respectiva questão, por exemplo: reuniu-se a quantidade de respostas que a questão qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento) obteve em todas as classificações (ruim, regular, bom e excelente). Os valores totais foram lançados em tabelas do programa Excel e convertidos em porcentagem. Os números percentuais estão representados nesse trabalho em gráficos e tabelas expostos no tópico Resultados e Discussão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados colhidos por meio dos questionários e da visita técnica estão reunidos em grupos correspondentes para facilitar a análise e interpretação. Inicialmente, apresenta-se as informações sobre o Hospital Sarah relevantes à pesquisa. Em seguida detalha-se, resumidamente, a gestão do Sistema Único de Saúde. A seção é encerrada com os resultados dos questionários aplicados no Hospital de Base e Hospital Universitário de Brasília.

4.1 A Rede Hospitalar Sarah

Segundo a Resolução nº 2 de 2014 que aprova o regulamento da Associação das Pioneiras Sociais, a instituição tem como objetivo prestar serviços de saúde de qualidade e gratuito na área da medicina de reabilitação. As normas e instruções para o desenvolvimento das atividades estão reunidas em manuais específicos,

como: manual de gestão, de recursos humanos de segurança epistemológica e outros (Resolução nº 2 de 2014). Em relação à gerência, a referida resolução dispõe que a administração é composta pelo Conselho Administrativo e pela Diretoria.

O Conselho Administrativo é formado por 21 membros com mandato de 4 anos, permitida uma recondução, e por três conselheiros com mandato de 2 anos, sendo um indicado pelo Conselho de Medicina, outro pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e um pelos funcionários da ASP (Resolução nº 2 de 2014). O Conselho é o órgão deliberativo responsável, entre outras atividades, pela aprovação de relatórios de gestão e prestações de contas.

A Diretoria é composta por um presidente, vice-presidente, secretário executivo e tesoureiro. Todos os diretores são eleitos pelo Conselho de Administração com um mandato de 3 anos permitida a recondução (Resolução nº 2 de 2014). Entre as funções da Direção está o planejamento, controle e direção de todos os serviços e atividades da APS, negociar a renovação do contrato de gestão e cumprir as exigências contratuais (Resolução nº 2 de 2014). A estrutura administrativa também possui uma Controladoria, vinculada à Direção, responsável pela fiscalização financeira e contratação de auditores independentes para elaboração de parecer sobre as contas anuais da APS (Resolução nº 2 de 2014).

Segundo a resolução nº 2 de 2014 os recursos da ASP são oriundos da União, repassados por meio do contrato de gestão, de convênios com instituições públicas e privadas para financiamento de projetos de pesquisa; de contratos para produção e comercialização de equipamentos hospitalares produzidos pela ASP, prestação de serviços relacionados à formação de recursos humanos e gestão, doações, legados e heranças destinadas à rede hospitalar. De acordo com o relatório de auditoria do ano de 2013, a ASP recebeu um orçamento de 812 milhões e executou 758 milhões em seu Plano de Trabalho Anual.

Durante a visita técnica pelas instalações do Hospital Sarah de Brasília, unidade da Asa Sul, foi possível acompanhar o procedimento de atendimento, conhecer a parte de internação infantil, os centros com atividades de recuperação, oficina de prótese e sala de criação de protótipos. O objetivo da visita é obter informações que possibilitem averiguar a qualidade do serviço prestado. Como não foi possível realizar pesquisa com funcionários e pacientes, procurou-se observar os aspectos de infraestrutura e atendimento abordados nos questionários aplicados no Hospital de Base e HUB, como conservação do prédio, limpeza, presença de materiais e

medicamentos necessários à execução do trabalho, organização dos procedimentos de atendimento e cordialidade.

A visita ocorreu no dia oito de janeiro de 2015 com iniciou às 15:00 horas. O visitante deve se identificar na portaria do prédio da Associação das Pioneiras Sociais e no horário marcado é conduzido por funcionário do setor de Recursos Humanos à recepção da entrada central do Hospital Sarah. Nesse local, o visitante é apresentado ao guia que informa, brevemente, todo o roteiro da visita.

O percurso iniciou na recepção, onde foi possível acompanhar o procedimento de entrada do paciente no hospital, atendimento pelas recepcionistas e espera para receber atendimento médico. A sala de espera possui cadeiras agrupadas por cores (branco, amarelo, laranja e vermelho), cada uma representa um conjunto de especialidades. A recepcionista indica em qual seção de cadeiras o paciente deve aguarda a consulta. O hospital investe em tecnologia para modernizar o processo de atendimento e renovação de equipamentos. O prontuário do paciente, por exemplo, é armazenado em meio digital. Ele recebe um cartão magnético que permite o acesso ao seu prontuário. Um programa eletrônico anuncia o nome do paciente, a identificação da porta de entrada (por cor) e o número da sala que ele receberá atendimento. Todas essas informações também são transmitidas pela televisão.

Os consultórios médicos são alocados de frente um para o outro. No corredor que liga a sala de espera às salas de atendimento, há uma porta e o número do consultório. Porém, o fundo de cada sala é fechado por uma cortina, permitindo que um médico acesse o consultório do outro. Esse *layout* das salas médicas foi projetado para possibilitar um trabalho multidisciplinar. No momento da consulta, médicos de especialidades diferentes podem debater sobre o caso clínico de uma paciente para definir o tratamento mais adequado. Todos os pedidos de exames que serão realizados no hospital são registrados em programa eletrônico que transmite as solicitações ao setor responsável.

Próximo ao bloco de consultórios médicos há uma sala com um pequeno museu. O recinto contém fotos e informações sobre a construção do Hospital Sarah em Brasília. Há imagens da parte mais antiga do prédio, denominada Sarinhah, do projeto do prédio atual, das instalações da Rede Sarah no Lago Paranoá e em demais estados brasileiros. A guia informou que a arquitetura e forma de gestão utilizados no hospital Sarah de Brasília são padronizados para todas as demais unidades. A visita prosseguiu até a ala de internação infantil. Em frente à enfermaria,

há um corredor vertical com quartos para os acompanhantes. Toda a ala possui janelas amplas e varandas para espaço de convivência. Há também um espaço reservado para atividades de leitura e lazer para as crianças.

Cada enfermaria possui um posto de enfermagem, localizado no centro do recinto, para garantir visualização de todos os pacientes. O hospital Sarah possui rígido controle epistemológico. Todos os funcionários têm uniformes padronizados por área de atuação (a roupa do enfermeiro, por exemplo, é diferente da roupa do médico). Todos os pacientes que serão internados passam por uma avaliação corporal e recebem roupas hospitalares, assim como os acompanhantes. Todo esse procedimento é realizado para evitar o risco de infecções e contaminações. O paciente recebe uma cama maca e permanece com ela até o fim de sua internação. Essa cama é versátil e possibilita que o paciente execute vários movimentos. Ao sair da enfermaria, a visita foi conduzida à sala de internação e ao refeitório de funcionários. Houve apenas uma rápida visualização dos dois setores.

A visita prosseguiu até centros de fisioterapia. O espaço possui vários equipamentos e objetos para auxiliar na recuperação de movimentos de pacientes. As atividades são trabalhadas em grupo ou individualmente, depende da necessidade de cada paciente. Próxima à sala de fisioterapia, há sala de hidroterapia para atividades na piscina desenvolvidas com o auxílio de um profissional ou para uso livre de pacientes que receberem encaminhamento médico para a atividade e que não precisam de suporte, porém tanto na hidroterapia como na fisioterapia sempre há um profissional acompanhando os pacientes.

Em seguida, foram visitadas a sala de design de protótipos e a oficina de próteses. O primeiro setor é formado por profissionais que idealizam instrumentos que facilitarão a recuperação e o tratamento de pacientes, como o suporte com garfo mecânico que alimenta pacientes que não movimentam os braços. Já o segundo é responsável por confeccionar próteses de acordo com as especificações médicas. A sala é dividida em um local para atendimento do paciente (verificar as medidas para confecção da prótese e testar o dispositivo ortopédico) e na própria ala está a oficina com equipamentos, matérias e técnicos para construir as próteses. A visita encerrou-se nessa sala, mas a guia acompanha o visitante até o prédio da ASP.

A pessoa responsável pela condução da visita técnica informou que o interessado em agendar uma consulta deve realizar a solicitação por contato telefônico ou através do portal da instituição. A solicitação é submetida a uma equipe

médica com o propósito de identificar a urgência de atendimento e se o hospital oferece tratamento à doença. Após essa análise a consulta é agendada ou o pedido é indeferido. Ambas as situações são informadas ao solicitante. Ao ser questionada sobre ações de gestão e aspectos financeiros, a guia alegou não possuir maiores informações sobre a administração do hospital, pois sua área de atuação não é relacionada à gestão. Também informou que funcionários são comunicados das medidas mais importantes tomadas pela Direção e não possuem conhecimento sobre aspectos do planejamento estratégico institucional.

O ambiente hospitalar é estruturado de forma que permita a incidência de raios solares, possui áreas verdes dentro do prédio e a arquitetura foi projetada para facilitar a circulação e acesso às várias áreas. Essa estrutura foi idealizada para promover o tratamento humanizado, linha defendida e adotada pela rede hospitalar. Todas essas medidas têm como objetivo proporcionar maior conforto ao paciente.

O hospital possui programa de tratamento que estimula a recuperação dos pacientes com atividades lúdicas e fisioterápicas, envolvendo familiares e os profissionais de saúde que acompanham o caso. Possui pequena quadra para atividades de lazer e creche para filhos de funcionários. Durante todo o percurso de visita aos setores do Hospital, os funcionários demonstraram-se muito receptivos. Pode-se verificar que o hospital possui extrema organização dos procedimentos, normas difundidas e um planejamento consolidado.

4.2 A Rede Hospitalar SUS

O artigo 195 da Constituição Federal determina que a União, Estados, Municípios e o Distrito Federal destinem parte de seu orçamento à seguridade social (saúde, previdência e assistência). Em atendimento à determinação legal, a emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estipulou o valor mínimo que cada esfera governamental deve destinar a ações e serviços públicos de saúde. Segundo o Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde, é reservado o percentual de 12% das receitas estaduais e

15% das receitas municipais, enquanto a União reserva parte do seu PIB considerando os ganhos do ano anterior.

O Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde esclarece que todos os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde devem ser depositados em fundos especiais por determinação da Constituição Federal (artigo 77) e da Lei Orgânica de Saúde Pública (lei nº 8080/90 artigo 33). Assim, o repasse financeiro entre as esferas públicas é realizado fundo a fundo. A transferência de verba é realizada pelo Fundo Nacional de Saúde aos Estados, Municípios e Distrito Federal e/ou pelo Fundo Estadual ao Fundo Municipal. Os recursos destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde não podem ser utilizados para outra finalidade, como pagamento de funcionários ou investimento em obras de infraestrutura (conforme o Manual O SUS no seu Município).

Segundo o Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde os recursos destinados aos serviços de saúde são gerenciados pelo fundo específico, sofrendo fiscalização do Conselho de Saúde e dos demais órgãos de controle competentes (conforme o Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde). De acordo com o manual do Ministério da Saúde, os fundos representam instrumentos que auxiliam no planejamento, alocação de recursos e monitoramento dos gastos. Explica, também, que obras e demais despesas de capital são custeadas por meio de convênio que deve ser submetido ao Ministério da Saúde para autorização. Segundo o portal da transparência, a União investiu 580 milhões no fundo de Saúde do DF no ano de 2014.

Os fundos são considerados instrumentos que proporcionam maior autonomia aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para administração desses recursos. Cada esfera pode utilizar a verba da saúde para atender necessidades específicas dos hospitais locais e atender suas prioridades desde que as medidas estejam em consonância com o respectivo Plano de Saúde, com as diretrizes do Plano de Saúde Nacional e sejam aprovadas pelo Conselho de Saúde (conforme o Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde).

4.2.1 Hospital de Base do Distrito Federal

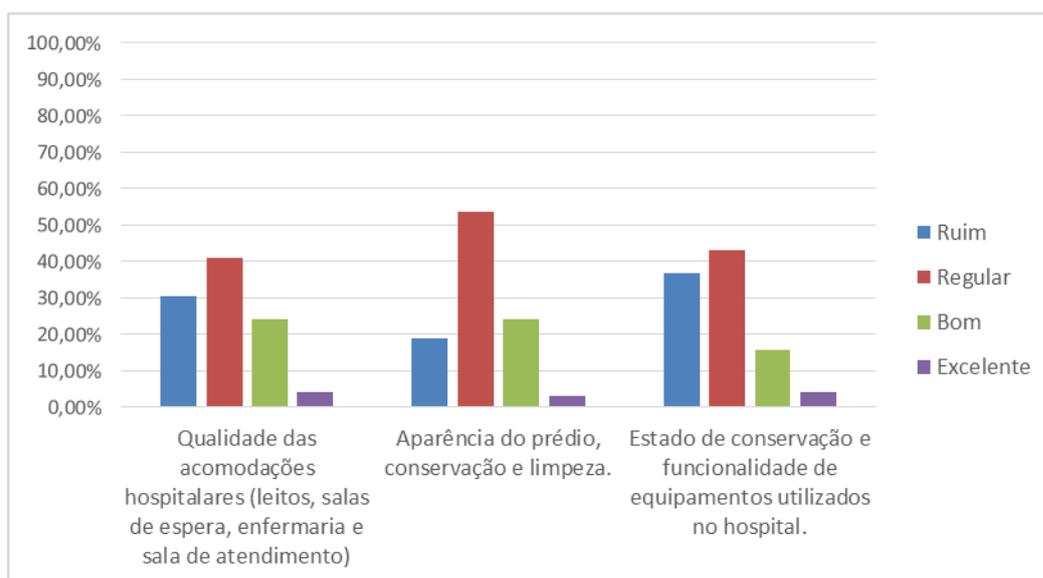
Os Municípios oferecem serviços básicos de saúde à população e os hospitais estatais são especializados em atendimentos e serviços mais complexos com maior grau de especialização (de acordo com o Manual de Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde). No caso do Distrito Federal, segundo o portal da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, as cidades administrativas possuem postos de saúde e um hospital regional, enquanto o Hospital de Base do Distrito Federal é encarregado de executar procedimentos de alta complexidade e prestar apoio aos hospitais da região administrativa e entorno. As consultas no Hospital de Base são agendadas mediante pedido médico do posto de saúde. Os centros de saúde informam dia e horário que o paciente deve se dirigir ao Hospital de Base para marcação da consulta (informações extraídas portal do governo do Distrito Federal).

Os dados obtidos através dos questionários respondidos por 95 pacientes e 34 funcionários estão representados abaixo.

Tabela 1- Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos de infraestrutura HBDF

Avaliação de infraestrutura	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	30,53%	41,05%	24,21%	4,21%
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	18,95%	53,68%	24,21%	3,16%
Estado de conservação e funcionalidade de equipamentos utilizados no hospital.	36,84%	43,16%	15,79%	4,21%

A tabela 1 relaciona dados colhidos na avaliação de infraestrutura do Hospital de Base. Demonstra que menos da metade dos entrevistados (41,05%) considera a qualidade das acomodações regular. Mais da metade (53,68%) classificou como regular a aparência do prédio, conservação e limpeza.

Gráfico 1- Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos de infraestrutura HBDF

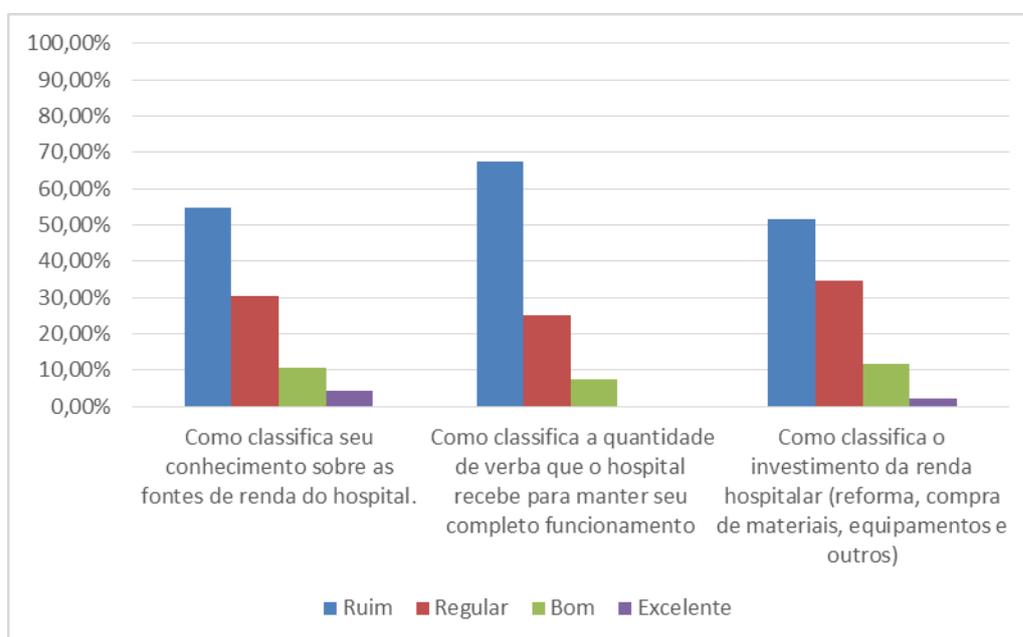
A partir do gráfico 1 verifica-se que a maioria dos entrevistados considera regular os aspectos de infraestrutura abordados na pesquisa e a classificação “excelente” não atingiu 5%. Ocorre que o investimento em obras de infraestrutura depende de celebração de convênio previamente aprovado pelo Ministério da Saúde. A execução de ações nessa área está vinculada a uma série de normas e procedimentos que podem retardar a empreitada, enquanto na publicização cabe às instituições a decisão de realizar investimentos sem necessitar de solicitar permissão ao Ministério da Saúde.

Tabela 2 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos financeiros HBDF

Avaliação Financeira	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	54,74%	30,53%	10,53%	4,21%
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	67,37%	25,26%	7,37%	0,00%
Como classifica o investimento da renda hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	51,58%	34,74%	11,58%	2,11%

Em relação aos aspectos financeiros, a tabela 2 demonstra que mais da metade (54,74%) dos entrevistados afirma que possui pouco conhecimento sobre as fontes de renda hospitalar. Na questão relacionada à quantia de verba que o hospital recebe, a maior parte dos entrevistados (67,37%) considera o montante de verba insatisfatório e um pouco mais da metade (51,58%) considera o investimento financeiro para a manutenção hospitalar ruim.

Gráfico 2 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos financeiros HBDF



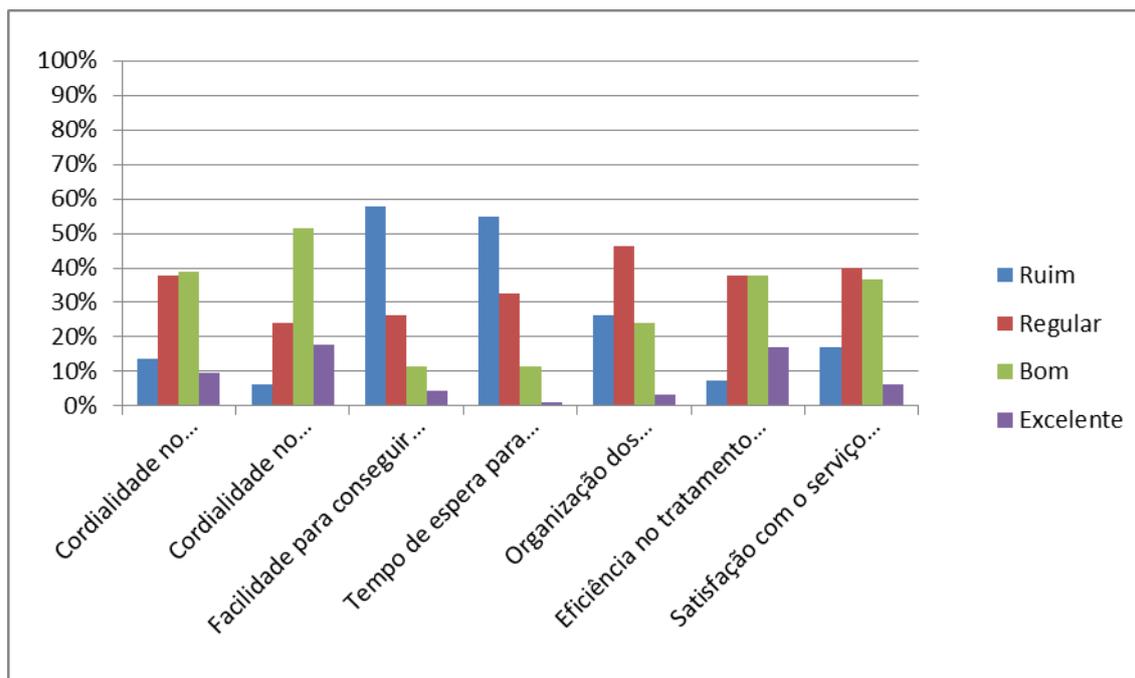
O gráfico 2 demonstra que a maioria dos entrevistados considera os aspectos financeiros abordados na pesquisa ruins e a classificação “excelente” chegou a 0% para a quantidade de verba pública que o hospital recebe. As instituições públicas devem obedecer a procedimentos impostos por lei para usufruir do dinheiro público, como a necessidade de licitar para adquirir bens. Essa prática não é exigida a uma OSCIP. Na publicização as instituições podem executar simples operações de compra e venda. Também possuem autonomia para gerar fontes alternativas de renda, provenientes do próprio trabalho desenvolvido pela instituição, como a venda de equipamentos hospitalares produzidos pelo Hospital Sarah.

Tabela 3- Avaliação de pacientes relacionada ao atendimento hospitalar HBDF

Avaliação do Atendimento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Cordialidade no atendimento prestado pelos profissionais de segurança, recepcionistas e equipe administrativa.	14%	38%	39%	9%
Cordialidade no atendimento prestado por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.	6%	24%	52%	18%
Facilidade para conseguir marcar uma consulta	58%	26%	12%	4%
Tempo de espera para receber atendimento médico	55%	33%	12%	1%
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	26%	46%	24%	3%
Eficiência no tratamento receitado pelo médico para a cura da doença	7%	38%	38%	17%
Satisfação com o serviço prestado	17%	40%	37%	6%

A tabela 3 demonstra que menos da metade dos entrevistados (39%) consideram boa a forma como são tratados por profissionais administrativos, de segurança e recepção. Já mais da metade (52%) consideram que há cordialidade dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) com os pacientes. A questão que verifica a facilidade para marcar uma consulta foi a pior classificada entre os entrevistados com 58% de pessoas considerando esse aspecto ruim, seguida do tempo de espera para receber atendimento médico (55%).

No fator eficiência do tratamento prescrito pelo médico, o mesmo número de entrevistados classificou esse aspecto como bom e regular (ambos 38%). Na satisfação com o serviço prestado, a maioria dos entrevistados (40%) considera o serviço hospitalar regular superando a classificação “bom” (37%) por uma diferença de apenas 3%.

Gráfico 3 - Avaliação de pacientes relacionada ao atendimento hospitalar HBDF

O gráfico 3 permite verificar que a categoria de Avaliação do Atendimento Hospitalar atingiu preponderantemente as classificações “regular” e “bom” na maioria das questões, com exceção nos itens facilidade para conseguir marca uma consulta e tempo de espera para atendimento médico.

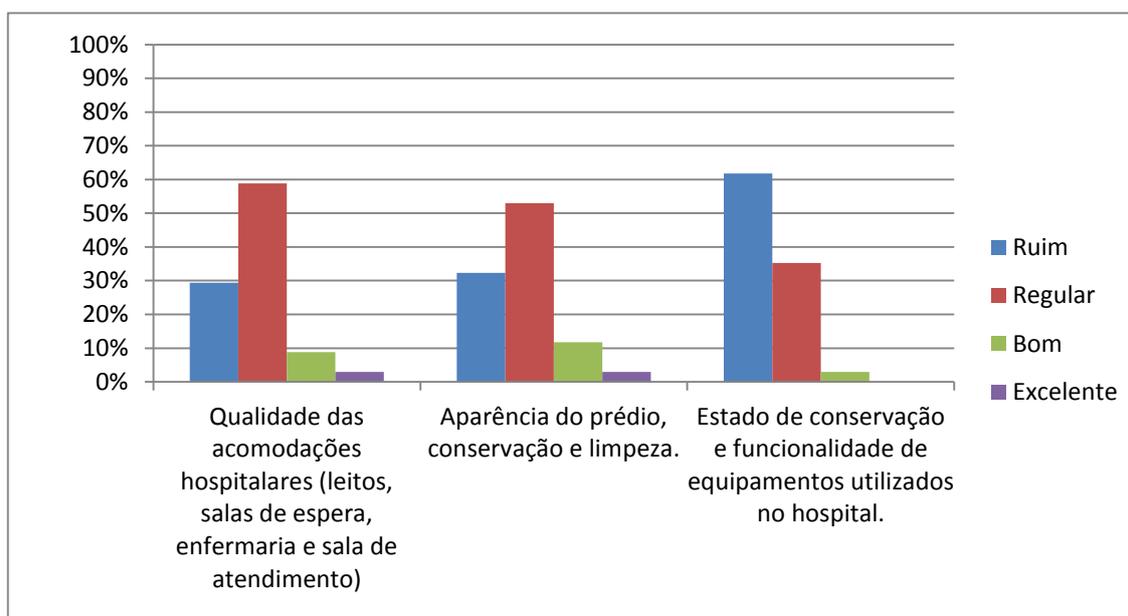
A categoria de avaliação do atendimento obteve a maior quantidade de pontuações na classificação “excelente”, com 18% para “Cordialidade no atendimento prestado por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde” e 17% para “Eficiência no tratamento receitado pelo médico para a cura da doença”. Pelos dados obtidos através da avaliação dos usuários, observa-se que o Hospital de Base não atingiu plenamente o objetivo de promover serviço de qualidade ao cidadão.

Considerando os 34 profissionais do Hospital de Base avaliados, a tabela 4 demonstra a satisfação dos entrevistados com os aspectos de infraestrutura do hospital.

Tabela 4 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos de infraestrutura HBDF

Avaliação de infraestrutura	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	29%	59%	9%	3%
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	32%	53%	12%	3%
Estado de conservação e funcionalidade de equipamentos utilizados no hospital.	62%	35%	3%	0%

Verifica-se que mais da metade dos funcionários (59%) entrevistados consideram que as acomodações hospitalares são ruins. Na questão de aparência, conservação e limpeza a maioria (53%) classificou esse aspecto como regular e uma quantidade expressiva de funcionários (62%) considerou ruim o estado de conservação e funcionalidade de equipamentos.

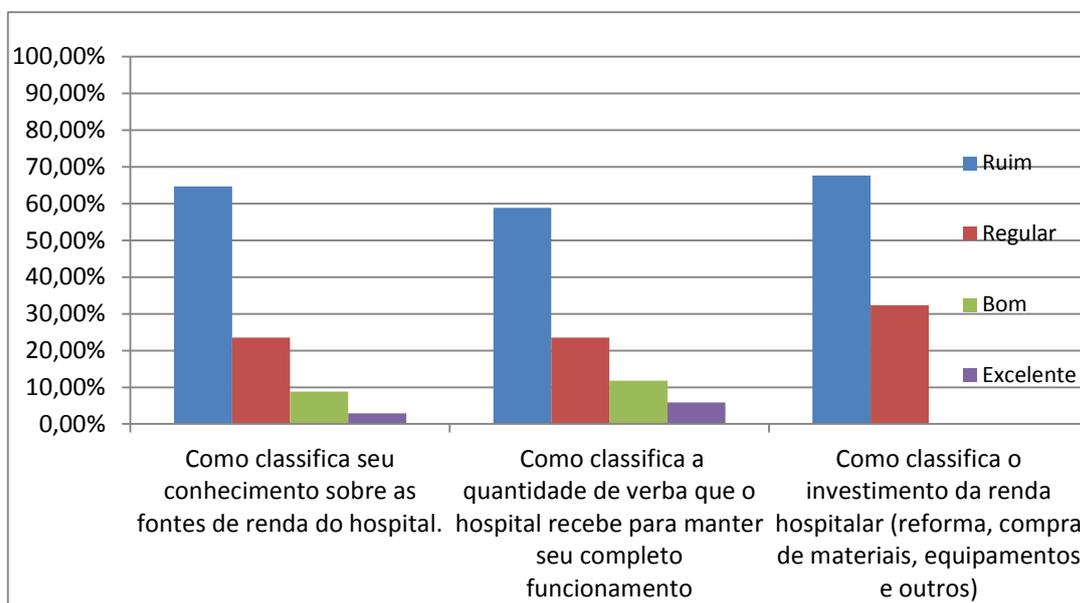
Gráfico 4- Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos de infraestrutura HBDF

O gráfico 4 permite comparar os valores entre as classificações. Pode-se verificar, também, que nenhum funcionário classificou a questão de estado de conservação e funcionalidade de equipamentos como excelente.

Tabela 5 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos financeiros HBDF

Avaliação Financeira	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	64,71%	23,53%	8,82%	2,94%
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	58,82%	23,53%	11,76%	5,88%
Como classifica o investimento da renda hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	67,6%	32,4%	0,00%	0,00%

A tabela 5 permite averiguar os resultados obtidos na parte de avaliação financeira. Uma expressiva quantidade de funcionários (64,71%) afirma que classificam seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital como ruim. Com relação à quantidade de verba que o hospital recebe, mais da metade dos funcionários (58,82%) considera o montante ruim. A maioria dos funcionários (67,6%) classifica o investimento da verba hospitalar em reformas e aquisições como ruim.

Gráfico 5 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos financeiros HBDF

O gráfico 5 possibilita identificar que os funcionários classificaram todas as questões abordadas na categoria de avaliação financeira como ruins. Percebe-se, também, que a classificação “excelente” atingiu baixos valores e chegou a 0% no item de investimento da renda hospitalar.

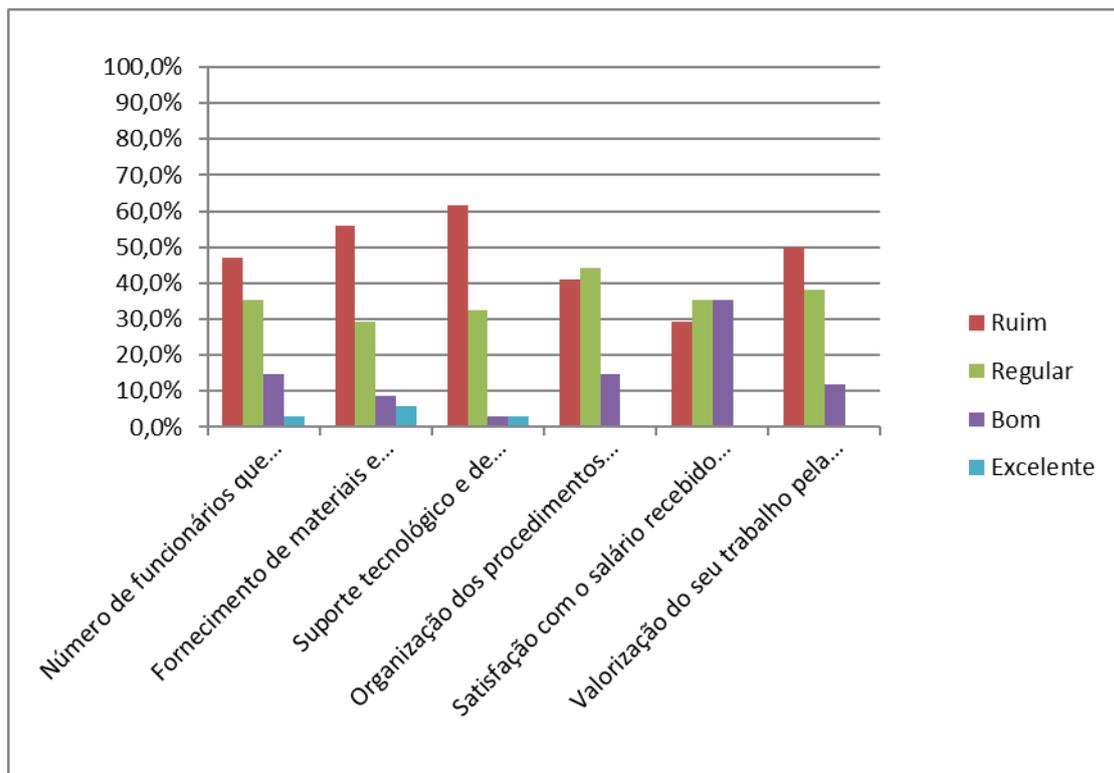
Tabela 6 - Avaliação de funcionários relacionada às condições do local de trabalho HBDF

Avaliação do local de trabalho	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Número de funcionários que compõem sua equipe	47,1%	35,3%	14,7%	2,9%
Fornecimento de materiais e equipamentos necessários para execução do seu trabalho	55,9%	29,4%	8,8%	5,9%
Suporte tecnológico e de infraestrutura fornecido pelo hospital para execução do seu trabalho	61,8%	32,4%	2,9%	2,9%
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	41,2%	44,1%	14,7%	0,0%
Satisfação com o salário recebido considerando a carga horária de trabalho.	29,4%	35,3%	35,3%	0,0%
Valorização do seu trabalho pela instituição	50,0%	38,2%	11,8%	0,0%

A tabela 6 demonstra que a maior parte dos aspectos relacionados à avaliação do local de trabalho foram classificados como ruins. A quantidade de pessoas que compõem a equipe de trabalho foi considerada ruim por 47,1% dos funcionários. Mais da metade (55,9%) considerou o fornecimento de materiais e equipamentos utilizados na execução do trabalho ruim. O item relacionado ao suporte tecnológico e de infraestrutura fornecido pelo hospital foi classificado como ruim por 61,8% dos entrevistados e atingiu o pior resultado no segmento.

A organização dos procedimentos foi considerada regular por 44,1% com uma pequena diferença de 2,9 para os 41,2% dos funcionários que classificaram esse fator como ruim. Em relação ao salário recebido, o vencimento foi considerado bom e regular pelo mesmo quantitativo de 35,3% e a metade dos funcionários entrevistados consideram-se pouco valorizados pela instituição.

Gráfico 6 - Avaliação de funcionários relacionada às condições do local de trabalho HBDF



O gráfico 6 permite verificar a maior ocorrência da classificação ruim na categoria de avaliação dos aspectos do local de trabalho. Pode-se identificar, também, que a classificação excelente possui o menor valor em todos os itens, atingindo o valor de 0% nos aspectos de organização dos procedimentos, satisfação com o salário recebido e valorização do trabalho. Os funcionários públicos executam suas ações observando estritamente as determinações legais e as funções do seu cargo. Esse fato colabora para inibir iniciativas criativas ou inovadoras e reduz as possibilidades de crescimento profissional.

4.2.2 Hospital Universitário de Brasília (HUB)

Segundo portal do HUB, o governo federal criou programa para credenciar hospitais como Hospital Ensino em 2005. No mesmo ano, o HUB recebeu a referida certificação, pois contemplava todos os requisitos exigidos pelo programa. Em 2008 o HUB integrou a rede SUS por meio de convênio com o Ministério da Saúde, medida exigida e regulamentado pela portaria Interministerial MEC/MS nº. 2400 de 2 de Outubro de 2007.

A referida portaria dispõe dos critérios que a instituição deve atingir para receber ou permanecer com certificação de hospital ensino, dentre eles está à obrigatoriedade de participar das políticas públicas de saúde e atender pacientes da rede SUS. Também estabelece que a remuneração da instituição conveniada será proporcional ao número de serviços médicos prestados à população através do SUS.

De acordo com o Plano Diretor Estratégico do HUB (2014-2016), devido a problemas administrativos gerados pela alta rotatividade de funcionários (compostos, em sua maioria, por terceirizados), a UNB decide transferir a gestão do Hub à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH) em 2011. A empresa foi criada no mesmo ano pelo governo federal e contempla uma das medidas do programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários lançado em 2010.

Segundo portal da EBSEH, a instituição é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação que será responsável pela administração de hospitais

universitários que decidam assinar contrato de transferência de gestão. A EBSEH tem como objetivo promover a modernização dos centros de saúde mantendo o caráter de ensino e de prestação de serviço de saúde gratuito de qualidade.

Segundo informações fornecidas pelos funcionários que prestam atendimento ao público, para marca uma consulta o paciente necessita apresentar o pedido médico de centro de saúde do SUS, mas nas especialidades de Clínica Médica e Pediatria, que possuem vagas excedentes, o interessado pode comparecer no dia específico para marcação de consulta e solicitar agendamento independentemente de encaminhamento médico.

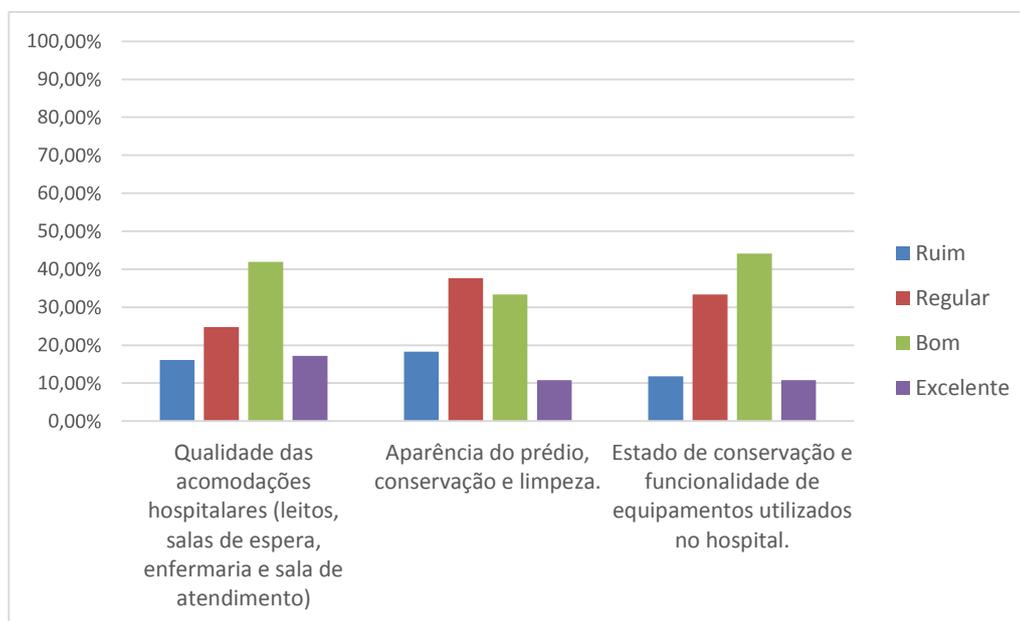
A tabela 7 descreve os resultados obtidos na avaliação de infraestrutura, considerando a opinião de 93 pacientes e 32 funcionários.

Tabela 7- Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos de infraestrutura HUB

Avaliação de infraestrutura	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	16,13%	24,73%	41,94%	17,20%
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	18,28%	37,63%	33,33%	10,75%
Estado de conservação e funcionalidade de equipamentos utilizados no hospital.	11,83%	33,33%	44,09%	10,75%

A maioria dos usuários participantes da pesquisa (41,94%) considera boa a qualidade das acomodações. Segundo os pacientes entrevistados, as enfermarias passaram por reformas recentemente e foram adquiridos novos leitos. O aspecto que contempla o estado de conservação e funcionalidade de equipamentos também recebeu bons resultados na avaliação. A aparência, conservação e limpeza do prédio que alcançou pior qualificação, classificado como regular por 37,63%.

A partir do gráfico 7 verifica-se que a classificação “bom” sobressaiu na categoria de avaliação de infraestrutura. Situação contrária ao Hospital de Base que recebeu classificação regular em todos os aspectos de infraestrutura.

Gráfico 7 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos de infraestrutura HUB

A tabela 8 (abaixo) demonstra os resultados obtidos em relação ao critério financeiro.

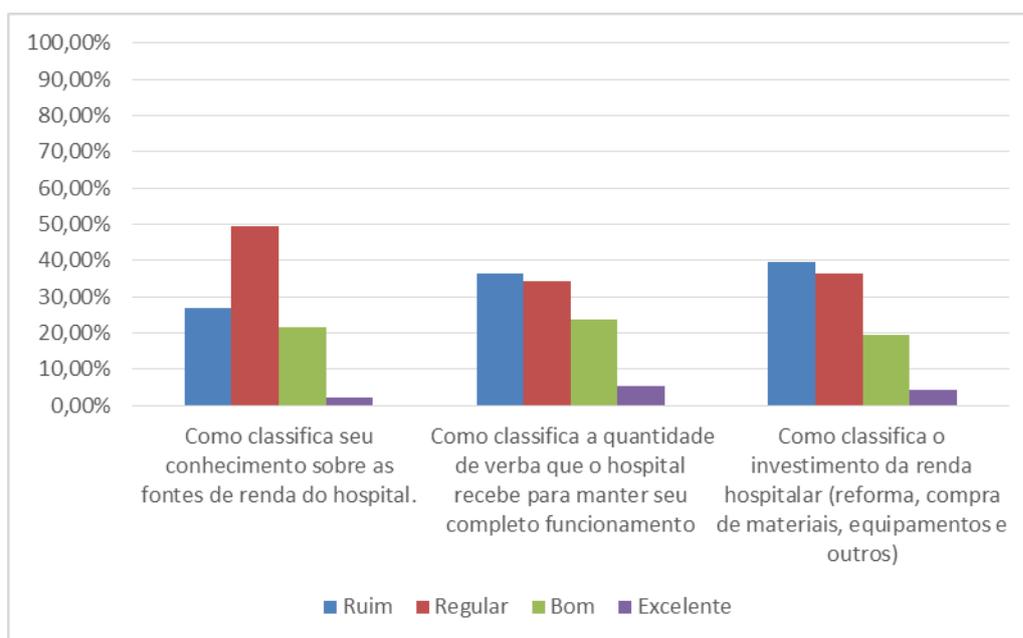
Tabela 8 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos financeiros HUB

Avaliação Financeira	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	26,88%	49,46%	21,51%	2,15%
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	36,56%	34,41%	23,66%	5,38%
Como classifica o investimento da renda hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	39,78%	36,56%	19,35%	4,30%

Verifica-se que pouco menos da metade (49,46%) dos entrevistados considera possuir conhecimento regular sobre as fontes de renda do hospital. Nos

aspectos relacionados à quantidade de verba recebida e investimento a classificação “ruim” sobressaiu com 35,56% e 39,78% respectivamente.

Gráfico 8 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos financeiros HUB



A partir do gráfico 8 percebe-se proximidade de valores nas classificações “ruim” e “regular” do aspecto relacionado à quantidade de verba que o hospital recebe. Em comparação ao resultado obtido na pesquisa aplicada no Hospital de Base (gráfico 2), verifica-se que tanto pacientes do HUB como do Hospital de Base consideram o investimento e a quantidade de verba recebida pelo hospital insatisfatória.

A tabela 9 contempla aspectos de avaliação do atendimento prestado no HUB. Mais da metade dos entrevistados (56%) considera satisfatório o atendimento prestado pelos profissionais da área administrativa, segurança e recepção. Quanto à cordialidade no tratamento prestado pelos médicos, enfermeiros e demais profissionais da área de saúde, 46% paciente classificaram esse aspecto como bom com a diferença de apenas 2% para a classificação “excelente” (44%). A facilidade para marcar uma consulta foi considerada boa por 33%. O ambulatório do HUB possui 10 guichês com atendimento específico para marcação de consultas e

exames. O procedimento adotado colabora para redução de filas e agilidade na marcação.

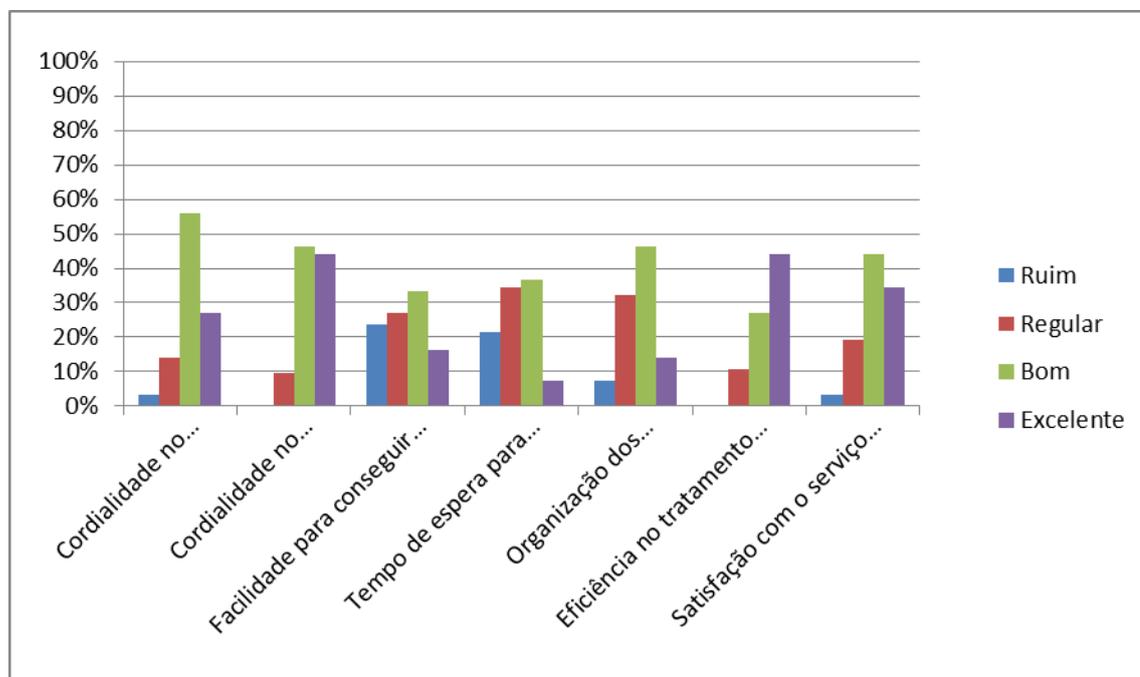
Tabela 9- Avaliação de pacientes relacionada ao atendimento hospitalar HUB

Avaliação do Atendimento	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Cordialidade no atendimento prestado pelos profissionais de segurança, recepcionistas e equipe administrativa.	3%	14%	56%	27%
Cordialidade no atendimento prestado por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.	0%	10%	46%	44%
Facilidade para conseguir marcar uma consulta	24%	27%	33%	16%
Tempo de espera para receber atendimento médico	22%	34%	37%	8%
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	8%	32%	46%	14%
Eficiência no tratamento receitado pelo médico para a cura da doença	0%	11%	27%	44%
Satisfação com o serviço prestado	3%	19%	44%	34%

Em relação ao tempo de espera para receber atendimento médico 37% consideram esse aspecto bom com uma diferença de apenas 3% para a classificação regular (34%). Tanto os aspectos de organização de procedimentos como satisfação com o serviço prestado receberam classificações satisfatórias. O primeiro foi considerado bom por 46% dos entrevistados e o segundo por 44%.

A eficiência no tratamento receitado obteve melhor classificação na categoria de avaliação do atendimento, considera excelente por 44% dos entrevistados. O gráfico 9 (abaixo) demonstra os níveis avaliativos de cada aspecto abordado na categoria de atendimento.

Gráfico 9 - Avaliação de pacientes relacionada aos aspectos de atendimento HUB



Tanto a cordialidade no atendimento prestado pelos profissionais da saúde quanto a eficiência no tratamento receitado receberam 0% na classificação ruim. A categoria que avalia qualidade no atendimento obteve desempenho satisfatório em todos os aspectos abordados. Houve destaque para o aspecto de eficiência no tratamento que foi considerado pela maioria dos entrevistados como excelente.

O Hospital de Base demonstrou desempenho inferior em relação ao HUB. Os aspectos que avaliam facilidade para marcação de consulta e tempo de espera no Hospital de Base foram considerados ruins por mais da metade dos entrevistados. As avaliações do Hospital de Base oscilaram entre ruim e regular em todos os aspectos, exceto na cordialidade no atendimento prestado pelos profissionais de saúde e administrativos. Esse item obteve avaliações positivas, com bons índices de satisfação, tanto no HUB como no HBDF.

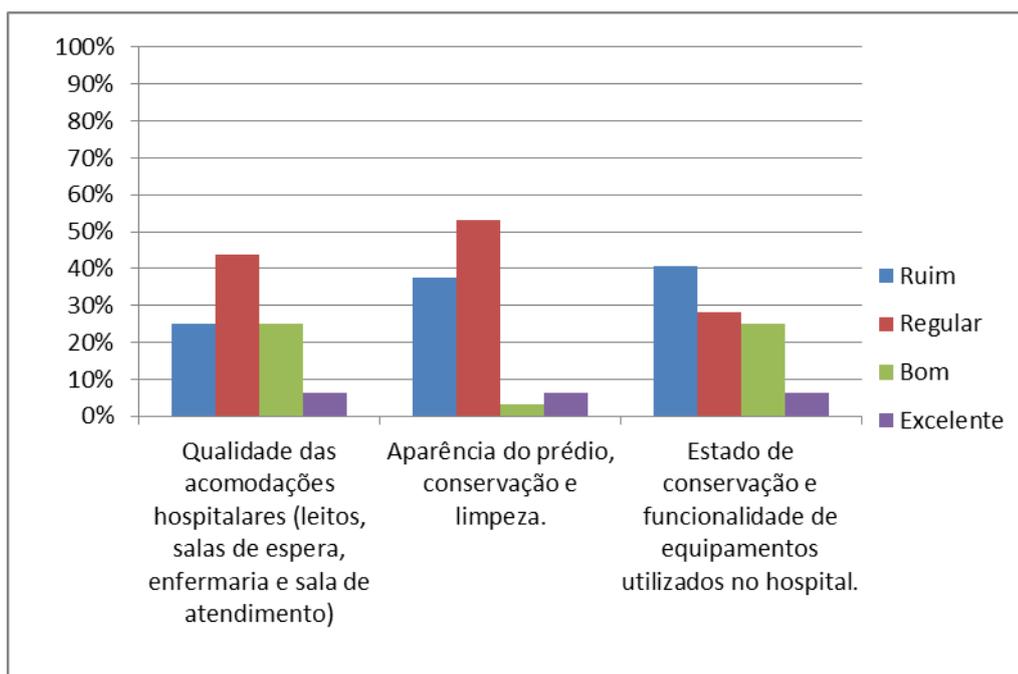
Em relação aos questionários aplicados aos profissionais do HUB, a tabela 10 demonstra o resultado obtido na avaliação de infraestrutura.

Tabela 10 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos de infraestrutura HUB

Avaliação de infraestrutura	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	25%	44%	25%	6%
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	38%	53%	3%	6%
Estado de conservação e funcionalidade de equipamentos utilizados no hospital.	41%	28%	25%	6%

Na questão de qualidade das acomodações hospitalares a maioria dos entrevistados (44%) classificou esse aspecto como regular. Mais da metade (53%) considera a aparência, conservação e limpeza do prédio regular e apenas 3% classificaram esse fator como bom. O estado de conservação dos equipamentos foi classificado por 41% como insatisfatório.

O gráfico 10 demonstra os níveis de classificação preponderante de cada aspecto de infraestrutura abordado.

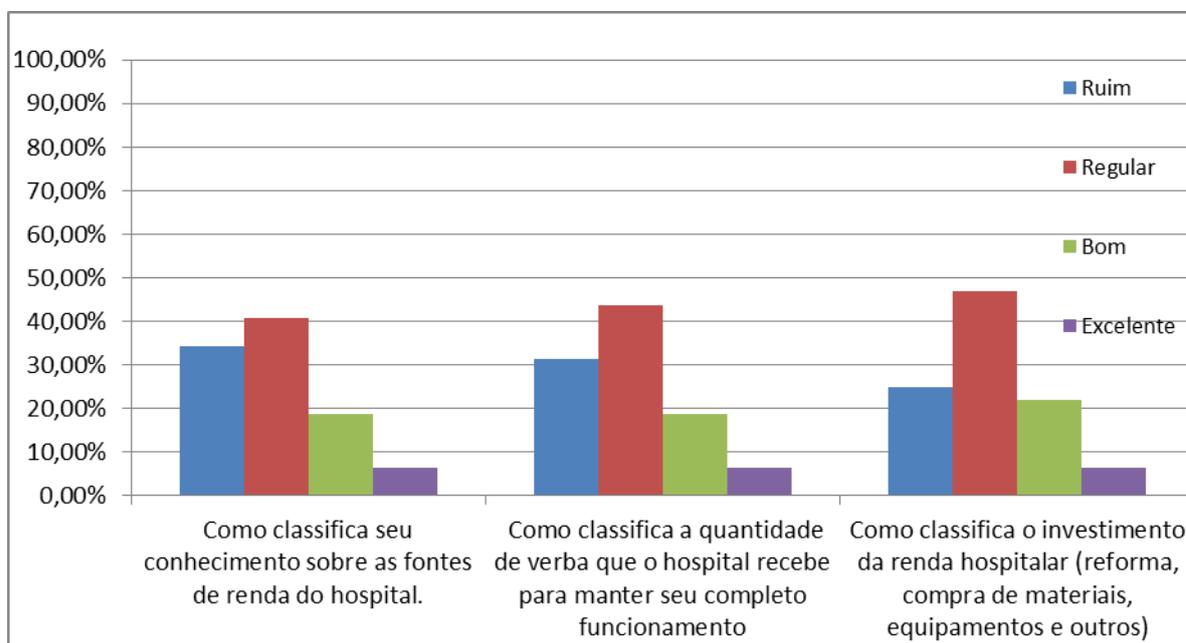
Gráfico 10 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos infraestrutura HUB

Comparando o gráfico 10 com o gráfico 4 que demonstra a avaliação de infraestrutura realizada pelos servidores do Hospital de Base, observa-se que a maioria dos funcionários de ambos hospitais classificaram como regular os aspectos de qualidade das acomodações e aparência do prédio. Enquanto o estado de conservação de equipamentos recebeu classificação “ruim”. A tabela 11 (abaixo) aborda a categoria de avaliação financeira.

Tabela 11 - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos financeiros HUB

Avaliação Financeira	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	34,38%	40,63%	18,75%	6,25%
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	31,25%	43,75%	18,75%	6,25%
Como classifica o investimento da renda hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	25,0%	46,9%	21,88%	6,25%

A questão de conhecimento dos funcionários sobre as fontes de renda hospitalar foi classificada como regular por 40,63% dos entrevistados. A quantidade de verba destinada ao hospital e o investimento dessa renda também receberam a classificação “regular” de, respectivamente, 43,75% entrevistados e 46,9%. O gráfico 11 (abaixo) demonstra os resultados obtidos. Na categoria financeira a maioria dos servidores do Hospital de Base classificou todas as questões abordadas como ruins.

Gráfico 11- - Avaliação de funcionários relacionada aos aspectos financeiros HUB

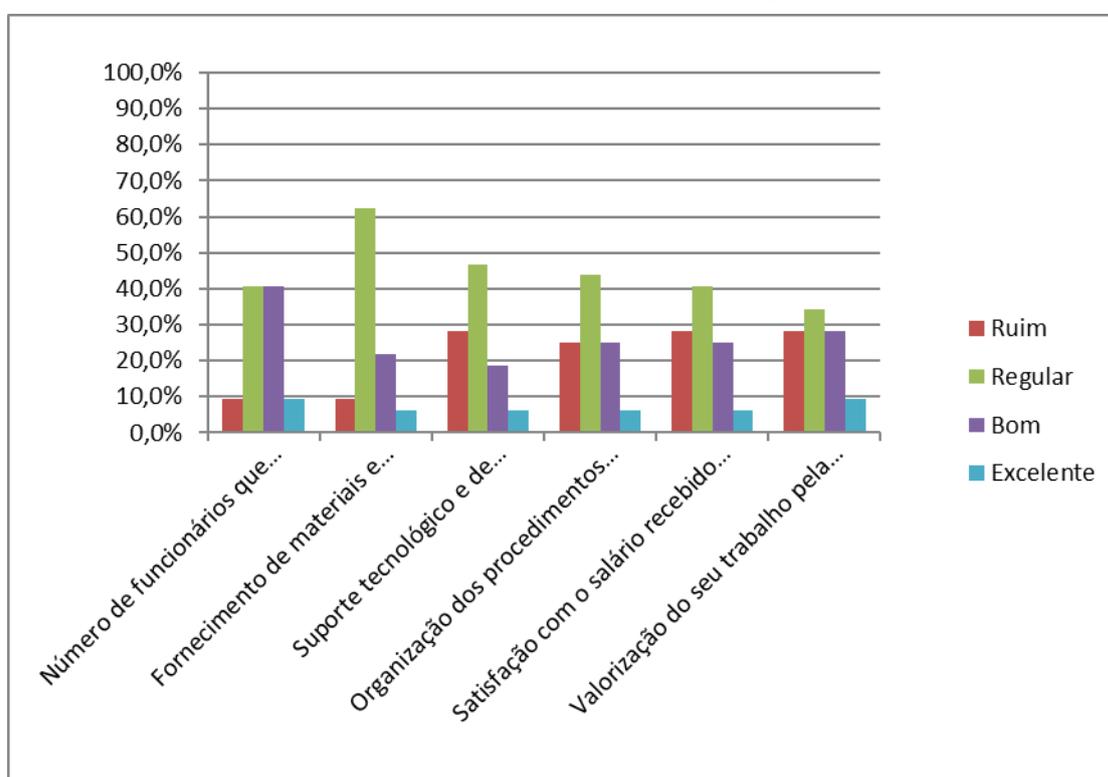
A tabela 12 contempla as informações obtidas em relação à categoria de avaliação do local de trabalho.

Tabela 12 - Avaliação de funcionários relacionada às condições do local de trabalho HUB

Avaliação do local de trabalho	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Número de funcionários que compõem sua equipe	9,4%	40,6%	40,6%	9,4%
Fornecimento de materiais e equipamentos necessários para execução do seu trabalho	9,4%	62,5%	21,9%	6,3%
Suporte tecnológico e de infraestrutura fornecido pelo hospital para execução do seu trabalho	28,1%	46,9%	18,8%	6,3%
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	25,0%	43,8%	25,0%	6,3%
Satisfação com o salário recebido considerando a carga horária de trabalho.	28,1%	40,6%	25,0%	6,3%
Valorização do seu trabalho pela instituição	28,1%	34,4%	28,1%	9,4%

A questão relacionada ao número de funcionários que compõem a equipe foi considerada tanto regular como boa em 40,06% das respostas. Mais da metade dos entrevistados (62,5%) consideram o fornecimento de materiais para execução do seu trabalho regular. O suporte tecnológico e de infraestrutura também foi classificado como regular por 46,9% dos entrevistados. As demais questões da categoria foram classificadas como regulares com 43,8% para organização dos procedimentos; 40,6% para satisfação com o salário recebido e 34,4% para valorização do trabalho pela instituição. O gráfico 12 demonstra os níveis de classificação.

Gráfico 12 - Avaliação de funcionários relacionada às condições do local de trabalho HUB



Os funcionários do HUB classificaram todos os aspectos relacionados à avaliação das condições do local de trabalho como regulares. Os funcionários do Hospital de Base consideraram as mesmas questões como ruins, com exceção da organização dos procedimentos e satisfação do salário recebido. Ambas

classificadas como regulares por uma pequena diferença entre as classificações “ruim” e “regular”.

Ao analisar os dados obtidos durante a visita técnica ao Hospital Sarah e através dos questionários aplicados no Hospital de Base e HUB, pode-se verificar que o Hospital Sarah foi cuidadosamente idealizado, tanto na sua infraestrutura quanto nos procedimentos empregados para gerenciar o hospital. Demonstra que há um planejamento bem definido capaz de suprir as demandas de todo o hospital. Já o Hospital de Base e HUB permanecem em constantes esforços para garantir o serviço básico de saúde sem conseguir avançar para o aprimoramento das atividades executadas.

O Hospital Sarah possui autonomia de gestão e liberdade para gerenciar seus recursos. A ausência de diversas restrições legais torna o desenvolvimento das atividades mais simples e adequada à necessidade da instituição. Caso falte um medicamento, por exemplo, o Hospital Sarah tem liberdade de providenciar a aquisição do remédio. Já o HUB e o Hospital de Base precisam recorrer a processos de licitação para adquirir medicamentos que são imprescindíveis à recuperação do paciente ou necessários para mantê-lo vivo. Todo esse procedimento torna a aquisição morosa e pode comprometer o tratamento receitado ao paciente.

O Hospital Sarah demonstra possuir um planejamento bem desenvolvido e aplicado. Os serviços, por exemplo, não são interrompidos por falta de material. Percebe-se que há monitoramento e controle das atividades para evitar ausência de insumos básicos e sanar problemas de infraestrutura. Já no HUB e o Hospital de Base verifica-se que os problemas postergam e acumulam-se ao longo do tempo, como salas do HUB que não possuem ventilação e há ausência de concreto em partes do teto. Essa situação pode ocorrer por falta de organização da gestão e pela dependência do repasse financeiro governamental.

O conjunto de serviços prestados pelo Sarah é restrito comparado ao HUB e Hospital de Base. Enquanto o primeiro oferece serviços específicos com especialidades selecionadas (apenas 8), os dois últimos possuem uma rede de atendimento que abrange diversas especialidades, pronto socorro, serviços básicos e especializados. O atendimento no Sarah é condicionado à gravidade do problema de saúde que o indivíduo possui e à especialidade. Enquanto no HUB e Hospital de Base o atendimento é amplo e contempla diversas áreas de saúde, mas esses

hospitais não possuem suporte, principalmente financeiro, para atender a grande demanda populacional.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho tem como objetivo verificar os benefícios que a publicização pode trazer ao serviço público de saúde. Essa relação foi avaliada através de pesquisa de satisfação e por meio da comparação de modelos de gestão do SUS, de uma OSCIP e de instituições públicas conveniadas ao SUS. O Hospital Sarah foi escolhido para representar uma OSCIP, o Hospital de Base para representar o SUS e o Hospital Universitário de Brasília para representar a instituição conveniada. Apenas os dois últimos hospitais foram avaliados por meio de pesquisa de satisfação dos usuários e funcionários em relação aos serviços públicos de saúde prestados por cada instituição.

A ideia da publicização é concebida como um avanço e uma possibilidade de reduzir as diversas obrigações do setor público. Em 1992, o presidente Fernando Henrique Cardoso assume a presidência do Brasil em um momento que o país permanecia mergulhado em crise financeira, com uma máquina pública pouco operante, elevadas taxas de inflação e fragilidade econômica. Para mudar a realidade vivida na época o presidente e seu Ministro da Fazenda optam por adotar medidas do modelo gerencialista de administração. Porém, os ideais do gerencialismo chocam-se com as práticas vigentes da década de 90.

Várias críticas ao modelo gerencialista são tecidas principalmente em relação às medidas de transferências de serviços, terceirizações, privatizações, redução de benefícios aos funcionários, serviço público baseado em produção e com foco em resultados. Porém, as novas concepções de serviços públicos e a aplicação de interpretações econômicas sobre distinção de bens públicos e privados empregam novos parâmetros à gestão governamental brasileira.

A publicização é instituída legalmente durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, mas seus benefícios ou desvantagens e o que ela pode representar (avanço ou retrocesso) ao serviço público não é avaliado naquele momento. A

publicização é apresentada como alternativa para descentralizar os serviços estatais às instituições privadas com a garantia que a gratuidade será mantida. A publicização representaria ganhos sociais e estatais. O Estado pode reduzir gastos com procedimentos, materiais e funcionários, pois não será o prestador direto do serviço e o cidadão, por sua vez, receberá um serviço de qualidade.

Os dados obtidos durante essa pesquisa em relação à rede Hospitalar de Reabilitação Sarah apresentaram resultados que corroboram os benefícios atribuídos à publicização. A instituição recebe dinheiro público e deve prestar contas de todos os seus gastos, mas está dispensada de procedimentos licitatórios específicos ou de solicitar autorização de órgãos governamentais para a execução de seus projetos. A sua gestão não permanece atrelada a procedimentos que colaboram para retardar ou impedi a execução das ações propostas. O resultado é percebido na qualidade das acomodações, investimento tecnológico, pesquisa e infraestrutura.

O fato de o contrato ser regido por metas de produtividade pode ser um indicativo do alto desempenho do hospital Sarah. Caso a instituição não consiga atender aos requisitos estipulados e alcançar as metas de atendimento, a verba pública será reduzida ou o contrato de gestão extinto. Para perdurar, a empresa precisa do dinheiro governamental, e para obtê-lo deve esmerar-se ao máximo para prestar um serviço de qualidade. A publicização possui um mecanismo de ganho baseado em resultados concretos que favorecem o desenvolvimento institucional. Essa contrapartida colabora para o aumento de eficiência do serviço prestado, promovendo tanto ganhos sociais como governamentais.

A necessidade de comprovar os gastos e investimentos do dinheiro público detalhadamente também contribui para o aumento de controle e monitoramento das contas financeiras. O Hospital Sarah deve prestar contas ao Tribunal de Contas da União, portanto precisa elaborar orçamento conciso e demonstrar procedimentos rígidos de controle. Gera-se uma reação em cadeia. Para gerenciar a verba o hospital precisa formular um bom planejamento estratégico e realmente executá-lo. Vários órgãos governamentais não utilizam ou não cumprem o que foi estipulado no seu planejamento estratégico. Os resultados obtidos na pesquisa demonstram que o próprio Hospital de Base não possui práticas de gestão bem instituídas.

O governo brasileiro tentou otimizar os serviços públicos de saúde com a criação dos fundos de saúde. A intenção é diminuir os caminhos que a verba deve percorre

até chegar ao hospital e proporcionar maior autonomia a cada ente federado. Também lança programas e toma medidas para incentivar mudanças de desempenho dos órgãos públicos de saúde, mas nessa pesquisa pode-se constatar que o grande fator de transformações é a adoção de remuneração por produtividade.

Assim como o hospital Sarah deve atender vários requisitos para receber a verba governamental, o Hospital Universitário é pago de acordo com a sua produção. Recebe da Secretaria da Saúde o valor proporcional ao serviço que foi prestado. Ambos obtiveram resultados melhores que o Hospital de Base. Parte desse fenômeno pode ser explicado pelo fato de o Hospital Sarah e HUB possuírem incentivos financeiros para melhorar seu desempenho. O HUB possui alguns aspectos que necessitam de mudanças, como a reforma predial e fornecimento de ambiente de trabalho mais adequado aos seus funcionários, mas conseguiu alcançar resultados satisfatórios (atingindo as classificações bom e excelente) com a qualidade do serviço de saúde prestado enquanto o Hospital de Base permaneceu com resultados insatisfatórios (ruim e regular na grande maioria das questões).

A questão financeira apresentou-se como um aspecto delicado. O Fundo de Saúde recebe verbas da União e do próprio Distrito Federal, mas o montante torna-se insuficiente para abastecer todos os postos de saúde e hospitais de toda a região administrativa do Distrito Federal. A situação agrava-se pela dependência exclusiva do dinheiro público e pela impossibilidade ou dificuldade de cada órgão criar novas fontes de renda a partir do desenvolvimento de seu próprio trabalho. Na publicização, a instituição possui autonomia para recorrer a fontes alternativas de renda, como o Hospital Sarah que comercializa equipamentos médicos produzidos pela instituição.

O HUB, além das normas contratuais, também possui um perfil diferenciado por ser uma instituição destinada ao ensino. Como é necessário disseminar o conhecimento e colaborar com o aperfeiçoamento profissional dos estudantes, a interação entre pacientes, profissionais e residentes acaba ocorrendo de forma natural e constante. O processo favorece o próprio paciente que se sente acolhido no momento do atendimento.

A avaliação dos funcionários do Hospital de Base e do HUB permite concluir que os profissionais de ambas as instituições estão insatisfeitos com as condições de trabalho. As instituições públicas devem criar mecanismos para motivação dos

servidores e fomentar atitudes inovadoras. O servidor torna-se limitado pelas diversas restrições impostas pela legislação e o apego excessivo às normas torna-se um vício na repartição. Muitas ideias criativas que resolveriam pequenos problemas de trabalho são tolhidas.

É importante rever o conceito de serviço público para acrescentar aspectos destinados à inovação, qualidade e criação aos serviços de saúde. A dificuldade em reformular o serviço público torna-o defasado e gera mais gastos governamentais. A publicização, assim como os demais convênios, representam medidas destinadas ao progresso da máquina pública, mas ainda é necessário desenvolver outras pesquisas para identificar as razões do baixo incentivo ou pouca adesão à publicização e para averiguar com maior profundidade os fatores que colaboram para comprometer a gestão de órgãos públicos de saúde. Demais estudos podem ser desenvolvidos para comparar a publicização com as demais modalidades de contratos governamentais, como a concessão e a permissão, com o intuito de identificar se a publicização assemelha-se a uma privatização dissimulada.

6 REFERÊNCIAS

Associação das Pioneiras Sociais. Conselho de Administração. Resolução nº 2 de 2014 que aprova o regulamento da Associação das Pioneiras Sociais. Brasília – DF. Portal da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação. Disponível em: <http://www.sarah.br/media/1584/resolucao-nº2-2014-conselho-de-administracao-aps.pdf>

BRASIL. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Constituição (1998). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: Garantindo Saúde para todos. Brasília DF, série B, Textos Básicos de Saúde, 2004. 37p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde – Manual Básico. Brasília – DF, série A, Normas e Manuais Técnicos, 3ª edição, 2003. 65p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria interministerial nº 2.400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília – DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Organizações Sociais. Caderno MARE, 5ª edição, 1998, Brasília, DF.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Portal da presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9637.htm

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro, editora Fundação Getúlio Vargas, pg 21-38. Disponível em: <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1998/98-GestaoDoSetorPublico-Estrategia&Estrutura.pdf>

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. Da Administração Pública Burocrática à Gerencial. Revista do Serviço Público, Brasília, jan-abr. 1996. Disponível em: <http://blogs.al.ce.gov.br/unipace/files/2011/11/Bresser1.pdf>

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. Direito Administrativo. Ed. Atlas, São Paulo, 2009.

FINKELMAN, Jacobo., org. Caminhos da Saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>

JUNQUILHO, Gelson Silva. Teorias da Administração Pública. Departamento de Ciências de Administração. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/UFSC; [Brasília]:CAPES;UAB,2010.

LIRA, Átila de Melo,; IVANIR, Costa; VILAS BOAS, Ana Alice e CARVALHO SÁ, Geysa Elane Rodrigues de. Dimensões da Publicização e Desempenho em Organizações Públicas. Revista FSA, Faculdade Santos Agostinho – Teresina, PI, vol. 9, pp 27-41, ago/set 2012. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/fsa/article/viewFile/61/45>

MARCONI, Marina de Andrade; e Lakatos, Eva Maria. Metodologia Científica. Editora Atlas, 5ª edição, São Paulo, 2009.

MARCONI, Marina de Andrade; e Lakatos, Eva Maria. Fundamentos de Metodologia Científica. Editora Atlas, 7ª edição, São Paulo, 2010.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito Administrativo Brasileiro. Ed. Malheiros, São Paulo, 1996.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A Burocracia no Brasil: as bases da administração pública nacional em perspectiva histórica (1920-1945). São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/his/v28n2/27.pdf>

PAES DE PAULA, Ana Paula. Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social. Rae-Debate, vol. 45, nº 1, jan-mar 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a05>

PINHEIRO, Ivan Antônio. Gestão da Regulação, 1ª edição, ano 2012. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Ciências da Administração – UFSC; [Brasília]; CAPES; UAB, 2012.
Constituição Federal de 1988.

SANTOS, Daniel Labernarde dos; e GERHARDT, Tatiana Engel. Desigualdades Sociais e Saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. Rev. Gaucho Enferm. Porto Alegre (RS), 2008

SANTOS, Luiz Alberto dos. Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social: possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do Estado. Editora Departamento Intersindical de Assessoria Parlamentar, Brasília - DF

SCHIMITT, Alcione Vicente. O Programa Nacional de Publicização. Jus Navigandi, 1 out 2006. Disponível em:
<http://jus.com.br/artigos/8994/o-programa-nacional-de-publicizacao-ppn>

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº16, jul/dez 2006, p.20-45. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>

SOUZA, Rafael da Cruz e BATISTA, Francisco Eduardo Bastos. Políticas Públicas de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. Palmas Tocantins, 2012.
Disponível em:
<http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/2842/1827>

TIBÉRIO, Amanda Alves; SOUZA, Erica Macedo e SARTI, Flávia Mori. O processo de Publicização da Saúde no estado de São Paulo: o caso do Hospital Geral do Grajaú (SP). II Congresso Consad de Gestão Pública, 2009. Disponível em:
http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_I_congresso_consad/painel_45/o_processo_de_publicizacao_da_saude_no_estado_de_sao_paulo.pdf

YIN, Robert K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Editora S.A Bookman, São Paulo,2004.

APÊNDICE A - Formulário avaliativo: paciente



Prezado (a) entrevistado (a),

Este questionário é parte de uma pesquisa de caráter investigativo do Departamento de Administração da Universidade de Brasília. Nossa intenção é estudar a satisfação de usuários em relação aos serviços prestados pelo hospital. Os resultados desta pesquisa serão utilizados no desenvolvimento de um trabalho de conclusão do curso de Administração Pública. É importante salientar que a sua participação será mantida anônima em toda a pesquisa e em qualquer circunstância pública em que os resultados da investigação vierem a ser apresentados. Por favor, responda as perguntas abaixo assinalando um X na opção que melhor representa sua opinião sobre os serviços hospitalares.

Avaliação de infraestrutura	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de conservação e funcionalidade de equipamentos utilizados no hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação Financeira	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Como classifica o investimento do dinheiro hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação do Atendimento	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Cordialidade no atendimento prestado pelos profissionais de segurança, recepcionistas e equipe administrativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cordialidade no atendimento prestado por médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade para conseguir marcar uma consulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo de espera para receber atendimento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eficiência no tratamento receitado pelo médico para a cura da doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfação com o serviço prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE B - Formulário avaliativo funcionário



Prezado (a) entrevistado (a),

Este questionário é parte de uma pesquisa de caráter investigativo do Departamento de Administração da Universidade de Brasília. Nossa intenção é estudar a satisfação de usuários em relação aos serviços prestados pelo hospital. Os resultados desta pesquisa serão utilizados no desenvolvimento de um trabalho de conclusão do curso de Administração Pública. É importante salientar que a sua participação será mantida anônima em toda a pesquisa e em qualquer circunstância pública em que os resultados da investigação vierem a ser apresentados. Por favor, responda as perguntas abaixo assinalando um X na opção que melhor representa sua opinião sobre os serviços hospitalares.

Avaliação de infraestrutura	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Qualidade das acomodações hospitalares (leitos, salas de espera, enfermaria e sala de atendimento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparência do prédio, conservação e limpeza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estado de conservação e funcionalidade de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

equipamentos.				
Avaliação Financeira	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Como classifica seu conhecimento sobre as fontes de renda do hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como classifica a quantidade de verba que o hospital recebe para manter seu completo funcionamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como classifica o investimento da renda hospitalar (reforma, compra de materiais, equipamentos e outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação do local de trabalho	Classificação			
	Ruim	Regular	Bom	Excelente
Número de funcionários que compõem sua equipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecimento de materiais e equipamentos necessários para execução do seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suporte tecnológico e de infraestrutura fornecido pelo hospital para execução do seu trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organização dos procedimentos (entrada no hospital, atendimento médico, medicação)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Satisfação com o salário recebido considerando a carga horária de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valorização do seu trabalho pela instituição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>