



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI

DEMOSTÊNIA COELHO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE UM
HOSPITAL TERCIÁRIO NO TERRITÓRIO DO CARIRI CEARENSE.**

**JUAZEIRO DO NORTE
2017**



DEMOSTÊNIA COELHO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE UM
HOSPITAL TERCIÁRIO NO TERRITÓRIO DO CARIRI CEARENSE.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável, da Universidade Federal do Cariri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável.

Orientador: Prof^o Doutor Eduardo Vivian da Cunha

**JUAZEIRO DO NORTE
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Cariri
Sistema de Bibliotecas

-
- R696a Rodrigues, Demostênia Coelho.
Avaliação de política pública: análise de desempenho de um hospital terciário do território do cariri cearense/ Demostênia Coelho Rodrigues. – 2017.
105 f.: il.; color.; enc. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Cariri, Centro de Ciências Agrárias e Biodiversidade, Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável, Juazeiro do Norte, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Eduardo Vivian da Cunha.
1. Avaliação. 2. Desempenho. 3. Política Pública de Saúde. 4. Desenvolvimento sustentável.
I. Cunha, Eduardo Vivian da. II. Título.

CDD 362.1098131

DEMOSTÊNIA COELHO RODRIGUES

**AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE UM
HOSPITAL TERCIÁRIO NO TERRITÓRIO DO CARIRI CEARENSE.**

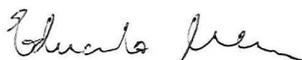
Dissertação apresentada, julgada e aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável, outorgado pela Universidade Federal do Cariri.

Área de Concentração: Desenvolvimento Regional Sustentável

Linha de Pesquisa: Sociedade, Estado e Desenvolvimento Regional Sustentável.

Data de Aprovação: 19/05/2017

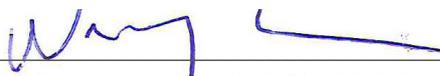
Banca Examinadora:



Prof^o Doutor Eduardo Vivian da Cunha
(Orientador/UFCA)



Prof^o Doutor Jeová Torres Silva Junior
(Membro convidado interno/UFCA)



Prof^o Doutor Washington José de Souza
(Membro convidado externo/UFRN)

Ao meu marido, Ildisvan Araújo, fonte de inspiração,
força e coragem, que muito me incentivou para que eu
pudesse concluir mais este desafio em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, pelo dom da vida e acordar diário.

A minha família, que em tudo me apoia.

Aos colegas de trabalho, que prontamente se disponibilizaram a prestar todas as informações por mim solicitadas.

Aos colegas do mestrado, pelo compartilhar das dúvidas e conquistas.

Ao meu orientador, o professor Dr Eduardo Vivian, pela disponibilidade, apoio e orientações, e acima de tudo pela paciência em conduzir-me neste aprendizado.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

RODRIGUES, D. C. Avaliação de política pública: Análise de desempenho de um hospital terciário no território do cariri cearense. 2017. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável) – Universidade Federal do Cariri, PRODER, Juazeiro do Norte, 2017.

Perfil do autor: Especialista em Saúde e Segurança do Paciente pela FIOCRUZ em 2015; Especialista em Gestão da Qualidade em Ambientes Hospitalares pela ESP 2014; Especialista em Gestão dos Serviços de Saúde pela ESP em 2009; Especialista em Auditoria dos Serviços de Saúde Pública e Privado pela CEQUALE em 2006. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará em 2003. Diretora Geral do Hospital Regional do Cariri aprovada em seleção pública desde 2011.

RESUMO

O presente estudo se justifica pela relevância em identificar qual o desempenho de um hospital público com característica terciária e abrangência regional, construído e equipado pelo Governo do Estado do Ceará para atender a uma população estimada em um milhão e meio de habitantes. O Hospital Regional do Cariri está localizado no município de Juazeiro do Norte e inaugurado em abril de 2011. O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar o desempenho de um hospital público terciário da rede estadual da saúde, no tocante a eficácia e equidade dos serviços prestados a população do território do cariri cearense. Os objetivos específicos foram: 1) Identificar como se apresenta a produção assistencial dos atendimentos realizados pelo Hospital Regional do Cariri para o alcance de metas propostas em contrato de gestão; 2) Identificar como se apresenta o acesso da população aos serviços ofertados pelo referido hospital, estratificando por municípios e microrregiões. Como metodologia adotada, foi privilegiada a abordagem qualitativa, trabalhando com elementos numéricos e análises textuais, a partir de um estudo triangular do referencial teórico, documental e da oitiva de atores envolvidos. Portanto, tivemos que fazer uso tanto de dados numéricos como textuais, integrados com as pesquisas bibliográficas e documentais. Para obtenção dos dados numéricos foi utilizado um roteiro, para nortear a pesquisa e facilitar a compreensão dos dados obtidos. Para a obtenção dos dados textuais foram analisados os documentos que norteiam a política: o contrato de gestão e o relatório de produção do hospital; e utilizados dois questionários semiestruturados: um para o Secretário de Saúde do Estado e Presidente da Organização Social, e outro para os coordenadores regionais de saúde e coordenadora da regulação Macrocariri. A análise dos dados se deu posterior à análise de conteúdo dos documentos que foram pesquisados, procurando evidenciar o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados de uma experiência vivida, por meio das oitivas dos entrevistados, auxiliando a compreensão do objeto de estudo no seu contexto histórico. Os resultados da pesquisa demonstram que o Hospital Regional do Cariri, está sendo uma política eficaz, porém necessita melhorar quanto a equidade de acesso dos usuários aos serviços ofertados.

Palavras Chave: Avaliação. Desempenho. Política pública.

ABSTRACT

The present study is justified by the relevance of identifying the performance of a public hospital with tertiary characteristics and regional coverage, built and equipped by the Government of the State of Ceará to serve a population estimated at 1.5 million inhabitants. The Cariri Regional Hospital is located in the municipality of Juazeiro do Norte and opened in April 2011. The general objective of this research was to evaluate the performance of a tertiary public hospital of the state health network, regarding the efficacy and fairness of the services provided to the population of the region of Cariri. The specific objectives were: 1) To identify how the care production of the care provided by the Regional Hospital of Cariri for the achievement of goals proposed in a management contract; 2) Identify how to present the population's access to services offered by the referred hospital, stratifying by municipalities and microregions. As a method adopted, the qualitative approach was privileged, working with numerical elements and textual analyzes, based on a triangular study of the theoretical, documentary and the list of actors involved. Therefore we had to make use of both numerical and textual data, integrated with bibliographical and documentary research. To obtain the numerical data, a script was used to guide the research and facilitate the understanding of the data obtained. To obtain the textual data, the documents that guide the policy were analyzed: the management contract and the hospital production report; And two semi-structured questionnaires were used: one for the Secretary of Health of the State and President of the Social Organization, and one for the regional coordinators of health and coordinator of Macrocariri regulation. The analysis of the data was done after analyzing the content of the documents that were searched, seeking to highlight the multidimensional nature of the phenomena in their natural manifestation, as well as to capture the different meanings of a lived experience through the interviews of the interviewees, helping the understanding of the object of study in its historical context. The results of the research demonstrate that the Cariri Regional Hospital is an effective policy, but needs to improve the fairness of the users access to the services offered.

Keywords: Evaluation. Performance. Public policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa do Ceará com ilustração das cinco macrorregiões de saúde	20
Figura 2: Mapa do Ceará com ilustração das vinte e duas microrregiões de saúde.....	21
Figura 3: Ciclo de políticas públicas.....	34

Lista de Gráficos

Gráfico 1:Atendimentos de urgência e emergência	66
Gráfico 2: Internações hospitalares.....	66
Gráfico 3: Atendimento cirúrgico	67
Gráfico 4: Serviço de apoio diagnóstico e terapêutica.....	68
Gráfico 5: Atendimento ambulatorial	68
Gráfico 6: Saídas hospitalares.....	69
Gráfico 7: Porcentagem dos atendimentos na emergência do HRC por microrregiões de saúde	73
Gráfico 8: Porcentagem das internações hospitalares do HRC por microrregiões de saúde ...	79
Gráfico 9: Taxa de atendimentos na emergência do HRC por microrregiões de saúde.....	84
Gráfico 10: Taxa de internações hospitalares realizadas no HRC por microrregiões de saúde	86

Lista de Quadros

Quadro 1: Municípios da macrorregião do cariri por células regionais de saúde.....	20
Quadro 2: Demonstrativo da capacidade física instalada no HRC	44

Quadro 3: Categorização do perfil dos entrevistados	47
Quadro 4: Demonstrativo das cláusulas e anexos do contrato de gestão.....	57
Quadro 5: Demonstrativo dos anexos do contrato de gestão	57
Quadro 6: Demonstrativo dos valores contratualizados nos últimos cinco anos.....	59
Quadro 7: Demonstrativo de metas contratualizadas nos últimos cinco anos	60
Quadro 8: Demonstrativo de valoração das atividades.....	62
Quadro 9: Demonstrativo da avaliação dos resultados das metas	62
Quadro 10: Demonstrativo da produção assistencial do HRC nos últimos cinco anos	64
Quadro 11: Demonstrativo de atendimentos na emergência do HRC por microrregiões.....	73
Quadro 12: Demonstrativo de atendimentos na emergência do HRC por municípios	77
Quadro 13: Demonstrativo de internações hospitalares no HRC por microrregiões de saúde	78
Quadro 14: Demonstrativo de internações hospitalares do HRC por municípios	81
Quadro 15: Taxa de atendimentos na emergência do HRC por municípios e por microrregiões	83
Quadro 16: Taxa de internações hospitalares realizadas no HRC por municípios e microrregiões	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS AD

AGROPOLOS	Instituto Agropolos do Ceará
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CENTEC	Instituto Centro de Ensino Tecnológico
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEQUALE	Centro de Qualificação Especializada
CERE	Comissão Estadual de Residência Médica
CESAU	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGDT	Centro de Gestão e Desenvolvimento Tecnológico
CIB/MR	Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
DO	Diário Oficial
DOE	Diário Oficial do Estado
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM	Gabinete Ministerial
HGWA	Hospital Geral Dr Waldemar Alcântara
HRC	Hospital Regional do Cariri
HRN	Hospital Regional Norte
IACC	Instituto de Arte e Cultura do Ceará
IDS	Índice de Desenvolvimento da Saúde
IDT	Instituto de Desenvolvimento do Trabalho

ISGH	Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PQH	Programa de Qualidade Hospitalar
PRM	Programa de Residência Médica
PROEXMAES	Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica
SESA	Secretaria Estadual da Saúde
SURCE	Seleção Unificada da Residência Médica do Ceará
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UABS	Unidade de Atenção Básica de Saúde
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UF	Unidades da Federação
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1	31
AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA	31
1.1 Noção de Política Pública	31
1.2 Formulação da Política Pública.....	34
1.3 Função da Política Pública.....	36
1.4 Conceito, importância e evolução histórica da avaliação de Política Pública	38
CAPÍTULO 2	42
O CAMINHO PERCORRIDO	42
2.1 Objeto de estudo.....	43
2.2 Instrumentos de coleta e delimitação do estudo.....	45
2.3 Participantes do estudo.....	47
2.4 Análise e discussão dos dados.....	48
2.5 Aspectos éticos e legais do estudo	50
CAPÍTULO 3	52
ANÁLISE DE DESEMPENHO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	52
3.1 Análise da trajetória e concepção do Hospital Regional do Cariri como Política Pública de Saúde.....	52
3.2 Análise de desempenho do Hospital Regional do Cariri.....	63
3.2.1 Análise da Eficácia	63
3.2.2 Análise da Equidade	71
3.3 Perspectivas futuras para o fortalecimento de gestão da política pública em estudo	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

BIBLIOGRAFIA 94

APÊNDICES 99

INTRODUÇÃO

Assumindo a condição de instrumento estratégico em todo o ciclo da gestão pública, a avaliação surge com as transformações no papel do Estado à necessidade de analisar os custos e as vantagens de suas intervenções, no âmbito do grande processo de mudança das relações entre o Estado e a sociedade e da reforma da administração pública, que passa do primado dos processos para a priorização dos resultados (SILVA & MELO 2000).

Segundo Guba & Lincoln (1990), a trajetória histórica dos processos de avaliação passa de um primeiro estágio, centrado na medida dos fenômenos analisados, para a focalização das formas de atingir resultados, evoluindo para um julgamento das intervenções e, finalmente, tendendo a constituir um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Por sua vez, a avaliação de desempenho de uma política pública representa um potente instrumento de gestão na medida em que pode e deve ser utilizada durante todo o ciclo da gestão, subsidiando desde o planejamento e formulação de uma intervenção, o acompanhamento de sua implementação, os conseqüentes ajustes a serem adotados, até as decisões sobre sua manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção (SECCHI, 2014).

Dialogando com Mokate (2002), o mesmo defende que uma das características chave da avaliação deve ser sua integração a todo o ciclo de gestão, desenvolvendo-se simultaneamente a ele, desde o momento inicial da identificação do problema. Além do que, a avaliação de desempenho pode contribuir para a viabilização de todas as atividades de controle interno e externo, por instituições públicas e pela sociedade, levando maior transparência às ações gerenciais.

A avaliação de desempenho dos serviços públicos permite além da produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, a possibilidade de transformação dessa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais. Com isto, a decisão de aplicar esforços em uma determinada ação pública sugere o reconhecimento do valor de seus objetivos pela sociedade, sendo assim, sua avaliação deve

verificar o cumprimento de objetivos e validar continuamente o valor social incorporado ao cumprimento desses objetivos (MOKATE, 2002).

Além do que, a avaliação é decisiva para o processo de aprendizagem institucional contribuindo para a busca e obtenção de ganhos das ações governamentais em termos de satisfação dos usuários e de legitimidade social e política. Por essas e outras razões, tem sido ressaltada a importância dos processos de avaliação para a reforma das políticas públicas, modernização e democratização da gestão pública.

Sob o ponto de vista da gestão pública, a avaliação tem se constituído numa estratégia de mudança do paradigma gerencial, uma vez que os serviços públicos devem ser avaliados pelo cumprimento de seus objetivos e os gestores devem ter incentivos naturais para utilizar informação no acompanhamento do desempenho do serviço em relação a esses objetivos. Para tanto, a construção metodológica da avaliação de desempenho dependerá, portanto, da clareza sobre os princípios, objetivos e metas que se quer avaliar, que por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho.

Na área da saúde, a definição de desempenho se volta para a obtenção de resultados destinados a população de uma forma geral. Assim observamos que o desempenho de um serviço público está diretamente relacionado ao resultado dos modos de organização institucional e da produção assistencial¹ como efeito da composição de múltiplos fatores. Isto exige que o gestor assuma a responsabilidade por uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas e garanta a sua efetivação, ratificando o engajamento do setor saúde por condições de vida mais dignas e pelo exercício pleno da cidadania.

A avaliação em serviços de saúde pressupõe vínculo ao processo de planejamento e gestão, ou seja, à tomada de decisão. Na gestão de um serviço de saúde, os processos decisórios deveriam ocorrer fortemente articulados àqueles de planejamento e avaliação, sustentados em sistemas de informação apropriados. Processos decisórios que não se pautam em avaliações tendem a esvaziar-se em suas finalidades e objetivos. Entretanto, a avaliação dos serviços de saúde é descontínua no Brasil, no sentido de garantir uso adequado dos recursos financeiros disponíveis e da qualidade da assistência. Nos últimos anos esforços têm sido empreendidos no sentido de melhorar o controle exercido pelos governos sobre a produção hospitalar dos serviços conveniados/contratados ao SUS.

¹ Entende-se como produção assistencial todas as ações produzidas pelo serviço de saúde sejam elas ambulatoriais ou hospitalares.

Isto fortalece ainda a compreensão de que é fundamental na redução da vulnerabilidade e na melhoria da qualidade de vida da população estar em diálogo constante com a sociedade, conseguindo estabelecer formas de articulação mais permanentes e sustentáveis, na medida em que nessa relação podem-se multiplicar possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e qualificar cada vez mais as ações no Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é definido como o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta, das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada. É uma diretriz política, para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente pelas Leis Orgânicas da Saúde, Normas Operacionais e Portarias que o regulamentam, enfatizando de modo especial a importância e responsabilidade do município enquanto participante deste sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A organização do Sistema Único de Saúde em nosso país está assentada em três pilares: **rede** (integração dos serviços interfederativos), **regionalização** (região de saúde) e **hierarquização** (níveis de complexidade dos serviços). Estes são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o art. 198 da CF. A Constituição ao estatuir que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Esta forma de organização do SUS – integração (**rede**) de todas as ações e serviços de saúde dos entes federativos daquela região – impõe aos municípios, articulados com o Estado e com a União, a necessidade de permanente interação com vistas a garantir uma gestão compartilhada.

É importante destacar que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Estão definidos constitucionalmente no art. 198, e legalmente nos arts. 7º e 8º, II, da Lei 8.080/90 e determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em **redes** de atenção à saúde. Estas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde, conforme determina a Constituição Federal.

A região de saúde deve, por sua vez, fundar-se na sua capacidade de concentrar num aglomerado de territórios municipais contíguos, serviços de saúde capazes de resolver entre 60 a 70% das demandas dos usuários. A região de saúde deve ser dotada de características culturais, sociais, demográficas, viárias que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde.

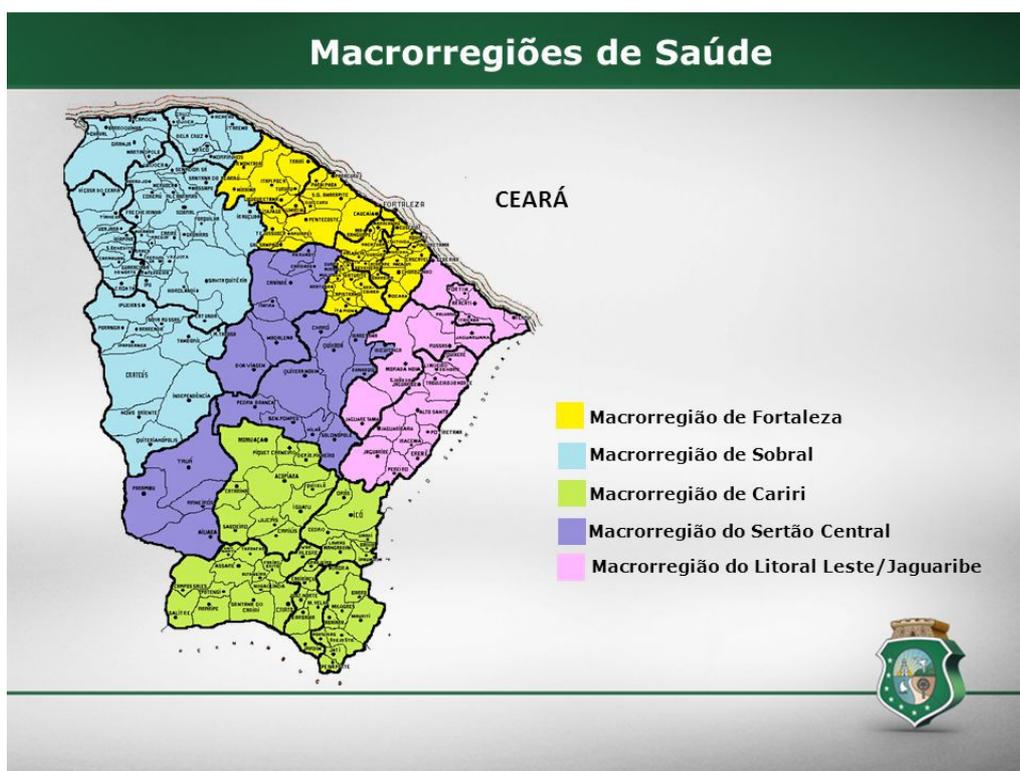
Sendo os entes autônomos, é necessário que esta articulação seja negociada para se obter consensos em nome do interesse público. As responsabilidades, atribuições, metas, recursos financeiros, monitoramento, avaliação e controle devem ser definidos pelos entes envolvidos e consubstanciados em contratos que possam consagrar os consensos, gerando, assim, um ambiente de respeito às autonomias e segurança jurídica nos acordos firmados.

A **regionalização** é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.² A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri) e 22 microrregiões de saúde, onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde.

As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os polos terciários de Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri, conforme mostra a Figura 1.

² Pacto pela Saúde 2006. Portaria/GM n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006.

Figura 1: Mapa do Ceará com ilustração das cinco macrorregiões de saúde



Fonte: www.saude.ce.gov.br

A macrorregião do Cariri é formada por cinco microrregiões de saúde, que por sua vez são compostas por quarenta e cinco municípios, apresentados no quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Municípios da macrorregião do cariri por células regionais de saúde

17ª CRES Icó	18ª CRES Iguatu	19ª CRES Brejo Santo	20ª CRES Crato	21ª CRES Juazeiro do Norte
Baixio Cedro Icó Ipaumirim Lavras da Mangabeira Orós Umari	Acopiara Cariús Catarina Dep. Irapuã Pinheiro Iguatu Jucás Mombaça Piquet Carneiro Quixelô Saboeiro	Abaiara Aurora Barro Brejo Santo Jati Mauriti Milagres Penaforte Porteiras	Altaneira Antonina do Norte Araripe Assaré Campos Sales Crato Farias Brito Nova Olinda Tarrafas Potengi Salitre Santana do Cariri Várzea Alegre	Barbalha Caririaçu Granjeiro Jardim Juazeiro do Norte Missão Velha

Fonte: Criação própria com dados extraídos do site da SESA

Conforme Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011, as microrregiões de saúde³ são espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios limítrofes, delimitadas a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e com vontade política para pactuarem na busca de soluções para problemas comuns, na área da saúde. A figura 2 ilustra a distribuição das microrregiões de saúde.

Figura 2: Mapa do Ceará com ilustração das vinte e duas microrregiões de saúde



Fonte: IPECE disponível em <http://www.ipece.ce.gov.br>

³ Em cada microrregião é organizada uma vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, controle de endemias e sistema de informações em saúde. Além de implementação da assistência farmacêutica, controle e avaliação, e apoio diagnóstico e terapêutico na microrregião. A mobilização social é composta pela população, lideranças e profissionais de saúde que deverão ser envolvidos no controle público para fortalecer os conselhos municipais de saúde, onde são criados os Fóruns Microrregionais de Conselheiros da Saúde e é articulado o ministério público para o controle das ações e serviços de saúde na defesa dos interesses da coletividade.

Cada microrregião tem uma Comissão Intergestores Bipartite Microrregional – CIB/MR⁴ e um órgão de representação da Secretaria Estadual da Saúde, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CRES⁵. As CIB's são constituídas por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e por todos os Secretários Municipais de Saúde da região e constituem um espaço de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito da microrregião. A gestão é compartilhada e solidária, sendo viabilizadas novas formas de gestão através de organizações sociais de saúde e consórcios públicos de saúde, firmados entre os entes federativos, ou seja, União, Estado e Municípios.

A **hierarquização** das ações e serviços de saúde está pautada por níveis de complexidade. Isto significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90. Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde, que se centra em níveis de complexidade dos serviços, deve ser estruturado pela atenção primária, principal porta de entrada no sistema, atenção secundária ou de média complexidade e terciária ou de alta complexidade (ou densidade tecnológica).

A atenção primária deve atuar como se fora um filtro inicial, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos, quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema e ordenadora de um sistema piramidal. Nela estão contempladas ações de promoção, prevenção e proteção à saúde em um território definido e é de responsabilidade do município. Faz parte da Atenção Primária em Saúde (APS) a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que funciona para triagem e encaminhamento e deve ser a porta de entrada do paciente no sistema. Os

⁴ As CIB's/MR tem a finalidade de pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, bem como pactuar os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, as diretrizes gerais sobre as regiões de saúde, as diretrizes regionais para a organização das redes de atenção, e as referências da atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

⁵ As CRES são responsáveis por: Implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito microrregional; Assessorar na organização dos serviços nas microrregiões; Orientar, planejar, acompanhar, avaliar e monitorar as atividades e ações de saúde em âmbito microrregional, segundo normas técnicas; Gerir o sistema de referência e contratransferência no âmbito Microrregional; Executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito microrregional.

profissionais devem ser capazes de resolver problemas de saúde mais comuns e de dominar novos saberes que promovam a saúde e previnam doenças. A Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) deve realizar assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional que atua na própria unidade ou nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, asilos, entre outros.

A atenção secundária é prestada por meio de uma rede de unidades especializadas, ambulatorios e hospitais, garantindo o acesso à população sob sua gestão. Está baseada na organização do Sistema Microrregional dos Serviços de Saúde, de acordo com a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR), que tem como objetivo definir as diretrizes para organização regionalizada da Atenção Secundária.

A atenção terciária⁶ por sua vez, é a atenção da saúde de terceiro nível, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. A atenção terciária é organizada em polos macrorregionais, através do sistema de referência. O modelo técnico-científico de atenção à saúde, que privilegia o hospital como ambiente para a prática de cuidados, contribuiu para que a atenção terciária permanecesse no imaginário popular como nível de atenção à saúde de maior importância.

Os níveis de atenção primária, secundária e terciária, formam um sistema integrado, utilizando-se de mecanismos articuladores, dentre estes as centrais de regulação micro e macrorregionais para viabilizarem o sistema de referência e contra referência de usuários. Os serviços denominados de ‘regulação’ devem ser, na realidade, serviços que se integram à atenção primária, ordenadora de todo o modelo assistencial do SUS.

Este modelo piramidal, de base alargada, densa, em razão de a atenção primária ser a principal porta de entrada do sistema e responsável pela resolução da maioria da necessidade de saúde da população, deve ser estruturada qualitativamente, com fixação de

⁶ A atenção terciária garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Assegura também tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas.

metas e a atribuição de garantir o acesso do usuário ou o seu caminhar na rede de atenção à saúde.

Para tanto, faz-se necessário que o sistema de avaliação, nas diferentes esferas administrativas do Sistema Único de Saúde (SUS), considere o acompanhamento sistemático de indicadores de estrutura, processo e resultado, de modo a possibilitar a caracterização das situações de saúde, tanto no que se refere ao perfil epidemiológico da população quanto aos aspectos de gestão relacionados à eficiência e eficácia e organização dos serviços de saúde.

Ao longo dos anos, com a reformulação do sistema de saúde focada na regionalização, no aumento da responsabilidade de ação e decisão do município como gestor de saúde, se faz preciso considerar também aspectos de necessidade de saúde da população, da oferta de serviços, além de considerar, de modo abrangente, tecnologias e recursos necessários à atenção à saúde, buscando um equilíbrio entre aspectos epidemiológicos, técnicos e políticos na tomada de decisão acerca dos rumos da política local regional de saúde. Estes elementos exigirão que o gestor produza e aproprie-se de um conjunto de informações que efetivamente venham subsidiar o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas no espaço do território (CHAVES, 2003).

Aqui vale destacar que a elaboração do Plano Diretor de Regionalização no Estado do Ceará, deu-se em dois momentos: no primeiro momento houve a descrição da organização do Estado em macrorregiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios sede de módulos assistenciais e polos, bem como a abrangência populacional dos módulos assistenciais e das microrregiões e macrorregiões de saúde, as referências para as ações de média e alta complexidade e a potencialidade de gestão nos municípios, e no segundo momento, a descrição dos serviços de saúde que integram os sistemas municipais e do perfil de assistência das unidades de apoio para referência, a constituição dos sistemas de referência especializada, o plano de investimento e o cronograma de implantação do PDR (CEARÁ, 2005).

Diante deste contexto e com base em estudo epidemiológico, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, identificou um agravamento no nível de saúde da população e um crescimento relativo proporcional da mortalidade por causas evitáveis. E que, apesar dos avanços e conquistas obtidas, a população cearense, em especial a residente no interior do estado enfrentava dificuldades no acesso a serviços de saúde especializados, dificultando a solução dos seus problemas de saúde.

A problemática acima levou o governo do Estado do Ceará a ter como meta prioritária de governo a solução dos problemas expostos e criar no ano de 2007 o programa de expansão e melhoria da atenção especializada à saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES), cujo objetivo principal era o reordenamento da rede de saúde, expansão e melhoria dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nos municípios polos micro e macrorregionais, assegurando a intervenção, de grande parte, dos problemas de saúde que afetam a população cearense, sobretudo dos que mais necessitam de atenção dos poderes públicos.

Para consolidar a integralidade da assistência nas 22 microrregionais e 05 macrorregionais e cumprir com os objetivos acima, o governo estabeleceu como meta a construção e implantação de 03 hospitais macrorregionais (01 na macrorregião do Cariri – Hospital Regional do Cariri, outro na macrorregião de Sobral – Hospital Regional Norte e o outro na macrorregião do Sertão Central – Hospital Regional do Sertão Central), 21 policlínicas e 16 centros regionais especializados em odontologia.

A implantação do modelo proposto pelo Governo do Ceará buscou exatamente conferir equacionamento e solução a essas questões através do reordenamento e regulação da rede, introduzindo os Hospitais Regionais e as Policlínicas como fator de estabilização para a correta programação do sistema. Diante disto, nos remetemos a compreender que a tomada de decisão pelo gestor, particularmente no que diz respeito à produção de ações na área hospitalar, pressupõe objetivos para além da execução de mecanismos de controle de demanda, ou seja, exige processos de avaliação aprimorados que levem em conta o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população, a capacidade e condições técnico-operacionais dos serviços hospitalares, a qualificação de seus profissionais, e a sustentabilidade de suas ações, dentre outros.

Assim, as ações de avaliação em serviços de saúde que vêm sendo sistematicamente enfatizadas no processo de construção do SUS e se constituem em novos cenários de atuação para o gestor, permitem perceber que o conjunto de ações previstas para o gestor de uma instituição pública é transversalizado por processos permanentes de decisão e de avaliação, sustentados em dados e informações produzidos e organizados de forma sistematizada pelos setores competentes para tal.

Em síntese, cabe ao gestor de uma instituição pública acompanhar, controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da execução das ações de saúde

realizadas na instituição de saúde bem como dos resultados no atendimento às necessidades de saúde da população.

Desta forma, justificamos nosso estudo pelo interesse em identificar qual o desempenho, no tocante a eficácia e equidade de seus serviços, de um hospital público com característica terciária, ou seja, de alta complexidade, gerido por uma Organização Social de Saúde que foi construído no interior do estado do Ceará para atender a toda uma população regional com estimativa de um milhão e meio de habitantes. Aqui vale a pena destacar minha atuação como gestora⁷ deste hospital, desde o momento de sua inauguração até os dias atuais.

O hospital em questão trata-se do Hospital Regional do Cariri (HRC), identificado como política pública de saúde, por ter sido uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, formulada através da necessidade de uma demanda reprimida e voltada para o atendimento à saúde de uma população adscrita. Assim sendo partimos da seguinte questão problema: ***Qual o desempenho do Hospital Regional do Cariri no tocante a eficácia e equidade de seus serviços?***

A relevância deste estudo se pauta pela importância em se produzir informações com vistas à melhoria desta política pública de saúde, como também oferecer a possibilidade de transformação dessa prática social à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais, além de buscar promover a publicização de seus resultados.

Os principais critérios usados para avaliações de políticas públicas são: economicidade - nível de utilização de recursos; produtividade - nível de saídas de um processo produtivo; eficiência econômica - relação entre os recursos utilizados e a produtividade; eficiência administrativa - nível de conformação da execução a métodos preestabelecidos; eficácia - nível de alcance de metas ou objetivos pretendidos; e, equidade - homogeneidade de distribuição de benefícios entre os destinatários da política (SECCHI 2014).

Para avaliar o desempenho do Hospital Regional do Cariri, sendo este uma política pública de saúde, levamos em consideração os critérios de eficácia e equidade, considerando a relevância de se perceber se o mesmo está alcançando as metas propostas e beneficiando os destinatários da política, além do que, avaliar todos os critérios tornaria o trabalho muito extenso. Para cada critério, foi percebida a realidade de funcionamento do

⁷ Aprovada em seleção pública realizada pelo Governo do Estado do Ceará em parceria com a Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP/CE, com posse em abril de 2011.

hospital, prezando pela observação ao que foi pretendido na formalização dos contratos de gestão⁸ e ao que está sendo realizado em termos de atendimentos, não deixando ainda de observar e perceber a realidade externa ao hospital, como o que chamamos de rede assistencial de serviços.

O HRC é gerido por uma Organização Social de Saúde (OSS), o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar (ISGH), com sede em Fortaleza e qualificada como Organização Social de Saúde pelo Decreto do Governo do Estado do Ceará nº 26.811, de 30.10.2002, e regulamentada pela Lei Estadual nº 12.781 de 30.12.97 (DOE 30.12.97).

As Organizações Sociais (OS) se constituíram enquanto pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, dirigidas à prestação de serviços sociais e qualificadas por ato do poder executivo, ou seja, são entidades privadas sem fins lucrativos que atendem às exigências da legislação que as regulamentam e as qualificam como Organização Social de Saúde (OSS). A partir da qualificação essa entidade está apta a firmar contratos de gestão de parceira com o Estado na área da Saúde. A qualificação como OSS é concedida pelo Estado ou pelo Município às entidades que pleiteiem este título, desde que atendam aos quesitos legais.

No Brasil as Organizações Sociais são regidas pela Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e pela Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, que estabelece o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil.

No Ceará as Organizações Sociais são regidas Lei Estadual nº 14.158 de 01.07.2008 que alterou a redação da Lei Estadual nº 12.781 de 30.12.1997, bem como sua nova redação dada pela Lei nº 15.356, de 04 de junho de 2013 e Lei nº 15.408, de 12 de agosto de 2013, que dispõe sobre a qualificação conferida por meio de ato do Poder Executivo Estadual às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, ao trabalho e à educação profissional, à ação social,

⁸ O Contrato de Gestão é assinado de um lado pelo Estado do Ceará, por intermédio da Secretaria da Saúde - SESA, na qualidade de entidade supervisora, denominada contratante, e do outro lado o Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, denominado contratado. E possui como objeto a operacionalização da gestão e execução, pelo contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Regional do Cariri, em conformidade com os padrões de eficácia e qualidade descritos nos Anexos Técnicos integrantes deste instrumento.

à saúde e ao esporte.

A relação das organizações sociais com o estado se dará conforme o estabelecido nos respectivos instrumentos legais, utilizando-se como instrumento gerencial o contrato de gestão. As OS, portanto, se distinguem das empresas públicas, autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Enquanto uma modalidade de parceria entre o Estado e o setor privado, as OS são instituições do denominado terceiro setor da economia, onde pessoas privadas com fins públicos e sem finalidade lucrativa, constituídas voluntariamente, desenvolvem atividades de relevante interesse coletivo (MODESTO, 1997).

Com um modelo de gestão diferenciado, as organizações de saúde são capazes de tornar realizáveis políticas de saúde com agilidade, flexibilidade e eficiência, características inerentes ao setor privado, em equilíbrio com as exigências de controle do Estado e atendendo à legalidade, impessoalidade, publicidade e transparência.

Segundo a Lei Estadual nº 12.781/97, a execução do contrato de gestão celebrado pela Organização Social será fiscalizada pelo órgão ou entidade supervisora da área de atuação correspondente à atividade fomentada. Desta forma, após a publicação do Contrato de Gestão, a Secretaria ou órgão contratante institui através de portaria, a comissão de avaliação do referido contrato. Vale salientar, que cada contrato, em particular, tem constituída uma comissão. Ainda segundo a Lei Estadual nº 12.781/97, o contrato de gestão deve permitir ao Poder Público requerer a apresentação pela entidade qualificada, ao término de cada exercício ou a qualquer momento, conforme recomende o interesse público, de relatório pertinente à execução do contrato de gestão, contendo comparativo específico das metas propostas com os resultados alcançados.

O modelo de contrato de gestão surgiu na França no final dos anos 60, sendo um instrumento criado para melhoria da administração pública que possibilitava ao governo central um maior controle em tais organizações. No entanto foram realizadas adaptações até sua introdução no Brasil nos anos 90. O contrato de gestão é a principal ferramenta do sistema organizacional relativo às organizações sociais. Ele estabelece metas e resultados para contratação de OS. As metas são construídas e propostas pelo Estado. A avaliação das organizações sociais é feita através dos Relatórios de Gestão aprovados previamente pelos conselhos fiscais do Estado e dos Relatórios de auditorias independentes.

Em turno, a avaliação de desempenho do Hospital Regional do Cariri deverá constituir um importante instrumento para a gestão das intervenções e deverá focalizar fundamentalmente o desempenho dos serviços oferecidos à população, no tocante a eficácia e equidade de seus serviços, predominando análises sobre os resultados alcançados, confrontando-os com o que foi acordado em contratos de gestão.

Para tanto, apresentamos como objetivo geral deste estudo:

- 1) Avaliar o desempenho de um hospital público terciário da rede estadual da saúde, no tocante a eficácia e equidade dos serviços prestados a população do território do cariri cearense.

E como objetivos específicos:

- 1) Identificar como se apresenta a produção assistencial dos atendimentos realizados pelo Hospital Regional do Cariri para o alcance de metas propostas em contrato de gestão.
- 2) Identificar como se apresenta o acesso da população aos serviços ofertados pelo referido hospital, estratificando por municípios e microrregiões.

Como metodologia adotada, privilegiamos a abordagem qualitativa, trabalhando com elementos numéricos e análises textuais, a partir de um estudo triangular do referencial teórico, documental e da oitiva de atores envolvidos. Portanto tivemos que fazer uso tanto de dados numéricos como textuais, integrados com as pesquisas bibliográficas e documentais. Consideramos como dados numéricos os resultados de produção assistencial do HRC nos últimos cinco anos, fazendo uma análise comparativa com o que fora contratado em CG. Para evitar o juízo de valor nas análises dos dados, consideramos como dados textuais a análise das entrevistas realizadas.

Assim, estruturamos o trabalho em três capítulos intitulados: Capítulo 1 – Avaliação de Política Pública, Capítulo 2 – O Caminho Percorrido e Capítulo 3 – Análise de Desempenho do Hospital Regional do Cariri como Política Pública de Saúde, além da Introdução e Considerações Finais.

No Capítulo 1 apresentamos as discussões de alguns autores sobre os conceitos de Política Pública, incluindo noções de política pública, formulação da política pública, função da política pública, conceito, importância e a evolução histórica da avaliação de política

pública.

Já no capítulo 2 apresentamos a descrição dos passos percorridos para a obtenção dos objetivos propostos. Contextualiza o tipo de estudo e a abordagem escolhida, o objeto de estudo, o período de delineamento, a seleção dos participantes envolvidos, o método de análise apropriado para apresentação dos achados junto com as inferências de estudos de outros autores, bem como os aspectos éticos e legais assumidos.

Por seu turno no capítulo 3, o qual consideramos o foco deste trabalho, haja vista o seu nexos com o tema desta dissertação, apresentamos a análise de desempenho do Hospital Regional do Cariri, desde a concepção do hospital como política pública de saúde, até a análise dos resultados de sua produção no tocante aos critérios de eficácia e equidade, encerrando com algumas perspectivas e propostas futuras de gestão.

CAPÍTULO 1

AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

Neste capítulo apresentamos uma discussão sobre os conceitos trazidos por alguns autores sobre política pública, incluindo sua formulação, função e avaliação de política pública, pontuando sua importância e evolução histórica.

1.1 Noção de Política Pública

Para alguns autores, política, nada mais é, do que a resolução pacífica de conflitos. Entretanto, este conceito é demasiado amplo, restringe pouco. É possível delimitar um pouco mais e estabelecer que a política consista no conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e que se destinam à resolução pacífica dos conflitos quanto a bens públicos. Dialogando com a concepção de Bobbio (2002), política pública é toda e qualquer atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem.

Secchi (2010) define que o termo política pública trata do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e de atuação dessas decisões. Ainda para este mesmo autor, uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público. É em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução entendido como coletivamente relevante.

As políticas públicas, portanto, são resultantes da atividade política: compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores. Nesse sentido é necessário distinguir entre política pública e decisão política. Uma política pública geralmente envolve mais do que uma decisão e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Já uma decisão política

corresponde a uma escolha dentre um leque de alternativas, conforme a hierarquia das preferências dos atores envolvidos, expressando, em maior ou menor grau, uma certa adequação entre os fins pretendidos e os meios disponíveis. Assim, embora uma política pública implique decisão política, nem toda decisão política chega a constituir uma política pública.

É importante perceber ainda a existência de políticas governamentais, compreendidas dentro da esfera de políticas públicas. Secchi (2010) considera políticas governamentais, aquelas políticas elaboradas e estabelecidas por atores governamentais. Dentre as políticas governamentais estão as emanadas pelos diversos órgãos dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário. Nos dias atuais, estas políticas representam o subgrupo mais importante das políticas públicas.

Heidemann (2009, p.31) ilustra bem essa delimitação:

“... a perspectiva de política pública vai além da perspectiva de políticas governamentais, na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é a única instituição a servir à comunidade política, isto é, a promover políticas públicas”.

Para Saravia & Ferrarezi (2006), a política pública trata-se de um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar uma realidade. Decisões condicionadas pelo próprio fluxo e pelas reações e modificações que elas provocam no tecido social, bem como pelos valores, ideias e visões dos que adotam ou influem na decisão. É possível considerá-las como estratégias que apontam para diversos fins, todos eles, de alguma forma, desejados pelos diversos grupos que participam do processo decisório.

Além disso, por mais óbvio que possa parecer, as políticas públicas são ‘públicas’ e não privadas ou apenas coletivas. A sua dimensão ‘pública’ é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo seu caráter “imperativo”. Isto significa que uma das suas características centrais é o fato de que são decisões e ações revestidas da autoridade soberana do poder público.

As políticas públicas envolvem, portanto, atividade política, com demandas originadas no interior do próprio sistema político. As demandas podem ser, por exemplo,

reivindicações de bens e serviços, como saúde, educação, estradas, transportes, segurança pública, normas de higiene e controle de produtos alimentícios, previdência social, etc. Podem ser, ainda, demandas de participação no sistema político, como reconhecimento do direito de voto dos analfabetos, acesso a cargos públicos para estrangeiros, organização de associações políticas, direitos de greve, etc. Ou ainda, demandas de controle da corrupção, de preservação ambiental, de informação política, de estabelecimento de normas para o comportamento dos agentes públicos e privados, etc.

De maneira bastante simplificada, podemos considerar que grande parte da atividade política dos governos se destina à tentativa de satisfazer as demandas que lhes são dirigidas pelos atores sociais ou aquelas formuladas pelos próprios agentes do sistema político, ao mesmo tempo em que articulam os apoios necessários. Na realidade, o próprio atendimento das demandas deve ser um fator gerador de apoios, mas isto nem sempre ocorre, ou, mais comumente, ocorre apenas parcialmente. De qualquer forma, é na tentativa de processar as demandas que se desenvolvem aqueles "procedimentos formais e informais de resolução pacífica de conflitos" que caracterizam a política.

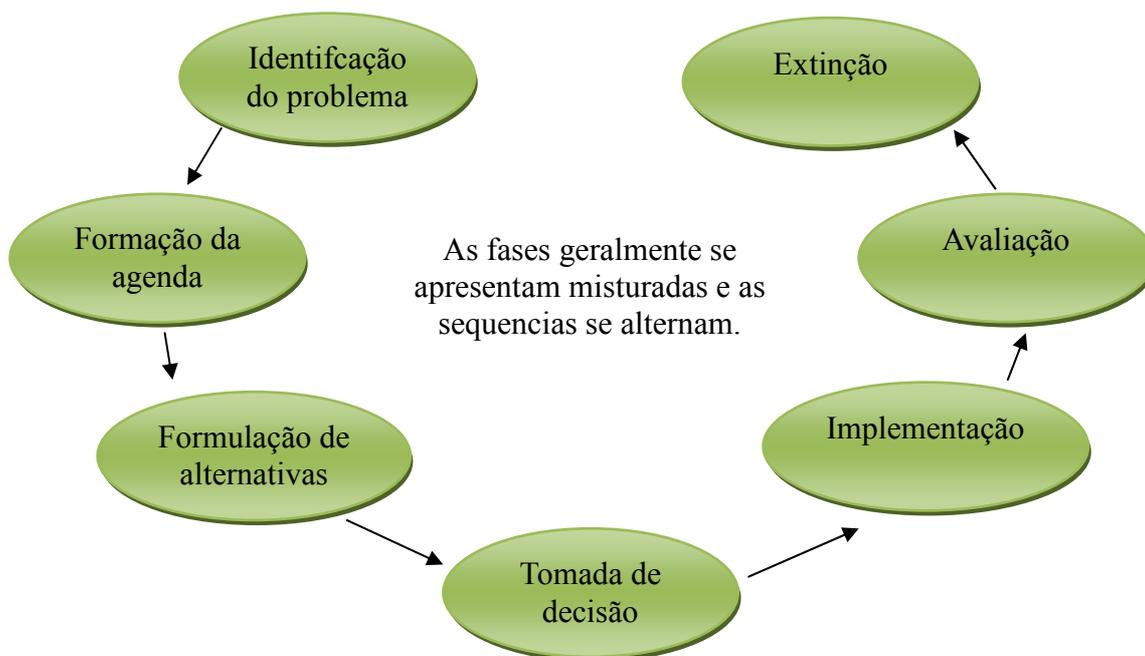
Quanto às demandas, alguns aspectos devem ser considerados. Existem, basicamente, três tipos de demandas: as demandas novas, as demandas recorrentes e as demandas reprimidas. As demandas novas são aquelas que resultam do surgimento de novos atores políticos ou de novos problemas. Novos atores são aqueles que já existiam antes mas não eram organizados; quando passam a se organizar para pressionar o sistema político, aparecem como novos atores políticos. Novos problemas, por sua vez, são problemas que ou não existiam efetivamente antes, como a AIDS, por exemplo, ou que existiam apenas como circunstancia, pois não chegavam a pressionar o sistema e se apresentam como problemas políticos a exigirem solução. Um exemplo é a questão ambiental.

As demandas recorrentes são aquelas que expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental. Quando se acumulam as demandas e o sistema não consegue encaminhar soluções aceitáveis, ocorre o que se denomina "sobrecarga de demandas": uma crise que ameaça a estabilidade do sistema. Dependendo da sua gravidade e da sua duração, pode levar até mesmo à ruptura institucional. Mesmo que isto não ocorra, o sistema passa a lidar com crises de governabilidade: pressões resultantes da combinação do excesso ou complexidade de demandas, novas ou recorrentes. Já as demandas reprimidas são aquelas constituídas por circunstancias ou por não decisões.

1.2 Formulação da Política Pública

Alguns autores identificam um esquema de visualização que organiza a vida de uma política pública em fases sequenciais e interdependentes. Secchi (2014) restringe este ciclo a sete fases principais: 1) identificação do problema; 2) formação da agenda; 3) formulação de alternativas; 4) tomada de decisão; 5) implementação; 6) avaliação e; 7) extinção. As fases geralmente se apresentam misturadas e as sequências se alternam. Apesar disto, o ciclo de políticas públicas tem uma grande utilidade: ajuda a organizar as ideias, faz com que a complexidade de uma política seja simplificada e ajuda aos tomadores de decisão.

Figura 3: Ciclo de políticas públicas



Fonte: SECCHI, 2014.

Um **problema** é uma discrepância entre o *status quo* e uma situação ideal possível, ou seja, a diferença entre o que é e aquilo que se gostaria que fosse a realidade pública. Um estado de coisas geralmente se transforma em problema político quando mobiliza ação política. Para que uma situação ou estado de coisas se torne um problema político e passe a figurar como um item prioritário da agenda governamental é necessário que apresente pelo menos uma das seguintes características: (a) mobilize ação política; (b) constitua uma situação de crise, calamidade ou catástrofe, de maneira que o ônus de não resolver o problema

seja maior que o ônus de resolvê-lo; (c) constitua uma situação de oportunidade, ou seja, haja vantagens, antevistas por algum ator relevante, a serem obtidas com o tratamento daquele problema. (SARAVIA & FERRAREZI, 2006).

A **agenda** é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevante, e pode ser de dois tipos, segundo Cobb e Elder (1983), agenda política e agenda formal. Ainda segundo estes autores, existem três condições para que um problema entre na agenda política: atenção – quando diferentes atores devem entender a situação como merecedora de intervenção; resolubilidade – quando as possíveis ações devem ser consideradas necessária e factíveis e; competência: quando o problema tocar responsabilidades públicas (COBB e ELDER, 1983).

A etapa de **formulação de alternativas** é o momento em que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações que poderão alcançar os objetivos estabelecidos. Idealmente a formulação de soluções passa pelo estabelecimento de objetivos e estratégias e pelo estudo das potenciais consequências de cada alternativa de solução.

A próxima etapa é a **tomada de decisão** e representa o momento em que os interesses dos atores são equacionados e as intenções (objetivos e métodos) de enfrentamento de um problema público são explicitadas.

A fase seguinte é de **implementação da política pública** é aquela em que regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções para ações. Esta fase sucede a tomada de decisão e antecede os primeiros esforços avaliativos. É nesse arco temporal que são produzidos os resultados concretos.

A **avaliação** é a fase do ciclo de políticas públicas em que o processo de implementação e o desempenho da política pública são examinados com o intuito de conhecer melhor o estado da política e o nível de redução do problema que a gerou. Esta avaliação compreende a definição de critérios, indicadores e padrões.

Os critérios são mecanismos lógicos que servem como base para escolhas, se fundamentam em entendimentos valorativos da realidade e abastecem o avaliador de parâmetros para julgar se uma política pública funcionou bem ou mal. Os principais critérios utilizados para avaliações são: economicidade – referindo-se ao nível de utilização de recursos; eficiência econômica – tratando da relação entre recursos utilizados e produtividade, eficiência administrativa – tratando do nível de conformação da execução á métodos

preestabelecidos, eficácia – correspondendo ao nível de alcance de metas ou objetivos preestabelecidos e equidade – tratando da homogeneidade de distribuição de benefícios.

Os critérios são operacionalizados por meio de indicadores, e os padrões, por sua vez, dão uma referência comparativa aos indicadores. Os padrões podem ser absolutos, históricos ou normativos.

Ainda sobre o ciclo de políticas públicas a fase da **extinção** deve ser considerada como dificultosa principalmente devido à relutância dos beneficiados e aos altos custos de iniciação, além dos obstáculos legais. De acordo com Giuliani (2005), as causas de extinção de uma política pública são basicamente três:

1. O problema que originou a política é percebido como resolvido;
2. Os programas, as leis ou ações que ativavam a política pública são percebidos como ineficazes;
3. O problema, embora não resolvido, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais.

É salutar observar que similarmente ao nascimento, a extinção de políticas públicas também depende de janelas de oportunidade. Momentos como reformas ministeriais, mudanças de mandato executivo e legislativo e aprovação de orçamentos são ocasiões raras, passageiras e pontuais, em que políticas públicas aparentemente inócuas podem ser extintas ou substituídas por outras.

1.3 Função da Política Pública

Para se compreender a função de uma política pública, é necessário se ter clareza do que é política pública, para posteriormente, situar sua função no contexto de vida das pessoas e da população de forma geral.

Silva & Silva (2001, p.37) ilustram bem esse conceito, quando afirmam que:

“... política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos que apresentam interesses e expectativas diversas. Constitui um conjunto de ações e omissões do Estado decorrente de decisões e não-decisão, constituída por jogos de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais”.

De acordo com a concepção teórica discutida na primeira subseção deste capítulo, pode-se inferir que a fase inicial de formulação de uma política pública é constituída pela identificação de um ou mais problemas que incomode a sociedade civil e chame a atenção do governo e que por pressão social, exercida por partidos políticos, ou mesmo pela mídia, podem se transformar em questões sociais que virão a integrar uma agenda pública.

Ainda para Silva & Silva (2001, p.40), é importante destacar que a função dada à política:

“O que a política faz é modelar a implementação, definindo a arena na qual o processo ocorre, a identidade e o papel dos principais sujeitos, o alcance de possíveis instrumentos desenhados para a ação, bem como os critérios para alocação dos recursos”.

A política pública acaba sendo assumida por diversos sujeitos, orientados por diferentes interesses e racionalidades. Portanto para uma boa implementação, é necessária a definição clara de seus objetivos e recursos. Assim sendo, o problema a ser enfrentado, precisa ser situado, de forma clara e precisa, uma vez que este é o próprio objeto da política.

Na fase de implementação, a política será desenvolvida e, por meio de um processo dinâmico e articulado, pode ser reformulada através da avaliação. É na fase de implementação que a política é transformada em programas sociais. Estes programas sociais ficam sob a responsabilidade de unidades administrativas que mobilizam recursos humanos, financeiros e materiais. Estas unidades administrativas por sua vez, podem ser governamentais ou não governamentais. O que deve ser preservado, é o caráter público da política.

A implantação da política pública é envolvida por uma complexidade de atuação de atores, uma vez que a ação governamental deve ser programada para introduzir mudanças no meio não governamental, na comunidade em geral.

Destacamos aqui, mais uma vez, a importância da avaliação em todas as fases de formulação de uma política, principalmente por que os gestores enfrentam dificuldades por não disporem, na maioria das vezes, de controles sociais ou de processos de monitoramento e avaliação.

1.4 Conceito, importância e evolução histórica da avaliação de Política Pública

É importante destacar que no Brasil, a avaliação não surgiu concomitante com a política pública. Apesar dos registros na nossa literatura sobre a existência de intervenção do Estado brasileiro, por meio de política pública datarem da década de 1930, somente na década de 1980 é que surgiram os primeiros modelos de avaliação de políticas públicas. A importância da avaliação das políticas públicas é reconhecida em documentos oficiais e científicos, mas esse reconhecimento formal ainda não se traduz em processos de avaliação sistemáticos e consistentes que subsidiem a gestão pública (Hartz et Pouvourville, 1998).

Para Melo (1999, p.13):

“... a política social se inscreve na agenda de intervenção do Estado brasileiro no quadro das transformações associadas à Revolução de 30 e à Era Vargas.”

O modelo clássico de avaliação de políticas públicas surgiu nos EUA, nos anos 60 (1960), e era voltado para a avaliação de programas emergenciais de combate à pobreza. Este modelo baseava-se na análise e mensuração dos objetivos previstos nos programas sociais e privilegiava os instrumentais técnicos e metodológicos, em detrimento da dimensão política. Nesse modelo de avaliação, a política pública era vista de forma linear, sem levar em consideração os diferentes interesses e as expectativas dos atores envolvidos. Atualmente esse modelo de avaliação de políticas públicas é objeto de várias críticas.

Gomes (2001) ressalta que a avaliação de forma linear formata a avaliação tradicional e que tem sofrido fortes críticas principalmente pelo seu caráter externo, pelas fragilidades metodológicas apresentadas, pela sua preocupação excessiva com a eficiência, eficácia e adequação dos programas sociais e finalmente por sua incapacidade de apropriar-se do conjunto de fatores e variáveis contextuais e processuais, que limitam ou potencializam resultados e impactos. Ainda para o mesmo autor, tal avaliação revela-se totalmente inadequada quando se trata de analisar as políticas sociais, já que as mudanças ocorrem a partir da interação de inúmeros fatores que não podem ser totalmente controlados.

Desta forma percebe-se a necessária evolução pela qual a avaliação de políticas públicas tem passado. Percebe-se ainda que modelos tradicionais baseados unicamente em dados quantitativos perdem a cada momento o seu valor, tanto por não darem conta da realidade social, campo de atuação das políticas públicas, como também por não responderem

a questões relativas aos resultados e impactos produzidos na vida da população beneficiária do programa avaliado.

A dimensão política deve ser introduzida na avaliação de políticas públicas, uma vez que esta congrega vários interesses diferenciados. A avaliação implica no controle das ações de interesse público, possibilitando o direito democrático. Resgatar os aspectos políticos da avaliação implica em concebê-la para além de um processo burocrático, através de uma abordagem do ponto de vista da defesa da sociedade (GOMES, 2001).

Gomes (2001) defende ainda que a avaliação de políticas públicas deve possuir duas dimensões: a técnico-metodológica e a política. Ambas devem ser tratadas de forma articulada, e uma não deve se contrapor a outra. A dimensão técnico-metodológica está relacionada com a questão conceitual de sua natureza, seus tipos e abordagens. A dimensão política é o grande desafio posto na atualidade para a avaliação de políticas públicas, pois esta dimensão reforça o verdadeiro papel da política pública como elemento constituinte da cidadania, combatendo a exclusão social. Por sua vez, tal dimensão deve levar em consideração o interesse público, constituído do ato decisório de formulação da política, da participação no processo avaliativo e da publicização dos resultados.

Numa perspectiva de cidadania, na avaliação de políticas públicas o aspecto técnico-metodológico está diretamente subordinado à perspectiva política, uma vez que a avaliação implica o controle das ações de interesse público, possibilitando o direito democrático e esse direito se concretiza na participação ativa da sociedade.

Destarte, é inegável a contribuição da avaliação para o aperfeiçoamento das políticas públicas, devendo estar presente em todas as suas etapas desde a fase de formulação e implementação, bem como após a sua execução, principalmente se for realizada levando em consideração não apenas o seu aspecto técnico-metodológico, mas também o político, pela possibilidade de se exercitar a democracia.

Nos países desenvolvidos os processos de avaliação de políticas públicas vêm se tornando crescentemente institucionalizados. Isso exige o empenho da estrutura político governamental na adoção da avaliação como prática regular e sistemática de suas ações, na regulação das práticas avaliativas e no fomento de uma cultura de avaliação integrada aos processos gerenciais (HARTZ, 2001).

Mokate (2002) aponta quatro desafios prioritários para construir um processo de

avaliação aliado à gestão social:

1. A definição de um marco conceitual da intervenção que se pretende avaliar, indicando claramente objetivos, resultados e as supostas relações causais que orientam a intervenção, pois quando não se sabe onde e como se quer chegar, torna-se muito difícil avaliar nosso desempenho;

2. A superação da brecha entre o “quantitativo” e o “qualitativo” na definição de metas e objetivos e na própria avaliação, gerando complementaridade e sinergia entre eles;

3. A identificação e pactuação de indicadores e informações relevantes, levando em conta o marco conceitual e as diversas perspectivas e interesses dos atores envolvidos;

4. A definição e manejo efetivo de fluxos da informação gerada pelo processo avaliativo e a introdução de estratégias de incentivos que promovam o uso dessa informação.

Para Secchi (2010, p. 51), a avaliação da política pública pode levar a:

“... a. continuação da política pública da forma que está nos casos em que as adversidades de implementação são pequenas; b. reestruturação marginal de aspectos práticos da política pública, nos casos em que as adversidades de implementação existem, mas não são suficientemente graves para comprometer a política pública e; c. extinção da política pública da política pública, nos casos em que o problema público foi resolvido, ou quando os problemas de implementação são insuperáveis, ou quando a política pública se torna inútil pelo natural esvaziamento do problema”.

Vale salientar ainda que este consenso não produz automaticamente a apropriação dos processos de avaliação como ferramentas de gestão, visto que a tendência é percebê-los como um dever, ou até mesmo como uma ameaça, ficando fácil perceber a dificuldade de apropriação da avaliação pelas equipes de gestão, na medida em que focalizam mais as atividades e processos do que os resultados, não valorizando a explicitação de metas e objetivos, e a responsabilização pelo seu alcance.

A avaliação da política é o momento em que o processo de implementação e o desempenho da política são examinados, com o intuito de conhecer melhor o estado em que se encontra a política e o nível de redução do problema que a gerou. A avaliação de uma política compreende a definição de critérios, que servem como base para escolhas ou julgamentos. Tais critérios se fundamentam em entendimentos valorativos da realidade e

fornece ao avaliador os parâmetros necessários para julgar se uma política pública funcionou bem ou mal.

Os principais critérios usados para avaliações de políticas públicas, são: economicidade - nível de utilização de recursos; produtividade - nível de saídas de um processo produtivo; eficiência econômica - relação entre os recursos utilizados e a produtividade; eficiência administrativa - nível de conformação da execução a métodos preestabelecidos; eficácia - nível de alcance de metas ou objetivos pretendidos, e; equidade - homogeneidade de distribuição de benefícios entre os destinatários da política (SECCHI, 2014).

Levaremos em consideração os dois últimos critérios (eficácia e equidade) para avaliar o desempenho do Hospital Regional do Cariri como política pública. Onde pra cada critério, será percebida a realidade de funcionamento do hospital, prezando pela observação ao que foi pretendido e ao que está sendo realizado em termos de atendimentos, não deixando ainda de observar e perceber a realidade externa ao hospital, como o que chamamos de rede assistencial de serviços.

CAPÍTULO 2

O CAMINHO PERCORRIDO

Neste capítulo apresentamos os passos percorridos para a obtenção dos objetivos propostos. Como metodologia adotada, privilegiamos a abordagem qualitativa, trabalhando com análises textuais e elementos numéricos, a partir de um estudo triangular do referencial teórico, documental e da oitiva de atores envolvidos. Portanto tivemos que fazer uso tanto de dados numéricos como textuais, integrados com as pesquisas bibliográficas e documentais.

Assim sendo, a pesquisa apresenta-se com abordagem **qualitativa**, de forma **descritiva**, do tipo **documental e bibliográfica**.

Qualitativa, por nos preocuparmos com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-nos na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais no tocante a compreensão do objeto de estudo como política pública de saúde, hierarquizando as ações de descrever, compreender, explicar e precisar as relações entre o global e o local no fenômeno estudado, buscando os resultados mais fidedignos possíveis. Tudo isto vem de encontro com as definições de Minayo (2006), quando a mesma afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Descritiva, entendendo que o papel do pesquisador é de observar, registrar e analisar determinado fenômeno, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos. Segundo Pevorano (2014), nesse tipo de pesquisa não pode haver interferência do pesquisador, que deverá apenas descobrir a frequência com que o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional. O processo descritivo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. Esse tipo de pesquisa pode ser entendido como um estudo de caso onde, após a coleta de dados, é realizada uma análise das relações entre as variáveis para uma posterior determinação dos efeitos resultantes em uma empresa, sistema de produção ou

produto (PEVORANO, 2014).

Documental, por que nos deparamos com a leitura de materiais que não receberam ainda nenhum tratamento analítico, tendo que analisá-los em “primeira mão” (como os relatórios de produção e avaliação, bem como o próprio contrato de gestão, que regulamenta o funcionamento do hospital em estudo). A pesquisa documental recorre a fontes mais diversificadas e dispersas, sem tratamento analítico, tais como: tabelas estatísticas, jornais, revistas, relatórios, documentos oficiais, cartas, filmes, fotografias, pinturas, tapeçarias, relatórios de empresas, vídeos de programas de televisão, etc. (FONSECA, 2002).

E Bibliográfica, uma vez que desenvolve-se com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de *web sites*. Além do que, qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto.

2.1 Objeto de estudo

O referido estudo realizou-se no território do Cariri, interior do Estado do Ceará, a aproximadamente 600km da capital Fortaleza. E teve como ponto-chave de análise, o Hospital Regional do Cariri (HRC), localizado no município de Juazeiro do Norte e parte integrante da Rede Hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado. O referido hospital é 100% público, e com característica de atendimento terciário, ou seja, de alta complexidade. Foi construído e equipado pelo Governo do Estado do Ceará e inaugurado em abril de 2011.

Após sua inauguração, o HRC iniciou seu funcionamento de forma gradativa e crescente. Em maio de 2011 foram abertos os ambulatórios de primeira vez, recebendo pacientes regulados pela Central de Regulação do SUS (CRESUS). Em junho, ainda de 2011, foi aberto o centro cirúrgico eletivo para atender as necessidades de intervenções cirúrgicas identificadas nos pacientes atendidos no ambulatório; oitenta e sete leitos em três andares de unidades de internação do tipo enfermarias e vinte leitos em unidades de terapia intensiva (UTI). Em agosto de 2011, iniciaram-se os serviços de atendimento pela emergência e centro cirúrgico geral. No ano de 2012 foram fortalecidos os serviços que já se encontravam em funcionamento, passando a abrir novos serviços somente em 2013. Em fevereiro de 2013 passaram a funcionar mais quinze leitos de UTI. Em março, mais cinquenta e oito leitos do

tipo enfermarias em dois andares de internação e em abril a Unidade do AVC-A, para tratamento do Acidente Vascular Cerebral Agudo, além dos últimos vinte e nove leitos do tipo enfermarias que ainda restavam para abrir. Em 2014 foram ampliados leitos na emergência e na UTI e iniciaram-se os serviços de neurocirurgia e do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), passando assim HRC a funcionar em sua totalidade de prestação de serviços.

Ao todo são trezentos e vinte e quatro (324) leitos, todos da rede SUS ofertados a população, e distribuídos conforme o quadro 2 a seguir:

Quadro 2: Demonstrativo da capacidade física instalada no HRC

EMERGÊNCIA	
Reanimação	02 leitos
Sala Pequenas Cirurgias	02 leitos
Observação Intensiva	15 leitos
Observação Intermediária I	30 leitos
Observação Intermediária II	20 leitos
INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
AVC Agudo	10 leitos
Clínica Médica	58 leitos
Clínica Traumatologia Ortopedia	29 leitos
UCE Adulto	29 leitos
Clínica Cirúrgica	58 leitos
UTI Adulto	35 leitos
BLOCO CIRÚRGICO	
Centro Cirúrgico	08 salas
Recuperação pós-anestésica	12 leitos
Central de materiais e esterilização	
AMBULATÓRIO	
Consultórios	04
Sala de procedimentos	01

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do CG 2015 publicizado no site do ISGH

O HRC é um hospital de alta complexidade com perfil de atendimento focado no trauma e eixo adulto. Funciona com emergência 24h, atendimento cirúrgico, ortopédico, neurocirúrgico, vascular, buco-maxilo-facial e de clínica médica. Sua missão é proporcionar o cuidado digno em saúde. Sua visão é ser instituição de excelência no atendimento aos pacientes vítimas do AVC agudo e do Trauma. E seus valores são: Justiça, solidariedade, gentileza, responsabilidade e sustentabilidade.

Para subsidiar seu atendimento, o HRC conta com parque tecnológico dispondo

de exames de alta complexidade⁹ como ressonância magnética, tomografia computadorizada, raio X convencional, ultrassonografia, endoscopia digestiva alta, colonoscopias, colangio pancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), mamografias, hemodiálises; além de todos os serviços complementares de laboratório, agência transfusional, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social próprio e nutrição, lavanderia, segurança e higienização terceirizados.

O HRC conta atualmente com aproximadamente 1.241 profissionais contratados com vínculo celetista nas áreas assistenciais e administrativas e mais 215 profissionais terceirizados nas áreas de nutrição, vigilância e higienização. É o primeiro Hospital Público no interior do Estado com característica terciária e cobertura 24h para a Urgência e Emergência com foco no trauma eixo adulto e a Segunda Unidade de Tratamento do Acidente Vascular Cerebral - Agudo no Estado, com garantia de acesso ao cidadão pela central de regulação (demanda regulada) e emergência (demanda espontânea).

Este hospital trouxe pra região a promessa de encurtar distâncias e oferecer à população da macrocariri ampliada serviços de alta complexidade com foco no grande trauma para o eixo adulto. A macrocariri ampliada compreende os municípios que compõe as seguintes regionais de saúde: 17ª Regional de Saúde – Icó, 18ª Regional de Saúde – Iguatu, 19ª Regional de Saúde - Brejo Santo, 20ª Regional de Saúde – Crato e 21ª Regional de Saúde – Juazeiro do Norte. Juntas, estas regionais representam uma população de mais de um milhão e meio de habitantes distribuídos em quarenta e cinco municípios.

2.2 Instrumentos de coleta e delimitação do estudo

O início da coleta de dados se deu a partir da aprovação do projeto pela Comissão Interna de Pesquisa (CIP) do Hospital Regional do Cariri (HRC), da autorização por meio de um instrumento formal, denominado Carta de Anuência, encaminhado ao Centro de Estudos da instituição em estudo, da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), da apreciação do comitê de ética em pesquisa do ISGH e por fim, após o consentimento do fiel depositário dos dados permitindo a coleta dos dados.

⁹ Inclui-se entre os serviços de alta complexidade propostos pelo perfil de atendimento do Hospital Regional do Cariri: atendimentos de urgência e emergência 24h nas especialidades Clínica, Cirúrgica, Buco-maxilo-facial, Ortopédica, Vascular e de Neurocirurgia; exames de imagem como Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografias, Endoscopias, Broncoscopias, Colangio Pancreatografias Retrógradas Endoscópicas (CPREs), Radiologia convencional, e; internação clínica e cirúrgica em unidades de enfermaria e unidades de tratamento intensivo, tendo à disposição todo este parque de imagens, além de exames laboratoriais, hemodiálises e patologia clínica.

A coleta dos dados se deu através da base de dados da Assessoria da Qualidade do HRC, núcleo responsável pelo compilado do censo hospitalar e posterior envio dos dados para avaliação da Secretaria Estadual da Saúde. Foram analisados os dados dos últimos cinco anos, ou seja, de 2012 a 2016, relacionados à produção assistencial e ao acesso dos usuários atendidos no Hospital Regional do Cariri através da utilização do instrumento apresentado no Apêndice A. Tal instrumento norteou a pesquisa e facilitou a compreensão dos dados obtidos.

Como pretendemos neste estudo fazer a análise de desempenho de uma política pública, tivemos que fazer uso tanto de dados numéricos como textuais, com a utilização integrada das pesquisas bibliográficas e documentais. Consideramos como dados numéricos os resultados de produção assistencial do HRC nos últimos cinco anos, fazendo uma análise comparativa com o que fora contratado em contratos de gestão (CG). Para evitar o juízo de valor nas análises dos dados, consideramos como dados textuais a análise das entrevistas realizadas.

A coleta dos dados numéricos deu-se por meio da análise documental dos contratos de gestão, dos relatórios de produção assistencial do hospital e do censo hospitalar, assim como de documentos oficiais (portarias, resoluções, decretos e leis). Os dados textuais, por sua vez, foram coletados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se como instrumento formulários semiestruturados, apresentados nos Apêndices B e C. As entrevistas foram gravadas e tiveram duração média entre 15min e 30min.

Posteriormente foram transcritas na íntegra e utilizados trechos das falas. Como forma de garantir o anonimato dos participantes atribuímos a cada entrevistado a palavra Gestor, sendo enumerados para fins de controle do quantitativo que foi entrevistado. Optamos por entrevistas semiestruturadas para proporcionar um maior grau de liberdade na interação do entrevistador com o entrevistado, porém não deixando de fazer um direcionamento com relação às questões a serem abordadas.

Em muitos momentos e com a finalidade de obter informações utilizando os sentidos na percepção de determinados aspectos da realidade, utilizamos também a técnica de observação estruturada e não participante.

Esta técnica requer planejamento e necessita de operações específicas para o seu desenvolvimento. É realizada em condições controladas para se responder a propósitos que foram anteriormente definidos. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou ferramentas que se deseja estudar, tais como documentos institucionais e de

gestão, regulamentos, normas, pareceres, portarias ministeriais e resoluções de diretorias colegiadas. A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento (MARCONI & LAKATOS, 2010).

2.3 Participantes do estudo

Definimos como informantes chaves oito participantes: o secretário de saúde do estado do Ceará, o presidente da organização social, o coordenador do processo de regulação da macrorregião do Cariri e os cinco coordenadores das coordenadorias regionais de saúde (CRES) que compõem a macrorregião do Cariri. Adotamos como critérios para esta escolha a função exercida e a experiência vivida pelos mesmos, em decorrência dos cargos que ocupam. Vale salientar que os mesmos permanecem na gestão até os dias atuais.

O quadro 3 a seguir apresenta a categorização do perfil de cada entrevistado:

Quadro 3: Categorização do perfil dos entrevistados

ENTREVISTADO	PERFIL
Gestor 1	Secretário de Saúde do Estado Ceará, físico, atua no cargo a 2anos.
Gestor 2	Presidente do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, médico, atua no cargo a 2anos.
Gestor 3	Coordenador da Regulação Macro Cariri, enfermeira, atua no cargo a 13anos.
Gestor 4	Coordenador da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, enfermeira, atua no cargo a 8anos e meio.
Gestor 5	Coordenador da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, economista, atua no cargo a 4anos.
Gestor 6	Coordenador da 19ª Coordenadoria Regional de Saúde, enfermeira, atua no cargo a 10anos.
Gestor 7	Coordenador da 20ª Coordenadoria Regional de Saúde, economista doméstica, atua no cargo a 8anos.
Gestor 8	Coordenador da 21ª Coordenadoria Regional de Saúde, enfermeira, atua no cargo a 1ano e 10meses.

Fonte: Criação própria com dados extraídos das entrevistas

Com relação à escolha dos informantes, nos fundamentamos pela orientação metodológica de Martinelli (1999, p. 23), onde a referida autora defende que a pesquisa qualitativa:

“Não se trata, portanto, de uma pesquisa com grande número de sujeitos, pois é preciso aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito com o

qual estamos dialogando. Podemos conceber instrumentos que nos aproximem de grupos maiores, mas essa não é nossa busca metodológica de pesquisa. Como não estamos procurando medidas estatísticas, mas sim tratando de nos aproximar de significados, de vivências, não trabalhamos com amostra aleatória, ao contrário, temos a possibilidade de compor intencionalmente o grupo de sujeitos com os quais vamos realizar nossa pesquisa”.

A autora denota a liberdade que o pesquisador dispõe na pesquisa qualitativa, de trabalhar com grupos pequenos de sujeitos compostos de forma intencional, uma vez que a mesma autora defende ainda que, o importante, nesse contexto, não é o número de pessoas que vai prestar a informação, mas o significado que esses sujeitos têm em função do que estamos buscando com a pesquisa (MARTINELLI, 1999).

2.4 Análise e discussão dos dados

Na análise dos dados, procuramos evidenciar o caráter multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural, bem como captar os diferentes significados da experiência vivida, como forma de auxiliar a compreensão do objeto de estudo no seu contexto histórico. A análise dos dados nos propicia compreender o objeto estudado, sintetiza um retrato do fenômeno que representa suas relações e teoriza sobre como e por que aparecem desta forma.

Bardin (2011) organiza a análise dos dados em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer o texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011).

A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus (qualquer material textual coletado)

submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase (BARDIN, 2011).

A terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados. Ocorre nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais. É o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2011).

De forma a facilitar a compreensão, a análise precisa dos dados fundamentou-se por dois importantes momentos: 1) análise do hospital como política pública de saúde e dos documentos que regulamentam a contratualização dos serviços e controlam sua produção: Contratos de Gestão¹⁰ e Relatórios de Produção¹¹, possibilitando uma análise teórica e documental de forma mais indutiva, partindo-se da realidade para a teoria e; 2) análise de desempenho da política no tocante a eficácia e equidade de seus serviços de forma mais dedutiva, partindo-se da teoria para a realidade.

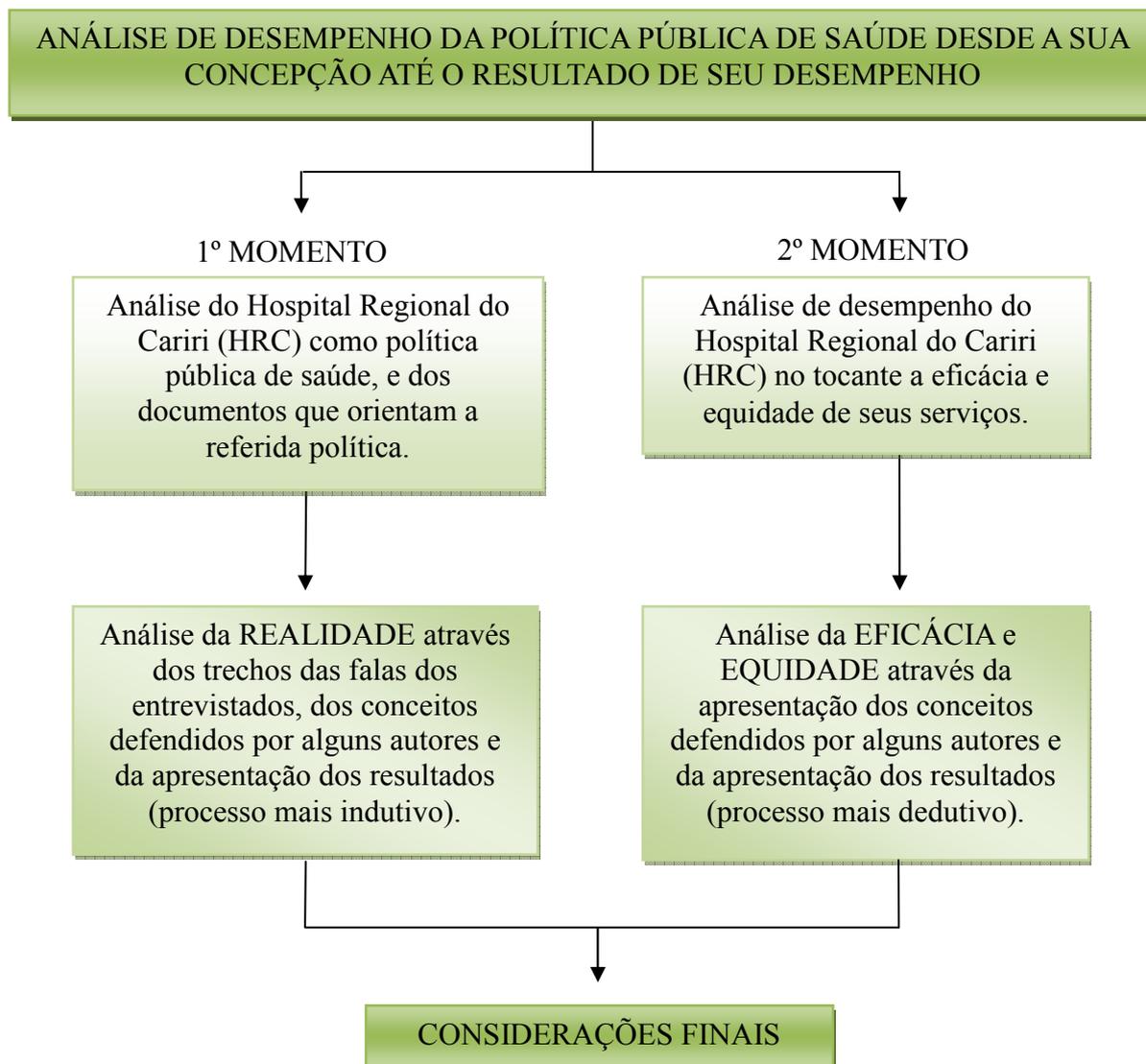
Sendo assim, a primeira parte da análise foi apresentada pelos dados textuais, subsidiados pela análise dos documentos estudados e das discussões conceituais dos autores, de acordo com o que preconiza o método indutivo. A segunda parte da análise foi mais dedutiva por que partimos das discussões conceituais dos autores para a apresentação dos dados numéricos que foram tabulados e descritos mediante análise de conteúdo dos documentos que foram pesquisados, e apresentados no tocante a eficácia e equidade dos serviços. Ambos respaldados pelo conteúdo das entrevistas, que foi transcrito em trechos e integrado a análise bibliográfica.

É importante destacar que as transcrições das entrevistas sofreram ajustes e correções gramaticais, porém sem interferência na essência do conteúdo e foram utilizadas em recortes de acordo com a necessidade de coerência do texto.

Para facilitar a compreensão, o esquema a seguir sintetiza a apresentação das análises:

¹⁰ Os Contratos de Gestão possuem vigência anual e regulamentam a contratualização das ações e serviços de saúde ofertados pelo Hospital Regional do Cariri.

¹¹ Os Relatórios de Produção são produzidos pela instituição e enviados mensalmente para avaliação da Secretaria de Saúde do Estado.



Para fortalecer nossa pesquisa trouxemos como estudos comparativos ao nosso, três artigos pesquisados através de uma busca online de produções científicas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) utilizando critérios de inclusão e exclusão com os seguintes descritores: “eficácia na saúde” e “equidade na saúde”. Infelizmente não foram encontrados muitos trabalhos que pudessem ser comparados ao nosso pela restrita quantidade de publicações que se assemelham ao tema e resultados do nosso estudo. Vale salientar ainda que a análise de todos os dados se deu respeitando-se os aspectos éticos e políticos envolvidos.

2.5 Aspectos éticos e legais do estudo

Em relação aos aspectos éticos para a realização da pesquisa foram consideradas as determinações contidas na Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de

Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), proporcionando aos sujeitos a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados obtidos, bem como a garantia de esclarecimentos acerca da pesquisa e/ou a liberdade de se recusar a participar do estudo.

Assim, submeteu-se a projeto à Comissão Interna de Pesquisa (CIP) do Hospital Regional do Cariri (HRC), para avaliação e posterior autorização por meio de um instrumento formal, denominado Carta de Anuência, encaminhado ao Centro de Estudos da instituição em estudo. Os dados somente foram coletados após as devidas autorizações e o consentimento formal do fiel depositário dos dados, além de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apreciação do comitê de ética em pesquisa do ISGH.

As informações relacionadas à gestão do HRC quanto à produção de seus serviços foram utilizadas como base legal para a realização da pesquisa, e obedecidas às normas regulamentadoras apresentadas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata das questões éticas da pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando se assim todos os aspectos éticos.

As entrevistas foram realizadas combinando com os profissionais a serem entrevistados, o melhor horário e local para essa entrevista. A participação dos atores envolvidos ficou condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), para garantir assim, a liberdade de participar ou de desistir em qualquer momento. Como forma de garantir o anonimato, nomeamos os sujeitos do estudo, utilizando a palavra “Gestor”, sendo enumerados para fins de controle do quantitativo que foi entrevistado.

CAPÍTULO 3

ANÁLISE DE DESEMPENHO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Neste capítulo analisamos o Hospital Regional do Cariri (HRC) como política pública de saúde, desde a sua concepção até o resultado de seu desempenho no tocante a eficácia e equidade de seus serviços.

Iniciaremos no primeiro momento apresentando como se deu a construção desta política e do documento que a orienta, o contrato de gestão (CG). É o CG que regulamenta a contratualização dos serviços oferecidos pelo hospital, bem como define as metas de produção. Para tanto, utilizamos um caminho mais indutivo de análise, partindo dos resultados encontrados, fazendo a triangulação com os conceitos de política pública definidos pelos autores e os trechos das falas dos entrevistados.

3.1 Análise da trajetória e concepção do Hospital Regional do Cariri como Política Pública de Saúde

Com base em estudo epidemiológico, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, identificou um agravamento no nível de saúde da população e um crescimento relativo proporcional da mortalidade por causas evitáveis. E que, apesar dos avanços e conquistas obtidas, a população cearense, em especial a residente no interior do estado enfrentava dificuldades no acesso a serviços de saúde especializados, dificultando a solução dos seus problemas de saúde.

A problemática acima levou o governo do Estado do Ceará a ter como meta prioritária de governo a solução dos problemas expostos e criar no ano de 2007 o programa de expansão e melhoria da atenção especializada à saúde do Estado do Ceará (PROEXMAES), cujo objetivo principal era o reordenamento da rede de saúde, expansão e melhoria dos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade nos municípios polos micro e macrorregionais, assegurando a intervenção, de grande parte, dos problemas de

saúde que afetam a população cearense, sobretudo dos que mais necessitam de atenção dos poderes públicos.

Os entrevistados a seguir, apontam seus conhecimentos de como se deu a trajetória da política pública de saúde Hospital Regional do Cariri, conforme ilustram as falas:

“(…) em 2007 o governo do estado lançou o PROEXMAES, com financiamento internacional através do BID. Iniciou-se a construção do HRC como primeiro hospital público no interior, para expandir o acesso da população da região do Cariri aos serviços terciários, ou seja, de alta complexidade, que até então não existia, então foi nessa perspectiva.” (GESTOR 4)

“(…) essa política se deu através de várias reuniões junto com as secretarias municipais e regionais de saúde, que regulamentam e que fazem a macrorregião do Cariri. Através de dados, de informativos de mortalidade, de uso e de acessos, de cenários epidemiológicos da região foi contemplada um determinado perfil e uma necessidade do usuário local. O HRC surge como uma unidade do Estado, 100% público para atender uma macrorregião com mais de 1,5 milhão e meio de habitantes e com responsabilidade aos 45 municípios. A construção dessa política se deu junto aos usuários, junto aos gestores locais, de uma forma bem participativa e descentralizada.” (GESTOR 2)

“(…) o contexto da política pública em que o Hospital Regional do Cariri está inserido envolve assistência, regulação e desenvolvimento da gestão em saúde. Esses três pilares eram o que compunha a lógica de ter um hospital com o porte do HRC, numa região que já tinha alguma coisa dentro de áreas especializadas. (...) ela envolve justamente qualificação da estrutura, melhoria do processo de trabalho e um fortalecimento do gerenciamento da rede de saúde do Ceará.” (GESTOR 1)

Para estes outros participantes, o diagnóstico prévio do perfil epidemiológico da população e o levantamento das necessidades da região foram decisivos para a definição da política pública de saúde Hospital regional Regional do Cariri, conforme podemos observar pelas fala a seguir:

“(…) a partir de um diagnóstico prévio do perfil epidemiológico da região, da infraestrutura existente e das necessidades evidenciadas na região do Cariri.” (GESTOR 7)

“(…) baseado no estudo epidemiológico da região, em que justificava a implantação de um hospital desse porte na nossa região. E o funcionamento dele hoje mostra que realmente ele era necessário numa região tão distante da capital onde estavam concentrados os hospitais de grande porte antes do HRC. A proposta de perfil assistencial era principalmente a área de traumato-ortopedia.” (GESTOR 6)

“(…) se deu baseada em dados epidemiológicos levantados através das

referências que as microrregiões tinham, (...) diante da grande demanda e da necessidade de encaminhar os pacientes para Fortaleza (...). Dada esta necessidade e tendo uma visão macro de governo, o governador da época idealizou construir hospitais macroregionais para facilitar o acesso da população do interior em urgência e emergência nas áreas de traumatologia e do acidente vascular cerebral (AVC). Diante desta situação veio a ideia de construir o HRC como hospital de alta complexidade na macroregião do Cariri.” (GESTOR 5)

Assim sendo, podemos concordar com as falas dos entrevistados e dialogar com alguns autores na compreensão de que as políticas públicas são resultantes da atividade política e compreendem o conjunto das decisões e ações relativas à alocação imperativa de valores.

Para Silva & Silva (2001, p.37):

"... política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos que apresentam interesses e expectativas diversas. Constitui um conjunto de ações e omissões do Estado decorrente de decisões e não decisão, constituída por jogo de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais."

Esse conceito nos possibilita inferir que política pública é uma forma de intervenção na sociedade que envolve vários atores, como governantes, gestores, técnicos e comunidade. Todos apresentando interesses que por vezes se aproximam ou se afastam, comuns ou contraditórios, para agir ou deixar de agir em função de problemas sociais anteriormente identificados.

Saravia, (2006, p.29), define política pública como sendo:

“... um sistema de decisões públicas que visa a ações ou omissões, preventivas ou corretivas, destinadas a manter ou modificar a realidade de um ou vários setores da vida social, por meio da definição de objetivos e estratégias de atuação e da alocação dos recursos para atingir os objetivos estabelecidos.”

Corroborando com as definições acima, ilustramos a seguir as falas de alguns dos entrevistados sobre o termo política pública de saúde:

“(...) estratégias necessárias para resolver determinadas demandas que se acumularam no decorrer do tempo.” (GESTOR 3)

“(...) ações que os gestores e unidades de saúde podem desenvolver para atender melhor a população, na assistência, (...) não só na assistência, mas também na promoção e prevenção a saúde.” (GESTOR 5)

“(...) visam a melhoria da qualidade de vida da população, observando os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade.” (GESTOR 7)

Já segundo Boneti (2006, p.74):

“Entende-se por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil.”

Dialogando com este autor, ilustramos abaixo o conhecimento de outros entrevistados sobre o termo política pública de saúde:

“(...) grupo de atividades, diretrizes, ações que geralmente são desenvolvidas pelo estado. O estado por sua vez pode desenvolver parcerias e envolver outros poderes para desenvolver as políticas, sempre priorizando os serviços públicos. E o objetivo principal é a garantia do direito à saúde conforme consta na Constituição Federal como direito de todos e dever do Estado.” (GESTOR 6)

“(...) são estudos, análises, sobre as situações e condições de saúde de uma população e diante destas informações são organizadas as políticas de acordo com o perfil e com a análise de saúde de uma população. (...) são diretrizes, que são delineadas e desenvolvidas pra dar um direcionamento a esses dados a essas informações de saúde.” (GESTOR 8)

Para Secchi 2010, o termo política pública trata do conteúdo concreto e do conteúdo simbólico de decisões políticas, e do processo de construção e de atuação dessas decisões.

Ainda para este mesmo autor uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público e possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução entendido como coletivamente relevante.

Portanto consideramos o Hospital Regional do Cariri como política pública de saúde, por se tratar de uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público, formulada através da necessidade de uma demanda reprimida e voltada para o atendimento à saúde de uma população adscrita, convergindo justamente para o que já foi anteriormente discutido no

capítulo anterior ao se tentar conceituar o termo política pública.

Além do que, a proposta de implantação do referido hospital apresentou os dois elementos fundamentais, que segundo Secchi (2010), caracterizam uma política pública: intencionalidade pública e resposta a um problema público. Intencionalidade pública por ter sido construído e equipado com recursos do tesouro das esferas estadual e federal consubstanciados no orçamento e identificados nos fundos de saúde, além de manter todo o custeio utilizado para a realização das ações e serviços realizados, e resposta a um problema público por possibilitar aos cearenses encurtar distâncias melhorando a assistência a saúde, trazendo para o interior do estado o atendimento das necessidades de saúde da população da região adscrita ao território do Cariri.

Aqui se faz importante salientar que para procedermos à análise do hospital como uma política pública de saúde necessitamos conhecer dois importantes documentos: o documento que regulamenta a contratualização de seus serviços, o **Contrato de Gestão**; e o que apresenta sua produção, o **Relatório de Produção**. Assim pudemos analisar se a política pública de saúde está cumprindo seu papel no tocante a eficácia e equidade de seus serviços, conforme o que pretendemos neste estudo.

Os contratos de gestão¹² possuem vigência anual e regulamentam a contratualização das ações e serviços de saúde que devem ser ofertadas pelo hospital. Os Relatórios de Produção são produzidos pela instituição e enviados mensalmente para avaliação da Secretaria de Saúde do Estado. Durante sua vigência os contratos podem sofrer alterações se houverem necessidades do HRC realizar outros tipos de atividades diferentes daquelas já contratadas, seja pela introdução de novas especialidades médicas, seja pela alteração de serviços preexistentes, estas atividades deverão ser previamente autorizadas pelo ente contratante através de Termo Aditivo.

Os contratos de gestão estão publicados em diário oficial do estado (DOE) e publicizados nos sites www.isgh.org.br e www.ceara.gov.br, conforme prevê a Cláusula Décima Quarta dos contratos de gestão, e se apresentam distribuídos em dezenove cláusulas,

¹² Os contratos são assinados de um lado pelo Estado do Ceará, por intermédio da Secretaria da Saúde - SESA, na qualidade de entidade supervisora, denominada CONTRATANTE, e do outro lado pelo Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, denominado CONTRATADO. E possui como OBJETO a operacionalização da gestão e execução, pelo CONTRATADO, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos no Hospital Regional do Cariri, em conformidade com os padrões de eficácia e qualidade descritos nos Anexos Técnicos integrantes do Contrato de Gestão.

conforme descrevemos logo abaixo no quadro 4 e quatro anexos, descritos no quadro 5, sendo os mais relevantes para o nosso estudo os Anexos I - Descrição dos Serviços e III - Sistemática de Avaliação.

Quadro 4: Demonstrativo das cláusulas e anexos do contrato de gestão

Cláusula I	DO FUNDAMENTO LEGAL
Cláusula II	DO OBJETO E FINALIDADE
Cláusula III	DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO CONTRATADO
Cláusula IV	DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE
Cláusula V	DOS RECURSOS FINANCEIROS
Cláusula VI	DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO
Cláusula VII	DOS RECURSOS HUMANOS
Cláusula VIII	DA UTILIZAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS
Cláusula IX	DA PERMISSÃO DO DIREITO DE USO E DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS
Cláusula X	DA FISCALIZAÇÃO, DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS
Cláusula XI	DA PRESTAÇÃO DE CONTAS
Cláusula XII	DA VIGÊNCIA E DAS ALTERAÇÕES DO CONTRATO
Cláusula XIII	DA RESCISÃO E DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS
Cláusula XIV	DA PUBLICIDADE
Cláusula XV	DA DIVULGAÇÃO
Cláusula XVI	DAS PRERROGATIVAS
Cláusula XVII	DA MODIFICAÇÃO
Cláusula XVIII	DAS DISPOSIÇÕES FINAIS
Cláusula XIX	DO FORO

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do CG 2015 publicizado no site do ISGH (2017)

Quadro 5: Demonstrativo dos anexos do contrato de gestão

Anexo I	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
Anexo II	SISTEMÁTICA DE PAGAMENTOS
Anexo III	SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO
Anexo IV	PLANO DE TRABALHO

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do CG 2015 publicizado no site do ISGH (2017)

É importante salientar que durante análise dos documentos, observamos que o conteúdo dos contratos se repete ano a ano. Portanto, utilizamos como parâmetro o contrato de gestão ano 2015, visto que o último Relatório de Avaliação, publicizado no site refere-se a este contrato.

No Anexo I dos Contratos de Gestão, definido como – Descrição dos Serviços, fica descrito que o Hospital Regional do Cariri - HRC prestará serviços de saúde, em alta complexidade aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como porta de entrada os serviços de urgência e emergência ou aqueles referenciados pelas Centrais de Regulação, para

os serviços de: Acidente Vascular Cerebral Adulto; Clínica Cirúrgica; Clínica Médica; Traumatologia e Ortopedia e Unidade de Cuidados Especiais - UCE Adulto.

Dessa forma, o HRC atenderá, durante 24 (vinte e quatro horas) do dia, com seus recursos humanos e técnicos aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, oferecendo, segundo o grau de complexidade de sua assistência e sua capacidade operacional, os serviços de saúde que se enquadrem nas modalidades estabelecidas em seu perfil assistencial.

Respeitada a condição de hospital com atenção em alta complexidade, de “portas abertas”, que receberá pacientes referenciados pelas Centrais de Regulação, a assistência à saúde prestada, em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao paciente, prioritariamente nas áreas de AVC adulto, Cirurgia Geral, Neurocirurgia, Traumatologia e Ortopedia, Clínica Médica e UCE adulto, desde sua admissão no hospital até sua alta hospitalar pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento do paciente no âmbito hospitalar.

Durante o processo de hospitalização¹³ devem ser oferecidos todos os procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada, respeitando a complexidade da Unidade Hospitalar.

No Anexo II – Sistemática de Pagamentos, ficam estabelecidas as regras e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros, conforme os critérios definidos na Cláusula Sexta do contrato de gestão, que prevê o pagamento do montante global em doze parcelas mensais.

O quadro 6 a seguir apresenta os valores contratualizados nos últimos cinco anos, extraídos dos contratos de gestão e aditivos publicizados em www.isgh.org.br:

¹³ No processo de hospitalização estão incluídos: 1) Tratamento das possíveis complicações que possam ocorrer ao longo do processo assistencial, tanto na fase de tratamento, quanto na fase de recuperação; 2) Tratamentos concomitantes diferentes daquele classificado como principal que motivou a internação do paciente e que podem ser necessários adicionalmente devido às condições especiais do paciente e/ou outras causas; 3) Tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde – SUS; 4) Serviço de apoio diagnóstico e terapêutica que seja requerido durante o processo de internação, de acordo com listagem do Sistema Único de Saúde – SUS; 5) Procedimentos e cuidados de enfermagem necessários durante o processo de internação; 6) Alimentação, incluídas, nutrição enteral e parenteral; 7) Assistência por equipe médica especializada, pessoal de enfermagem e pessoal auxiliar; 8) Utilização de centro cirúrgico e procedimentos de anestesia; 9) Material descartável necessário para os cuidados de enfermagem e tratamentos; 10) Diárias de hospitalização em quarto compartilhado ou individual, quando necessário devido às condições especiais do paciente; 11) Diárias nas UTI - Unidade de Terapia Intensiva, se necessário; 12) Sangue e hemoderivados; 13) Fornecimento de roupas hospitalares; 14) Procedimentos que se fizerem necessários ao adequado atendimento e tratamento do paciente, de acordo com a capacidade instalada da instituição.

Quadro 6: Demonstrativo dos valores contratualizados nos últimos cinco anos

ANO	VALORES ANUAIS
2012	R\$ 65.353.100,21 (sessenta e cinco milhões, trezentos e cinquenta e três mil, cem reais e vinte e hum centavos)
2013	R\$ 80.934.066,33 (oitenta milhões, novecentos e trinta mil, sessenta e seis reais e trinta e três centavos)
2014	R\$ 106.427.711,73 (cento e seis milhões, quatrocentos e vinte e sete mil, setecentos e onze reais e setenta e três centavos)
2015	R\$ 123.932.688,26 (cento e vinte e três milhões, novecentos e trinta e dois mil, seiscentos e oitenta e oito reais e vinte e seis centavos)
2016	R\$ 134.687.164,04 (cento e trinta e quatro milhões, seiscentos e oitenta e sete mil, cento e sessenta e quatro reais e quatro centavos)

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos dos contratos de gestão e aditivos (2017)

As parcelas mensais são pagas, mediante o acompanhamento e avaliação do contrato de gestão bem como do cumprimento das atividades estabelecidas. Para isto, o HRC encaminha mensalmente à Secretaria da Saúde, a documentação informativa das atividades realizadas, bem como à produção assistencial, denominado Relatório de Avaliação.

A SESA, por sua vez procede ao acompanhamento mensal dos dados enviados pelo HRC para que sejam efetuados os devidos pagamentos de recursos, conforme estabelecido na Cláusula Sexta do contrato de gestão.

Os serviços contemplados no contrato de gestão envolvem atividades assistenciais e programas especiais, apresentando a seguinte conformação:

1) Atividades Assistenciais

- a. Saída Hospitalar
- b. Atividade Cirúrgica
- c. Atendimento Ambulatorial
- d. Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- e. Urgência e Emergência

2) Programas Especiais

- a. Programa de Atendimento Domiciliar - PAD

b. Programa da Qualidade Hospitalar - PQH

c. Programa de Residência Médica - PRM

No Anexo III – Sistemática de Avaliação, ficam descritas as metas de produtividade e os critérios para avaliação dos resultados obtidos. Estes resultados, bem como o cumprimento das metas e ações relacionadas são avaliados trimestralmente por uma comissão constituída pela SESA, conforme está definida no item 6 da Cláusula Quarta do contrato de gestão.

No quadro 7 a seguir, apresentamos o compilado dos últimos cinco anos, contemplando as seguintes atividades e metas:

Quadro 7: Demonstrativo de metas contratualizadas nos últimos cinco anos

ATIVIDADES	METAS				
	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016
Saídas Hospitalares	8.400 saídas/ano	8.352 saídas/ano	7.824 saídas/ano	7.464 saídas/ano	7.776 saídas/ano
Atividade Cirúrgica	6.684 cirurgias/ano	6.684 cirurgias/ano	6.684 cirurgias/ano	6.288 cirurgias/ano	6.552 cirurgias/ano
Atendimento Ambulatorial	7.200 consultas/ano	7.200 consultas/ano	7.200 consultas/ano	6.804 consultas/ano	7.080 consultas/ano

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do site do ISGH - www.isgh.org.br (2017)

Estas metas são definidas pela secretaria da Saúde através de um estudo prévio para elencar as necessidades da região, conforme ilustram as falas a seguir:

“(…) a Secretaria da Saúde do Estado faz uma avaliação e um comparativo entre suas diversas unidades visualizando quais são as demandas que seriam requisitadas naquela região. Uma vez tendo esse retrato da região a gente visualiza e materializa aquilo num contrato de gestão, colocando nesse a métrica e as ações necessárias para converter isso no foco da política de saúde.” (GESTOR 1)

“(…) as metas contratuais são definidas através de uma avaliação da Secretaria da Saúde do Estado em conjunto com a Organização Social. Após esta avaliação são ajustadas as necessidades da região e definidas as metas contratuais (…).” (GESTOR 2)

Em virtude da característica de “porta aberta” e emergência 24h, algumas atividades não apresentam metas numéricas, porém sim de qualidade, sendo assim somente consolidadas e apresentadas ao ente contratante na forma de avaliação mensal, são elas os Programas Especiais, conforme ilustra a fala de um dos entrevistados: “*após (...) ajustadas às necessidades da região e definidas as metas contratuais, algumas delas quantitativas, outras qualitativas, definidas como programas especiais.*” (GESTOR 2)

Dentre os Programas Especiais estão: o Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) com meta de admitir oito novos pacientes ao mês; o Programa de Qualidade Hospitalar (PQH) com meta de manter certificação de qualidade e o Programa de Residência Médica (PRM) com meta de manter residência médica nas áreas básicas de Clínica Médica, Cirurgia e Radiologia, conforme apresentamos a seguir:

- **Programa de Atendimento Domiciliar:** programa de desospitalização precoce, idealizado pela própria instituição, em que os pacientes em condições de tratamento domiciliar, recebem alta do hospital e continuam sob os cuidados de uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta e assistente social (todos custeados pelo próprio hospital) para seguimento do tratamento até a sua condição definitiva de alta. Com isto, aperfeiçoa-se a oferta de leitos hospitalares. Até o final do ano de 2016, o HRC já atendeu neste programa oitenta e quatro pacientes, estando atualmente com quinze em acompanhamento.
- **Programa de Qualidade Hospitalar:** criado na perspectiva de definir prioridades para as ações estratégicas gerenciais com o compromisso de nortear e incentivar boas práticas, visando sempre a segurança para todos que circulam no ambiente hospitalar, propiciando campo fértil para o desenvolvimento das pessoas e maior impacto na efetividade social. O programa de qualidade do HRC está pautado nas diretrizes da Organização Nacional de Acreditação (ONA), contidas no Manual Brasileiro de Acreditação aprovado e chancelado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da RDC nº 93 de 26 de maio de 2006. A ONA certifica as instituições em níveis de acreditação, sendo eles: Nível 1 – Acreditado, que avalia a segurança; Nível 2 – Acredita Pleno, que avalia a integração dos processos e Nível 3 – Acreditado com Excelência, que avalia a gestão por excelência. O HRC hoje se encontra no nível mais alto desta certificação, tendo sido recentemente Acreditado com Excelência - Nível 3 ONA.
- **Programa de Residência Médica:** criado por solicitação da Comissão Estadual de Residência Médica (CERE) e compreende o credenciamento para as especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Radiologia. O

processo seletivo para preenchimento das vagas é realizado pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) através da Seleção Unificada da Residência Médica do Ceará (SURCE). Atualmente o HRC contempla neste programa dois residentes em Clínica Médica, seis residentes em Cirurgia Geral e seis residentes em Radiologia. Até o ano de 2016, o PRM do HRC já formou 16 especialistas, sendo seis médicos clínicos, oito médicos-cirurgiões e dois médicos radiologistas.

Outros resultados são apresentados ainda como informações complementares, uma vez que não apresentam metas quantificadas, como os Atendimentos na Urgência e Emergência, as Internações Hospitalares e o Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT). As parcelas mensais são liberadas com base na apresentação do relatório de produção com os resultados acima descritos, obedecendo aos critérios de valoração dos desvios nas quantidades de atividade descritas no quadro 8 a seguir:

Quadro 8: Demonstrativo de valoração das atividades

ATIVIDADE REALIZADA		VALOR A PAGAR
Atividades Assistenciais (97%)	Acima do volume contratado	100% do valor da ação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da ação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	95% do valor da ação
	Menos que 70% do volume contratado	85% do valor da ação
Programas Especiais (3%)	Acima do volume contratado	100% do valor da ação
	Entre 85% e 100% do volume contratado	100% do valor da ação
	Entre 70% e 84,99% do volume contratado	95% do valor da ação
	Menos que 70% do volume contratado	85% do valor da ação

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do CG 2015 publicizado no site do ISGH (2017)

Após análise dos relatórios de produção, a comissão de avaliação constituída pela SESA, emite parecer para pagamento das parcelas, culminando numa avaliação conceitual, conforme o quadro 9 abaixo:

Quadro 9: Demonstrativo da avaliação dos resultados das metas

RESULTADO OBTIDO DA META	CONCEITO
>85%	A – MUITO BOM
>60% até 85%	B – BOM
>50% até 60%	C – REGULAR
≤50%	D – INSUFICIENTE

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do CG 2015 publicizado no site do ISGH (2017)

No Anexo IV – Plano de Trabalho estão contempladas as planilhas que compõem o programa de trabalho, o cronograma de desembolso, o quadro de pessoal e o detalhamento das despesas operacionais, com os respectivos valores de custeio e as ações necessárias para a obtenção do resultado final proposto pelo contrato de gestão.

Os Relatórios de Produção são mensais e consolidam os resultados de produção que são enviados para avaliação pela SESA. Estes relatórios apresentam a produção do período e são encaminhados mensalmente para apreciação e avaliação da comissão de avaliação da SESA. Esta comissão de avaliação é composta por membros definidos pela própria secretaria da saúde constante em portaria e publicada em DOE.

3.2 Análise de desempenho do Hospital Regional do Cariri

Neste item realizamos o segundo momento de análise, que são as considerações em torno do desempenho do Hospital Regional do Cariri (HRC) no tocante a eficácia e equidade de seus serviços. Para tanto, utilizamos um processo mais dedutivo de análise, partindo dos conceitos definidos pelos autores fazendo a triangulação com os resultados encontrados e os trechos das falas dos entrevistados.

3.2.1 Análise da Eficácia

Para Arretche (1997), o termo eficácia é compreendido como a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos e seus resultados efetivos. Para o mesmo autor, este tipo de avaliação é realizado com a finalidade de verificação tanto dos objetivos como dos instrumentos propostos e realizados.

Cohen & Franco (1999), por sua vez, definem eficácia a partir da função precípua de um projeto, que é produzir mudanças em alguma parcela da realidade, solucionar um problema social, ou prestar um serviço a um determinado subconjunto populacional.

Assim, podemos inferir que os autores identificam eficácia como sendo o grau em que se alcançam os objetivos e metas propostas para a população beneficiária, em um determinado período de tempo, independentemente dos custos implicados, (COHEN & FRANCO, 1999). Nessa abordagem, observamos que, além da noção de objetivos e metas referidos pelos demais autores, Cohen & Franco trazem como diferencial a adição da ideia de tempo e população beneficiária e desconsideram, explicitamente, a alocação de custo.

Já Baptista (2000, p.32) define eficácia como sendo:

"... analisada a partir do estudo da adequação da ação para o alcance dos objetivos e das metas previstos no planejamento e do grau que os mesmos forem alcançados. Incide sobre a proposta e, basicamente, sobre os objetivos (gerais e específicos) por ela expressos, estabelecendo em que medida os objetivos propostos foram alcançados e quais as razões dos êxitos e dos fracassos."

Assim sendo, definimos que o termo eficácia compreendido neste estudo baseia-se no conceito dos autores supracitados e defendido por Secchi (2014) como sendo o nível de alcance de metas ou objetivos pretendidos.

Tomando por base os conceitos apresentados anteriormente, foram compilados os dados de produção dos últimos cinco anos de funcionamento do hospital, conforme se apresenta no quadro 10 a seguir:

Quadro 10: Demonstrativo da produção assistencial do HRC nos últimos cinco anos

PRODUÇÃO	Ano 2012	Ano 2013	Ano 2014	Ano 2015	Ano 2016
Atendimento Urgência e Emergência	53.359 atend./ano	52.628 atend./ano	58.940 atend./ano	56.288 atend./ano	31.148 atend./ano
Internações Hospitalares	4.538 internações/ano	5.411 internações/ano	6.327 internações/ano	5.440 internações/ano	5.531 internações/ano
Atendimento Cirúrgico	6.290 cirurgias/ano	8.151 cirurgias/ano	8.662 cirurgias/ano	7.108 cirurgias/ano	5.604 cirurgias/ano
Atendimento Ambulatorial	6.454 consultas/ano	7.607 consultas/ano	14.139 consultas/ano	12.711 consultas/ano	10.352 consultas/ano
SADT	328.922 exames/ano	504.763 exames/ano	576.695 exames/ano	525.009 exames/ano	478.232 exames/ano
Saídas Hospitalares	6.745 saídas/ano	7.757 saídas/ano	8.738 saídas/ano	11.518 saídas/ano	12.422 saídas/ano

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Para facilitar a compreensão dos resultados, apresentaremos a seguir a definição de alguns termos:

- **Atendimentos de Urgência e Emergência:** compreende todos os atendimentos realizados na porta de entrada do hospital, cadastrados e classificados mediante o protocolo de classificação de risco implantado na instituição.
- **Internações Hospitalares:** Brasil (2002, p.11) define internação hospitalar:

“Pacientes que são admitidos para ocupar um leito hospitalar por um período igual ou maior a 24 horas. Tendo como termos equivalentes Admissão hospitalar e Observação hospitalar.”

- **Atendimento Cirúrgico:** compreende a quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados na instituição, sendo estes de urgência ou eletivos.
- **Atendimento Ambulatorial:** compreende todas as consultas realizadas no ambulatório da instituição, podendo estas ser de primeira vez ou egressas (subsequentes). Entende-se por consulta de primeira vez, a consulta inicial de paciente referenciado pela CRESUS a um profissional de determinada especialidade, em razão de uma determinada patologia que exige intervenção cirúrgica ou atendimento especializado (BRASIL, 2002). Todas as demais consultas são consideradas egressas ou subsequentes. No caso do HRC, as consultas de primeira vez acontecem apenas para a especialidade de Cirurgia Geral.
- **Saída Hospitalar:** Brasil (2002, p.12) define saída hospitalar como sendo:

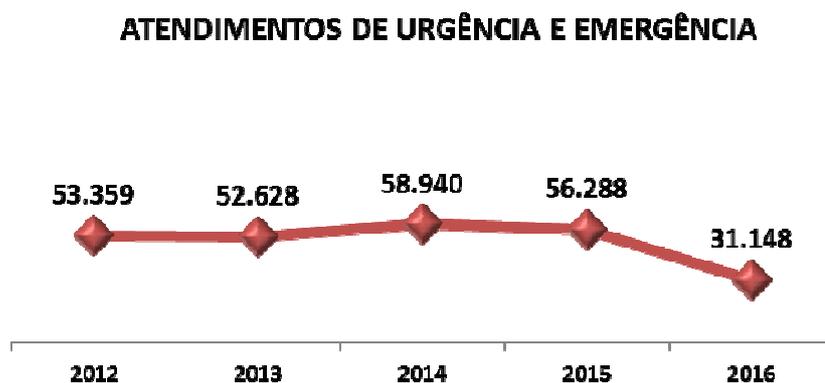
“É a saída do paciente da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, desistência do tratamento, transferência interna, transferência externa ou óbito.”

- **Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica (SADT):** compreende todos os exames realizados na instituição, sejam eles, laboratoriais, de imagem ou terapêuticos. O HRC oferece serviço de apoio diagnóstico e terapêutico para todos os pacientes internados e/ou que recebam atendimento ambulatorial.

Para avaliar a eficácia dos serviços prestados, demonstraremos em gráficos o resultado observado, cruzando-se as informações com o que foi pactuado em contrato de gestão, para as atividades que possuem meta contratualizada.

O gráfico 1 abaixo demonstra os resultados para a Atividade ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

Gráfico 1:Atendimentos de urgência e emergência



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Esta atividade não possui meta definida em contrato de gestão, porém seus resultados são encaminhados mensalmente para avaliação da SESA como ente contratante. Diante dos dados expostos podemos observar uma constante entre os anos de 2012 e 2015 no que se refere a quantidade de atendimentos realizados pela emergência do Hospital Regional do Cariri, apresentando uma significativa diminuição dos atendimentos no ano de 2016. Esta redução se justifica pela decisão do hospital tomada em comum acordo com a OS, no caso o ISGH e a SESA, em orientar os pacientes que não apresentassem necessidades de urgência e emergência a procurar a atenção básica e/ou a UPA de sua região domiciliar. Esta medida surgiu como necessidade de se reorganizar a demanda de atendimentos, priorizando os de alta complexidade e maior gravidade, reafirmando assim o perfil assistencial do hospital.

O gráfico 2 demonstra os resultados para a Atividade INTERNAÇÕES HOSPITALARES:



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Conforme se observa a quantidade de internações apresenta-se numa crescente entre os anos 2012, 2013 e 2014. O resultado expressivo do ano de 2014 apoia-se no fato de ter sido este o primeiro ano em que o hospital funcionou em sua total capacidade instalada. A partir de 2015, os atendimentos foram se ajustando a realidade de perfil do hospital a ponto de se conseguir manter uma constante em quantidade de internações.

O gráfico 3 demonstra os resultados para a Meta de ATENDIMENTO CIRÚRGICO:

Gráfico 3: Atendimento cirúrgico



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Para o Atendimento Cirúrgico, é percebida uma meta acordada em contrato de gestão devidamente ilustrada acima. Conforme se observa através do gráfico, no ano de 2012 a produção foi inferior a meta contratualizada. Isto pode ser justificado pelo fato de o hospital neste ano ainda não estar funcionando em toda sua capacidade física.

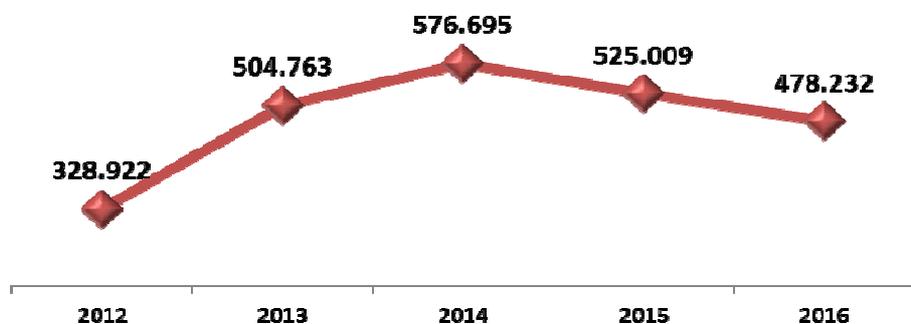
Nos anos de 2013 a 2015, o hospital apresenta uma produção superior a que estava contratada, justificando-se pelo fato de ser uma emergência “porta aberta” e não possuir governança sobre as necessidades que se apresentam. Além dos procedimentos de emergência, estão contemplados neste atendimento os procedimentos eletivos que são atendidos pelo ambulatório do hospital.

No ano de 2016, os procedimentos eletivos sofreram redução, ficando a maior representatividade dos procedimentos cirúrgicos a cargo da emergência, e a produção anual menor do que a meta contratualizada.

O gráfico 4 demonstra os resultados para a Atividade SADT:

Gráfico 4: Serviço de apoio diagnóstico e terapêutica

SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

A atividade de SADT, não possui meta contratualizada, porém é informada mensalmente à SESA para acompanhamento e avaliação. Observa-se pelo gráfico que nos três primeiros anos de funcionamento existiu uma crescente na quantidade de exames, culminando o maior volume justamente no ano de 2014, quando o hospital passou a funcionar toda a sua capacidade instalada. Em 2015 e 2016, observa-se uma discreta diminuição na quantidade destes exames, possivelmente justificada pela diminuição nos atendimentos na emergência, uma vez que a quantidade de internações se manteve numa constante conforme poderemos perceber logo mais adiante.

O gráfico 5, demonstra os resultados para a Meta de ATENDIMENTO AMBULATORIAL:

Gráfico 5: Atendimento ambulatorial

ATENDIMENTO AMBULATORIAL



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Assim como o Atendimento Cirúrgico, o Atendimento Ambulatorial também apresenta meta contratualizada em contrato de gestão, conforme ilustrada acima. Observa-se pelo gráfico que a produção ambulatorial no ano de 2014 ficou abaixo da meta contratualizada, fato este, que como as demais produções deste ano, pode ser justificada pelo hospital não estar ainda em pleno funcionamento. Em 2013 a produção começa a se apresentar superior a meta contratualizada. E a partir de 2014 se apresenta bem superior ao que fora contratualizado ao longo dos anos. Aqui vale ressaltar que, de acordo com as análises dos relatórios de produção, o maior volume é em consultas de egressos, ou seja, em consultas subsequentes.

O gráfico 6 demonstra os resultados para a Meta de SAÍDAS HOSPITALARES:



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

O gráfico demonstra, que, nos anos de 2012 e 2013, a produção de saídas ficou abaixo do que fora contratualizado em contrato de gestão. Isto se justifica pelo fato de que nestes dois anos o hospital ainda não estava com todo o funcionamento da sua capacidade física instalada. Somente no ano de 2014 é que o HRC passou a funcionar de forma integral, conforme já descrito anteriormente no referencial teórico. Neste ano, quando o HRC passou a funcionar full, observa-se uma produção acima do que fora contratada, apresentando um volume bastante considerável acima da meta contratualizada. A partir do ano de 2015, passaram também a ser computadas as saídas dos pacientes da emergência com permanência superior às 72h. Pacientes estes que não conseguem vaga para internação nos leitos de enfermaria e permanecem na emergência em tratamento, até o momento de sua condição de alta hospitalar, mantendo-se assim “internados” na própria emergência. Fato este, que se

apresenta também no ano de 2016, justificando assim a elevada quantidade de saídas nestes dois últimos anos. Assim, fica fácil perceber que o HRC vem mantendo sua produção de saídas acima da meta contratada.

Em linhas gerais, podemos observar que o hospital em estudo apresenta produção superior a contratada em contrato de gestão, o que a torna uma política pública de saúde eficaz. Embora não signifique dizer que mesmo alcançando as metas propostas esteja atendendo em sua totalidade as necessidades da população, conforme pontuam dois dos entrevistados:

“(...) apesar das metas estarem vinculadas a números e atingindo a produção esperada, a SESA pretende modificar este processo. Porque na realidade não são os números de produção que desenvolvem a real característica e função de uma unidade como o HRC. (...) é necessário que se possa elencar resolubilidade nas ações de saúde, (...) uma vez tendo isto, nós teremos uma percepção melhor, não só do resultado, mas também das necessidades e do aprimoramento contínuo dessa rede de saúde. (...) é importante que mesmo assim se possa compreender dentro de todo o processo assistencial se o mecanismo de assistência empregado, ele reverteu pra aquele cidadão o máximo que ele era capaz de fazer dentro da condição que se apresentou.” (GESTOR 1)

“(...) o alcançar das metas é algo positivo e algo que tem a ver com a eficácia da unidade, mas muito mais do que alcançar metas é alcançar as necessidades de uma região. (...) não existe melhor hospital, existe a melhor das redes, então quanto maior e melhor as redes de atenção forem construídas, as pactuações, as referências e contra referências forem alcançadas na macrorregião, maior fica a clareza de governança de cada unidade e mais claro fica o seu papel. (...) divididos os papéis de cada ente e cada ente fazendo o seu papel, trabalhando melhor e alcançando seus resultados, a soma de todos esses resultados sim vai gerar a melhoria das necessidades assistenciais da região.” (GESTOR 2)

A despeito das diferenças metodológicas o estudo de Brevidelli & Freitas (2012) avaliou o nível de saúde das Unidades da Federação (UF) do Brasil, por meio de um indicador sintético – Índice de Desenvolvimento da Saúde (IDS). O IDS foi composto pelas dimensões: (1) Recursos de saúde: disponibilidade e qualidade dos recursos de saúde; (2) Cobertura por atenção básica e saneamento; (3) Eficácia das políticas de saúde.

Trazendo o resultado da terceira dimensão como comparação ao nosso estudo, podemos perceber o impacto positivo na medida em que o mesmo afirma que tal dimensão “eficácia” mostrou-se altamente desenvolvida em todo Brasil. Isto representa melhoria da qualidade de saúde da população e conseqüentemente melhores condições de vida. O referido estudo indica ainda necessidades de priorizar políticas públicas que superem as diferenças regionais do país e garantam o princípio da universalidade da assistência à saúde do SUS.

“Nas últimas décadas, a demanda por profissionais com conhecimento e habilidades especializados vem crescendo. Na área da saúde, essas competências são cada vez mais desejadas não só porque novas tecnologias têm aumentado a complexidade da assistência, mas também porque o modelo da atenção básica, fundamentado no PSF, requer profissionais capacitados para planejar, tomar decisões e atuar, de maneira resolutiva e criativa.” (BREVIDELLI & FREITAS, 2012)

Isso corrobora as falas dos gestores participantes deste estudo citadas acima, principalmente no que converge para a importante reflexão de que as políticas públicas precisam estar voltadas não somente para incrementar quantitativamente a infraestrutura da saúde, mas também para promover a qualificação de profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências alinhadas ao modelo de atenção. Isso implica rever o processo de formação acadêmica dos profissionais de saúde, definindo o perfil profissional mais adequado nos currículos de graduação para cada área de atuação de acordo com o nível de complexidade do serviço.

3.2.2 Análise da Equidade

Equidade tem sido uma expressão bastante utilizada quando tratamos de direitos sociais. Ela comporta distintas dimensões em sua análise, dentre as quais são mais comumente utilizadas a oferta (recursos humanos e capacidade instalada); o acesso e utilização de serviços; o financiamento (despesa pública e familiar); a qualidade da atenção; a situação de saúde e as condições de vida da população.

Nunes et al (2001) considera o termo equidade como sendo uma estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural. A equidade pode ser mensurada através da análise das políticas públicas, no setor da saúde, voltadas para o enfrentamento de tais situações (NUNES et al., 2001).

Para Escorel (2001), corrobora com esta visão ao expor que o princípio da equidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde. Desta feita, para facilitar a compreensão deste estudo, adotamos a segunda dimensão de Escorel (acesso e utilização dos serviços de saúde)

aliada ao conceito defendido por Secchi (2014), que define equidade como sendo a homogeneidade de distribuição de benefícios entre os destinatários da política, visto que a primeira dimensão de Escorel (condições de saúde) seria muito ampla e envolveria outro tipo de pesquisa que não esta sendo proposto neste momento.

Uma vez definido que analisaremos neste estudo a homogeneidade de distribuição do acesso aos serviços ofertados pela política, é importante destacar que no momento de construção da referida política pública de saúde em estudo, foi pensado que o acesso dos beneficiários aos serviços ofertados pelo Hospital Regional do Cariri se daria por demanda espontânea para os atendimentos realizados na emergência e de forma espontânea e regulada pela Central de Regulação do Estado (CRESUS) para as internações hospitalares, conforme ilustra a fala dos entrevistados a seguir:

“(...) como unidade terciária o princípio colocado era que recebesse os pacientes referenciados com o perfil de atendimento da atenção dela. Como essa lógica não pode ser percebida ou aplicada de imediato, nós optamos em usar o potencial regulador do hospital neste sentido. (...) na realidade toda política pública, na base dela, o acesso e o retorno pra população é o principal ensejo e no caso específico do HRC dentro dessa política de expansão de saúde, um dos grandes marcos era que ele pudesse funcionar como uma unidade reguladora e monitoradora do sistema.” (GESTOR 1)

“(...) como o perfil dele ficou definido como de urgência e emergência, ele é um hospital que se incluiria no sistema de regulação a nível de estado e secretarias municipais, além da demanda espontânea.” (GESTOR 4)

“(...) o acesso seria através da Central de Regulação para as internações e as urgências através da regulação do SAMU. (GESTOR 5)

“Com o hospital quase pronto para iniciar o funcionamento, eu lembro que nós fomos muito articulados nas CRES com relação à regulação destes pacientes, do processo de regulação e da garantia de acesso. Além de ser porta aberta para urgência e emergência 24h.” (GESTOR 6)

“(...) o acesso seria porta aberta para os serviços de urgência e emergência e regulação para os demais.” (GESTOR 8)

Assim, para analisar a equidade nos serviços ofertados pelo HRC, apresentamos a seguir os resultados referentes ao acesso dos pacientes em dois momentos: A) Atendimentos na Emergência e B) Internações Hospitalares, por municípios, e em seguida por microrregiões de saúde. Para facilitar a compreensão dos dados, os resultados foram compilados em valores absolutos e percentuais, conforme mostram os quadros a seguir.

A) Atendimentos na Emergência

O quadro seguinte sintetiza a quantidade de atendimentos realizados aos municípios dos municípios das cinco microrregiões de saúde da macrorregião do território do Cariri que compõem a referência para atendimentos no HRC.

Quadro 11: Demonstrativo de atendimentos na emergência do HRC por microrregiões

MICRORREGIÕES DE SAÚDE DO CARIRI	2012	2013	2014	2015	2016
17ª CRES - ICÓ	131	182	318	599	604
18ª CRES - IGUATU	106	110	163	364	750
19ª CRES - BREJO SANTO	743	676	1.059	1.031	944
20ª CRES - CRATO	2.540	3.476	4.653	4.769	3.120
21ª CRES - JUAZ. DO NORTE	48.271	47.524	51.961	48.748	25.272
DEMAIS MUNICÍPIOS	1.568	660	786	777	458

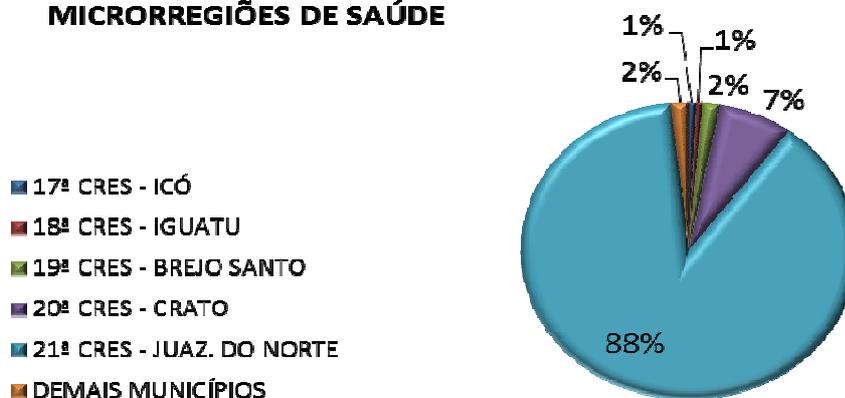
Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Conforme podemos observar as duas CRES que mais demandam atendimentos na emergência do Hospital Regional do Cariri é a 20ª e a 21ª. Isto pode ser justificado pela proximidade de domicílio dos pacientes com o hospital, o que facilita o seu deslocamento em busca de atendimento, vindo na maioria das vezes por meios próprios sem necessitar do transporte sanitário.

No gráfico 7, ilustrado logo abaixo, percebe-se o demonstrativo em porcentagem, quando comparado as demais microrregiões:

Gráfico 7: Porcentagem dos atendimentos na emergência do HRC por microrregiões de saúde

**ATENDIMENTOS EMERGÊNCIA POR
MICRORREGIÕES DE SAÚDE**



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Ao analisar este gráfico percebe-se que há uma discrepância no tocante as quantidades de atendimentos de uma única microrregião em relação às demais, dificultando

assim a garantia do acesso à população dos demais municípios que possuem o Hospital Regional do Cariri como referencia.

As falas dos entrevistados a seguir, ilustram que não está garantido o acesso dos usuários aos serviços ofertados pelo HRC:

“(...) infelizmente não, não está! Ele está garantido no desenho, mas na oferta em si, no acesso do paciente ao serviço, não. (GESTOR 3)

“(...) já melhorou, mas os pacientes da 18ª região ainda encontram dificuldade de acesso. Sabe-se que a demanda é muito grande realmente, mas os gestores gostariam que fosse melhor o acesso. (...) os gestores reclamam que não conseguem transferir os pacientes, que tem muita dificuldade para conseguir um leito e internar o paciente.” (GESTOR 5)

“(...) ainda temos deficiência, (...) porque o que a gente sabe é que grande parte da população atendida no HRC é da região do Juazeiro do Norte, por conta da falta de leitos na própria região. (...) em parte os demais municípios estão sendo atendidos, mas ainda temos dificuldade de acesso.” (GESTOR 4)

Ao analisarmos o conteúdo das falas de alguns dos entrevistados nos remetemos a perceber que existe uma fragilidade no tocante a oferta de serviços de saúde no município onde o hospital está sediado, fazendo com que a população busque grande parte do atendimento que necessita por demanda espontânea através da emergência do Hospital Regional do Cariri, dificultando assim o acesso da população dos demais municípios. As falas a seguir ilustram a percepção de alguns dos entrevistados:

“(...), temos uma deficiência de estrutura na região do município onde o hospital está sediado. Então o HRC acaba tendo que suprir uma necessidade, uma vez que o sistema de saúde de Juazeiro do Norte não contempla as ações que são de responsabilidade do município, com isso dificulta o acesso para os pacientes dos demais municípios das demais regiões e acaba trazendo uma sobrecarga para o HRC. Isto é o que eu escuto muito dos gestores nas reuniões de CIR, nas nossas câmaras técnicas.” (GESTOR 6)

“(...) o acesso não está garantido porque o hospital é de portas abertas localizado no município de Juazeiro do Norte que tem uma grande população fixa e flutuante. E como a população não entende que o HRC é de porte terciário, a população procura muito o HRC uma vez que ele é de portas abertas. Uma vez que o HRC não pode negar atendimento porque pode ser entendido como omissão de socorro ele atende em grande quantidade esta população residente de Juazeiro do Norte, e a população dos outros municípios que compõe a macro que tenta adentrar ao hospital de forma regulada, não consegue porque os leitos estão sempre ocupados e isto prejudica os demais municípios e as queixas são muitas, e a população alega que o HRC é do Juazeiro do Norte e não do Cariri porque na maioria das vezes o acesso não é possível aos outros municípios.” (GESTOR 7)

“(...) o acesso está garantido, porém temos acompanhado algumas

dificuldades, por exemplo, no município de Juazeiro do Norte, onde o HRC está localizado, a rede hospitalar do município está prejudicada, (...) de certa forma a população que deveria estar sendo atendida como prioridade para um hospital terciário está sendo prejudicada por conta da população do município de Juazeiro do Norte que não procura a atenção primária e secundária e busca o HRC pra tudo, inclusive para o que o Hospital não se propõe. Então, assim... tá sendo garantido o acesso, mas prejudicado por estas outras demandas.” (GESTOR 8)

A demasiada quantidade de atendimentos que se apresenta acima, pode ser justificada em parte, pelo fato do HRC está sediado no município de Juazeiro do Norte e por este apresentar a maior densidade populacional da região, chegando sozinho a possuir uma estimativa de 268.248 (duzentos e sessenta e oito mil, duzentos e quarenta e oito) habitantes, dos quase um milhão e meio que somam os quarenta e cinco municípios de todo o território do Cariri, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Porém, em termos percentuais, esta análise nos sugere uma desproporção quando se compara as quantidades de atendimentos dos demais municípios adscritos. Esta desproporção nos remete a perceber que há uma fragilidade na rede assistencial do município de Juazeiro do Norte, fazendo com que a grande maioria de sua população acabe procurando a emergência do HRC em busca de satisfazer suas necessidades de atendimento.

As falas de alguns dos entrevistados corroboram esta percepção, conforme se observa a seguir:

“(...) primeiro porque o município de Juazeiro do Norte ainda não organizou sua rede de serviços com relação aos seus procedimentos de média complexidade e segundo porque a porta aberta do HRC inviabiliza este acesso prejudicando a grande maioria dos municípios que precisam colocar os pacientes lá, sejam de alta complexidade seja para esclarecimento de diagnósticos. A porta do HRC não deveria ser aberta para tudo, mas sim, só para o Trauma e não outros procedimentos.” (GESTOR 3)

“(...) a rede não está organizada ainda pra dá conta, por exemplo: a média complexidade está estrangulada e isso acaba prejudicando o HRC que seria para atender exclusivamente o nível terciário.” (GESTOR 4)

“(...) grande demanda e ausência de leitos na região para suportar toda esta demanda, (...) por conta dessa falta de leitos, isto acaba por prejudicar o perfil do HRC além de falha na regulação, que não está acontecendo como deveria, embora eu não saiba dizer exatamente onde está esta falha.” (GESTOR 5)

“(...) o principal é a rede de saúde do município não está organizada para atender tanto seus pacientes na estratégia saúde da família, quanto na rede

hospitalar, e a questão da educação, da orientação da população em si, que apesar de várias informações, em rádio e em reuniões com secretários.”
(GESTOR 8)

Para ilustrar, apresentamos a seguir um quadro que demonstra a quantidade dos atendimentos realizados na emergência em valores absolutos, de acordo com a origem dos pacientes munícipes dos quarenta e cinco municípios das cinco microrregionais de saúde que compõem a macro região do território do Cariri.

Quadro 12: Demonstrativo de atendimentos na emergência do HRC por municípios

MUNICÍPIOS		2012	2013	2014	2015	2016
17ª CRES - ICÓ	BAIXIO	9	12	15	25	25
	CEDRO	42	39	71	202	166
	ICÓ	17	10	28	71	174
	IPAUMIRIM	5	10	17	29	29
	LAVRAS DA MANGABEIRA	51	102	172	208	118
	ORÓS	2	3	13	57	83
	UMARI	5	6	2	7	9
18ª CRES - IGUATU	ACOPIARA	12	15	17	64	170
	CARIÚS	9	15	27	34	50
	CATARINA	5	2	7	5	6
	DEP. IRAPUAN PINHEIRO	0	2	0	2	9
	IGUATU	47	41	68	151	232
	JUCÁS	20	22	18	27	58
	MOMBAÇA	2	3	10	43	99
	PIQUET CARNEIRO	3	2	6	12	43
	QUIXELÔ	2	3	4	9	45
	SABOEIRO	6	5	6	17	38
19ª CRES - BREJO SANTO	ABAIARA	61	35	49	47	49
	AURORA	100	105	109	132	116
	BARRO	48	60	117	132	108
	BREJO SANTO	95	115	179	171	176
	JATI	33	24	34	47	46
	MAURITI	217	185	281	269	202
	MILAGRES	115	98	150	131	128
	PENAFORTE	33	14	35	30	40
	PORTEIRAS	41	40	105	72	79
20ª CRES - CRATO	ALTANEIRA	27	52	69	66	83
	ANTONINA DO NORTE	45	51	45	50	43
	ARARIPE	85	144	167	202	181
	ASSARÉ	71	81	161	206	144
	CAMPOS SALES	113	128	225	224	158
	CRATO	1725	2.275	2885	2864	1687
	FARIAS BRITO	88	148	229	273	165
	NOVA OLINDA	62	91	160	210	110
	POTENGI	113	109	149	141	108
	SALITRE	30	66	106	97	67
	SANTANA DO CARIRI	76	115	177	176	146
	TARRAFAS	17	47	45	56	61
	VARZEA ALEGRE	88	169	235	204	167
21ª CRES - JUAZEIRO DO NORTE	BARBALHA	424	538	751	842	571
	CARIRIACU	438	534	686	685	480
	GRANJEIRO	29	99	125	73	82
	JARDIM	110	191	285	258	200
	JUAZEIRO DO NORTE	47127	45.962	49800	46596	23714
	MISSÃO VELHA	143	200	314	294	225
OUTROS MUNICÍPIOS		1.568	660	786	777	458

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Ao analisarmos os dados postos, observa-se que há uma quantidade demasiada de atendimentos realizados aos pacientes oriundos da 21ª CRES, onde dos 252.363 (duzentos e cinquenta e dois mil, trezentos e sessenta e três) atendimentos, 221.776 (duzentos e vinte e um mil, setecentos e setenta e seis) são provenientes desta CRES, mais precisamente do município de Juazeiro do Norte, conforme demonstra o Quadro 11 – Demonstrativo de Atendimentos na Emergência do HRC por municípios e microrregiões, em que 213.199 (duzentos e treze mil, cento e noventa e nove) atendimentos foram do município de Juazeiro do Norte, perfazendo um total de 88% (oitenta e oito) dos atendimentos concentrados na 21ª CRES, onde está localizado o referido município, conforme ilustrado no gráfico 7 - Porcentagem dos Atendimentos na Emergência do HRC por Microrregiões de Saúde.

B) Internações Hospitalares

Conforme dito anteriormente, o acesso dos beneficiários as internações hospitalares no HRC, se daria por demanda espontânea através da emergência e regulada leito a leito pela CRESUS, quando o paciente já estivesse internado em outra unidade hospitalar.

O quadro 13 a seguir sintetiza a quantidade de internações hospitalares realizadas no HRC, nos últimos cinco anos, por municípios das cinco microrregiões de saúde da macro região do território do Cariri que compõem a referência para atendimentos no HRC.

Quadro 13: Demonstrativo de internações hospitalares no HRC por microrregiões de saúde

MICRORREGIÕES DE SAÚDE DO CARIRI	2012	2013	2014	2015	2016
17ª CRES - ICÓ	65	77	138	257	285
18ª CRES - IGUATU	22	43	69	169	437
19ª CRES - BREJO SANTO	345	321	514	386	392
20ª CRES - CRATO	544	944	1.283	1.076	941
21ª CRES - JUAZ. DO NORTE	3.395	4.066	4.418	3.663	3.604
DEMAIS MUNICÍPIOS	167	58	66	63	55

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Ao analisar estes dados acima, podemos observar que as duas Coordenadorias Regionais de Saúde que mais internam pacientes no HRC são a 20ª e a 21ª, Crato e Juazeiro do Norte, respectivamente.

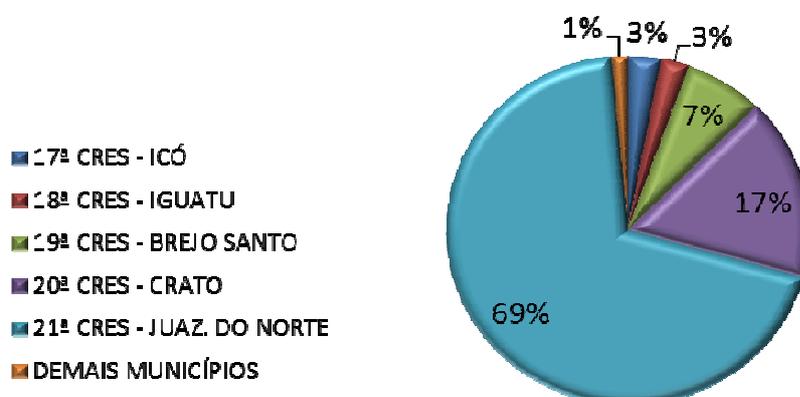
Assim como na quantidade de atendimentos pela emergência, a quantidade de internações também se sobressai para a 21ª CRES – Juazeiro do Norte, com a maioria da representatividade ficando a cargo do próprio município de Juazeiro do Norte, conforme evidencia o Quadro 13, onde das 27.863 (vinte e sete mil, oitocentos e sessenta e três) internações realizadas nos últimos cinco anos, 19.146 (Dezenove mil, cento e quarenta e seis) foram de pacientes oriundos dos municípios da 21ª CRES e destes, 16.875 (Dezesseis mil, oitocentos e setenta e cinco) foram de pacientes munícipes de Juazeiro do Norte.

Isto pode ser justificado pela proximidade destes pacientes a localização geográfica do hospital, facilitando o acesso para os que vêm por meios próprios para atendimento na emergência e acabam internando por apresentarem necessidades de tratamento por meio da internação hospitalar.

O Gráfico 8 demonstra em termos percentuais a relação entre as cinco microrregiões de saúde.

Gráfico 8: Porcentagem das internações hospitalares do HRC por microrregiões de saúde

INTERNAÇÕES POR MICRORREGIÕES DE SAÚDE



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

Ao analisarmos os dados percentuais de distribuição das quantidades de internações por microrregiões, observa-se que a relação entre a 21ª e as demais diminui em relação à quantidade de atendimentos na emergência. Isto pode ser justificado pela atuação da Central de Regulação do Estado (CRESUS), que mesmo diante de várias dificuldades, realiza ações de caráter macrorregional, procurando promover a equidade na garantia do acesso ao usuário dos municípios mais distantes.

Isto pode ser corroborado pela fala de um dos entrevistados, conforme veremos a seguir:

“(…) quando observamos o número de pacientes que são atendidos na porta do HRC, visualizamos a seguinte situação: de fato em torno de 90% dos pacientes que chegam à emergência são pacientes do município sede que é Juazeiro do Norte, mas quando se observa isto por outro espelho, por exemplo, dos pacientes que são hospitalizados (internados) começamos a perceber uma equidade maior. De fato, por ter proximidade a uma estrutura desse tipo, o fluxo à porta é bem maior para o município onde a unidade está sediada (...). Os demais municípios reservam o direito da utilização do HRC para aquelas situações mais drásticas, e aí é a política pública funcionando, através da Secretaria de Saúde do Estado, forçando o sistema regulador a ser mais efetivo.” (GESTOR 1)

O quadro 14, logo abaixo demonstra a quantidade em valores absolutos das internações hospitalares realizadas no HRC, de acordo com a origem dos pacientes munícipes dos quarenta e cinco municípios das cinco microrregionais de saúde que compõem a macro região do território do Cariri, reafirmando a fala do entrevistado e comprovando que, embora em proporções diferenciadas, ainda assim todos os municípios referenciados apresentam internações realizadas no HRC:

Quadro 14: Demonstrativo de internações hospitalares do HRC por municípios

MUNICÍPIOS		2012	2013	2014	2015	2016
17ª CRES - ICÓ	BAIXIO	7	4	3	12	13
	CEDRO	17	21	32	81	70
	ICÓ	9	5	15	28	82
	IPAUMIRIM	0	8	6	19	12
	LAVRAS DA MANGABEIRA	28	36	80	86	54
	ORÓS	1	2	1	28	49
	UMARI	3	1	1	3	5
18ª CRES - IGUATU	ACOPIARA	4	5	11	26	99
	CARIÚS	3	10	11	10	26
	CATARINA	2	1	5	4	4
	DEP. IRAPUAN PINHEIRO	0	1	0	0	3
	IGUATU	6	13	24	70	136
	JUCÁS	3	10	7	11	26
	MOMBAÇA	0	0	5	23	54
	PIQUET CARNEIRO	2	0	2	6	28
	QUIXELÔ	0	1	2	14	36
	SABOEIRO	2	2	2	5	25
19ª CRES - BREJO SANTO	ABAIARA	13	12	12	18	18
	AURORA	41	36	56	53	46
	BARRO	27	23	59	45	55
	BREJO SANTO	60	56	85	75	58
	JATI	20	18	18	22	18
	MAURITI	97	92	136	84	90
	MILAGRES	45	52	70	56	58
	PENAFORTE	20	9	18	7	19
	PORTEIRAS	22	23	60	26	30
20ª CRES - CRATO	ALTANEIRA	7	27	33	24	31
	ANTONINA DO NORTE	20	21	18	23	14
	ARARIPE	39	61	86	69	79
	ASSARÉ	35	41	60	75	59
	CAMPOS SALES	51	54	101	88	71
	CRATO	207	385	517	409	345
	FARIAS BRITO	32	64	110	82	71
	NOVA OLINDA	22	40	72	64	40
	POTENGI	32	48	47	50	42
	SALITRE	13	40	50	39	32
	SANTANA DO CARIRI	39	44	65	54	49
	TARRAFAS	6	25	15	16	28
	VARZEA ALEGRE	41	94	109	83	80
21ª CRES - JUAZEIRO DO NORTE	BARBALHA	43	66	128	87	96
	CARIRIAÇU	162	151	214	212	183
	GRANJEIRO	9	30	37	23	37
	JARDIM	32	69	157	79	92
	JUAZEIRO DO NORTE	3084	3.694	3785	3185	3127
	MISSÃO VELHA	65	56	97	77	69
OUTROS MUNICÍPIOS		167	58	66	63	55

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do Censo Hospitalar HRC (2017)

A legislação do SUS apresenta documentos que definem a cobertura assistencial mínima preconizada pelo ministério da saúde para uma determinada população. A exemplo da portaria do MS/GM nº 1.631 de 01 de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e define estimativas de necessidades de saúde da população baseada no estabelecimento de parâmetros de cobertura assistencial, considerando todas as ofertas de serviço dos municípios.

Porém não conseguimos utilizá-la em nosso estudo por tratar-se da análise de desempenho de um único hospital e não de toda a rede de serviços oferecida à população adscrita. Portanto, diante desta dificuldade e para garantir a análise da homogeneidade de benefícios da política em estudo, calculamos a taxa de atendimentos e de internações hospitalares baseada no quantitativo da população de cada município, uma vez que não se aplica usarmos como parâmetro a portaria do MS/GM nº 1.631 de 01 de outubro de 2015.

Desta forma, apresentaremos a seguir a taxa de atendimentos e de internações hospitalares baseada no quantitativo da população de cada município e nos resultados de atendimentos e internações do Hospital Regional do Cariri nos últimos cinco anos. O quantitativo da população de cada município foi extraído do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2016), disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>.

Iniciaremos apresentando a Taxa de Atendimentos de Urgência realizados no Hospital Regional do Cariri. Para efeito de cálculo dividimos a quantidade de atendimentos de urgência dos últimos cinco anos pela população de cada município e/ou microrregião e multiplicamos por 1.000, perfazendo assim um resultado que apresenta a quantidade de atendimentos por mil habitantes nos últimos cinco anos, e consideramos este o resultado como sendo a **Taxa de Atendimentos de Urgência**, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{TxAU} = \frac{\text{QAU}}{\text{POP}} \times 1.000, \text{ sendo:}$$

TxAU = taxa de Atendimentos de Urgência

POP = população de cada microrregião e/ou município (quantidade de habitantes)

QAU = quantidade de Atendimentos de Urgência no HRC nos últimos 5 anos

O quadro 15 a seguir ilustra os resultados por município e por microrregião respectivamente:

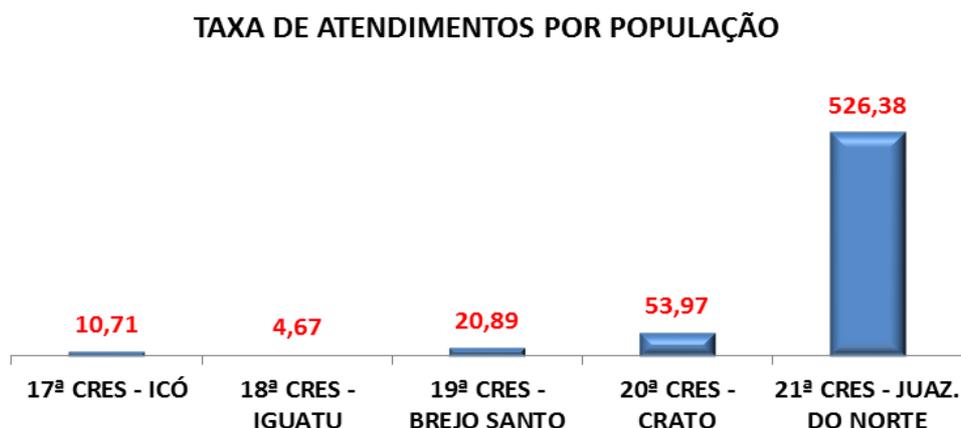
Quadro 15: Taxa de atendimentos na emergência do HRC por municípios e por microrregiões

MUNICÍPIOS		Por município			Por microrregião		
		POP	QAU	TxAU	POP	QAU	TxAU
17ª CRES - ICÓ	BAIXIO	6.214	86	13,84	171.293	1.834	10,71
	CEDRO	25.038	520	20,77			
	ICÓ	67.345	300	4,45			
	IPAUMIRIM	12.327	90	7,30			
	L.DA MANGABEIRA	31.359	651	20,76			
	ORÓS	21.342	158	7,40			
	UMARI	7.668	29	3,78			
18ª CRES - IGUATU	ACOPIARA	53.358	278	5,21	319.365	1.493	4,67
	CARIÚS	18.807	135	7,18			
	CATARINA	20.269	25	1,23			
	DEP. IRAPUAN PINHEIRO	9.483	13	1,37			
	IGUATU	102.013	539	5,28			
	JUCÁS	24.540	145	5,91			
	MOMBAÇA	43.678	157	3,59			
	PIQUET CARNEIRO	16.599	66	3,98			
	QUIXELÔ	14.903	63	4,23			
	SABOIEIRO	15.715	72	4,58			
19ª CRES - BREJO SANTO	ABAIARA	11.483	241	21,0	213.150	4.453	20,89
	AURORA	24.548	562	22,9			
	BARRO	22.361	465	20,8			
	BREJO SANTO	48.451	736	15,2			
	JATI	7.827	184	23,5			
	MAURITI	46.335	1.154	24,9			
	MILAGRES	28.292	622	22,0			
	PENAFORTE	8.888	152	17,1			
PORTEIRAS	14.965	337	22,5				
20ª CRES - CRATO	ALTANEIRA	7.413	297	40,1	343.843	18.558	53,97
	ANTONINA DO NORTE	7.253	234	32,3			
	ARARIPE	21.345	779	36,5			
	ASSARÉ	23.191	663	28,6			
	CAMPOS SALES	27.167	848	31,2			
	CRATO	129.662	11.436	88,2			
	FARIAS BRITO	18.789	903	48,1			
	NOVA OLINDA	15.310	633	41,3			
	POTENGI	10.856	620	57,1			
	SALITRE	16.248	366	22,5			
	SANTANA DO CARIRI	17.479	690	39,5			
	TARRAFAS	8.875	226	25,5			
	VARZEA ALEGRE	40.255	863	21,4			
21ª CRES - JUAZEIRO DO NORTE	BARBALHA	59.343	3.126	52,7	421.326	221.776	526,38
	CARIRIAÇU	26.876	2.823	105,0			
	GRANJEIRO	4.459	408	91,5			
	JARDIM	27.074	1.044	38,6			
	JUAZEIRO DO NORTE	268.248	213.199	794,8			
	MISSÃO VELHA	35.326	1.176	33,3			

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do último censo do IBGE e do Censo Hospitalar HRC (2017)

O gráfico 9 a seguir resume o demonstrativo da taxa de atendimentos de urgência realizados pelo HRC nos últimos cinco anos apresentados por microrregião de saúde.

Gráfico 9: Taxa de atendimentos na emergência do HRC por microrregiões de saúde



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do último censo do IBGE e do Censo Hospitalar HRC (2017)

Ao analisar a taxa de atendimentos, percebemos que há uma relativa equanimidade entre as quatro primeiras microrregiões, da 17ª a 20ª CRES, porém a 21ª mais uma vez se apresenta discrepante no comparativo às demais. Isto nos faz confirmar as impressões anteriormente já discutidas e corroboradas pela fala de alguns dos entrevistados, conforme ilustramos a seguir:

“(…) o fato do sistema de saúde local de Juazeiro do Norte não está organizado e não garantir o acesso para sua população acaba sobrecarregando o hospital de maior porte que poderia dar uma resolutividade maior para nossa macrorregião. Além da dificuldade que ainda enfrentamos na regulação não só no HRC, mas em toda a rede de serviços.” (GESTOR 6)

“(…) por ser um hospital de portas abertas a regulação não funciona plenamente, então nós estamos sofrendo esta dificuldade de acesso, porque os leitos ficam ocupados com os pacientes que procuram o hospital pela emergência e não possibilita que os leitos sejam regulados, prejudicando os demais municípios da macrorregião do Cariri.” (GESTOR 7)

Apresentaremos a seguir a Taxa de Internações Hospitalares realizadas pelo Hospital Regional do Cariri. Para efeito de cálculo dividimos a quantidade de internações hospitalares dos últimos cinco anos pela população de cada município e/ou microrregião e multiplicamos por 1000, perfazendo assim um resultado que apresenta a quantidade de internações hospitalares por mil habitantes nos últimos cinco anos, e consideramos este o resultado como sendo a **Taxa de Internações Hospitalares**, de acordo com a seguinte fórmula:

$$TxIH = \frac{QIH}{POP} \times 1.000, \text{ sendo:}$$

TxIH = taxa de internações hospitalares

POP = população de cada microrregião e/ou município (quantidade de habitantes)

QIH = quantidade de internações hospitalares no HRC nos últimos 5 anos

O quadro 16 a seguir ilustra os resultados por município e por microrregião respectivamente:

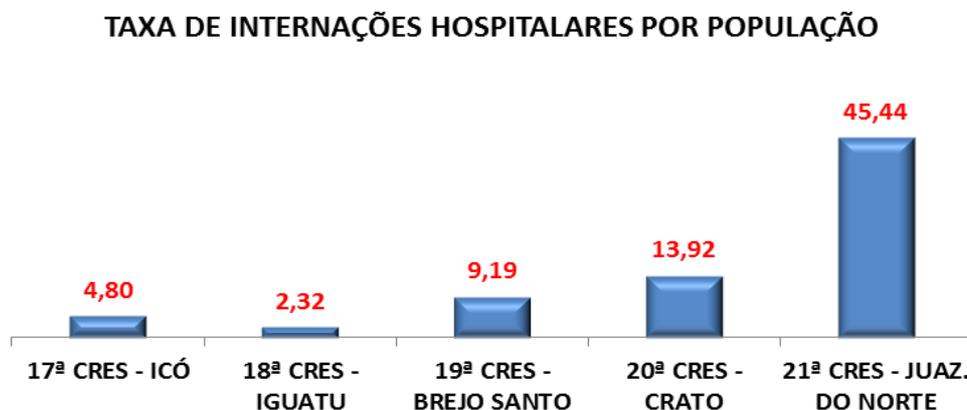
Quadro 16: Taxa de internações hospitalares realizadas no HRC por municípios e microrregiões

MUNICÍPIOS	Por município			Por microrregião		
	POP	QIH	TxIH	POP	QIH	TxIH
17ª CRES - ICÓ	BAIXIO	6.214	39	171.293	822	4,80
	CEDRO	25.038	221			
	ICÓ	67.345	139			
	IPAUMIRIM	12.327	45			
	L. DA MANGABEIRA	31.359	284			
	ORÓS	21.342	81			
	UMARI	7.668	13			
18ª CRES - IGUATU	ACOPIARA	53.358	145	319.365	740	2,32
	CARIÚS	18.807	60			
	CATARINA	20.269	16			
	DEP. IRAPUAN PINHEIRO	9.483	4			
	IGUATU	102.013	249			
	JUCÁS	24.540	57			
	MOMBAÇA	43.678	82			
	PIQUET CARNEIRO	16.599	38			
	QUIXELÓ	14.903	53			
SABOIEIRO	15.715	36				
19ª CRES - BREJO SANTO	ABAIARA	11.483	73	213.150	1.958	9,19
	AURORA	24.548	232			
	BARRO	22.361	209			
	BREJO SANTO	48.451	334			
	JATI	7.827	96			
	MAURITI	46.335	499			
	MILAGRES	28.292	281			
	PENAFORTE	8.888	73			
PORTEIRAS	14.965	161				
20ª CRES - CRATO	ALTANEIRA	7.413	122	343.843	4.788	13,92
	ANTONINA DO NORTE	7.253	96			
	ARARIPE	21.345	334			
	ASSARÉ	23.191	270			
	CAMPOS SALES	27.167	365			
	CRATO	129.662	1.863			
	FARIAS BRITO	18.789	359			
	NOVA OLINDA	15.310	238			
	POTENGI	10.856	219			
	SALITRE	16.248	174			
	SANTANA DO CARIRI	17.479	251			
	TARRAFAS	8.875	90			
	VARZEA ALEGRE	40.255	407			
21ª CRES - JUAZEIRO DO NORTE	BARBALHA	59.343	420	421.326	19.146	45,44
	CARIRI AÇU	26.876	922			
	GRANJEIRO	4.459	136			
	JARDIM	27.074	429			
	JUAZEIRO DO NORTE	268.248	16.875			
	MISSÃO VELHA	35.326	364			

Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do último censo do IBGE e do Censo Hospitalar HRC (2017)

O gráfico 10 a seguir resume o demonstrativo da taxa de internações hospitalares realizadas pelo HRC nos últimos cinco anos apresentados por microrregião de saúde.

Gráfico 10: Taxa de internações hospitalares realizadas no HRC por microrregiões de saúde



Fonte: Elaboração própria com dados extraídos do último censo do IBGE e do Censo Hospitalar HRC (2017)

No tocante as internações hospitalares, também podemos constatar o que já fora dito anteriormente, uma vez que ao analisarmos a taxa de internações hospitalares percebemos que a discrepância de acesso entre as microrregiões de saúde diminuiu ao compararmos uma com a outra, embora a 21ª continue a se apresentar com maior acesso.

De uma forma geral e diante dos dados apresentados, podemos inferir que as fragilidades relatadas pelos entrevistados no que se refere ao sistema assistencial do município sede onde o hospital está alocado, vem prejudicando o acesso equânime dos demais municípios que são referenciados para o Hospital Regional do Cariri.

Porém é importante destacar ainda, que embora, mesmo em quantidades reduzidas, todos os municípios que compõem a macrorregião de saúde do Cariri, apresentam representatividade nos atendimentos de urgência e nas internações hospitalares realizadas pelo Hospital Regional do Cariri.

3.3 Perspectivas futuras para o fortalecimento de gestão da política pública em estudo

De acordo com um dos princípios básicos da administração fazer gestão nada mais é do que fazer as coisas por meio das pessoas de maneira eficiente e eficaz. Eficiente no tocante a racionalidade econômica, ou seja, a razão custo/benefício que a organização pode lograr para prestar ou produzir seus serviços. E eficaz no tocante ao alcance dos objetivos.

Na medida em que a administração se defronta com novos desafios e novas situações que se desenvolvem com o decorrer do tempo, as teorias administrativas precisam adaptar suas abordagens ou modificá-las completamente para continuarem úteis e aplicáveis. (CHIAVENATO, 2007, p.23).

Diante da problemática apresentada anteriormente e de acordo com alguns dos participantes deste estudo, existem algumas perspectivas e propostas de gestão para o enfrentamento da problemática local, no que diz respeito ao município onde está sediado o HRC, conforme podemos perceber através das falas a seguir:

“(...) a proposta de Juazeiro do Norte com relação a colocar o Hospital São Lucas como Hospital Geral. Então eu acredito que se o Juazeiro do Norte reorganizar sua porta de entrada e se o Estado viabilizasse fechar a porta do Regional, deixando aberta só para trauma com regulação da Central e SAMU.” (GESTOR 3)

“(...) estamos acompanhando algumas propostas da nova equipe que assumiu a gestão municipal de Juazeiro do Norte, uma delas é o fortalecimento da estratégia de saúde da família. Já estão sendo lotados os profissionais. Eles estão organizando para que todas as Unidades Básicas Saúde (UBS) funcionem. Em relação à rede hospitalar eles estão propondo ampliar os serviços do hospital São Lucas, reformar o hospital infantil e outros serviços para que a população não se concentre somente no HRC.” (GESTOR 8)

Contudo, para prosseguirmos adiante com o texto, sentimos a necessidade de reafirmar os quatro princípios básicos da administração defendidos por Chiavenato (2007), sendo eles: Planejar, Organizar, Dirigir e Controlar.

- Planejar no sentido de especificar os objetivos a serem atingidos e decidir antecipadamente as ações apropriadas que devem ser executadas para atingir esses objetivos, tais como: análise da situação atual; antecipação do futuro; determinação de objetivos; escolha de estratégia, e; determinação dos recursos necessários para se atingir os objetivos.
- Organizar no sentido de reunir e coordenar recursos (humanos, financeiros, físicos, de informação e outros) necessários ao atingimento dos objetivos, incluindo atividades como: atrair pessoas para a organização; especificar responsabilidades por tarefas; agrupar tarefas em unidades de trabalho; ordenar e alocar recursos, e; criar condições tais que as pessoas e as coisas trabalhem juntas para alcançar o máximo de sucesso.

- Dirigir no sentido de estimular as pessoas a terem alto desempenho, motivar e comunicar-se com os funcionários, individualmente e em grupos.
- Controlar no sentido de monitorar o progresso e implementar as mudanças necessárias.

Em concordância com o autor citado acima, alguns participantes do estudo falam das propostas e perspectivas de gestão para o enfrentamento da problemática de dificuldade do acesso de uma forma mais ampliada, conforme podemos conferir através das seguintes falas:

“(...) fala-se em fortalecer as regionais no que diz respeito ao controle, avaliação e monitoramento para cobrar dos municípios melhor resolutividade dos serviços. (...) unificar a regulação para o estado do Ceará inteiro e que todos os pacientes sejam regulados aguardando no hospital pelo até surgir o leito no hospital de referência, evitando que fiquem pacientes nos corredores.” (GESTOR 5)

“(...) atualmente nós estamos acompanhando a discussão no nível central da SESA de uma reorganização das centrais de regulação, da programação pactuada e integrada (PPI), através de uma revisão unificar a estrutura de regulação, redimensionar essas estruturas, redefinir o papel de cada um, o papel dos hospitais, o papel dos gestores neste processo para tentar melhorar e garantir o acesso do paciente.” (GESTOR 6)

“(...) a Secretaria da Saúde do Estado vem estudando uma forma de melhorar a regulação do Estado e não apenas somente do HRC, mas de ver a questão da regulação para todo o Estado do Ceará. (GESTOR 7)

De uma forma geral podemos inferir que diante de todo o contexto apresentado existe uma necessidade real de fortalecimento da política pública de saúde para que a mesma possa continuar exercendo seu papel de forma eficaz e principalmente de forma mais equanime, beneficiando de forma mais igualitária os usuarios para quem a política foi idealizada e construída.

Assim como com o termo eficácia, e também preservadas as diferenças metodológicas, o estudo de Barros & Sousa (2016) traz em seus resultados alguns comparativos aplicáveis ao nosso estudo quando afirmam que, em outras palavras, é preciso considerar a equidade como sendo a estratégia para se atingir a igualdade de oportunidades no tocante ao usufruto de boas condições de saúde e de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação, levando-se em conta as disparidades de ordem social, étnica, econômica e cultural.

Tais autores defendem que é preciso avançar nessa discussão de modo a se estabelecer balizas seguras que resultem na prática de promoção da equidade necessária à concretização do direito à saúde, capazes ainda de produzir, como fruto, a melhoria objetiva de indicadores de saúde, da percepção individual de satisfação para com seu próprio estado de saúde, de familiares e da comunidade a que se pertence. “Além disso, que possa ser atingido o ideal de um sistema de saúde que seja capaz de garantir o necessário a todos, levando-se em conta singularidades e necessidades.” (BARROS & SOUSA, 2016)

Já em outro estudo, Whitehead (2000) traz como resultado alguns conceitos que podem ser comparados com o resultado de nosso estudo notadamente quando a autora afirma que o conceito de equidade em relação à saúde e aos cuidados de saúde pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas. Equidade não significa que todos devem ter o mesmo estado de saúde, por exemplo, ou consumir a mesma quantidade de recursos dos serviços de saúde, independentemente da necessidade.

Quando se define mais precisamente o significado da equidade, pode-se começar a fornecer um estímulo para reconhecer e desafiar as causas das desigualdades. Acima de tudo, deve-se enfatizar que a solução de problemas de desigualdade não pode ser alcançada por um único nível de organização ou de um setor, mas tem de ocorrer a todos os níveis e envolver todos os parceiros de saúde para enfrentar os desafios do futuro (WHITEHEAD, 2000).

Assim sendo apresentaremos nas falas a seguir as propostas e perspectivas de gestão pontuadas por alguns dos participantes:

“(...) o HRC é o segundo de um quinteto de hospitais que comporão a rede especializada por todo o Ceará. Ele foi o 1º implantado em 2011, o 2º foi implantado em 2013 na região Norte, que foi o HRN, o 3º já está em funcionamento no Sertão Central HRSC que passou a funcionar em 2015 e a meta é que a SESA possa ainda ofertar mais 2 hospitais, um na região leste e outro na região metropolitana. Estes cinco hospitais interligados por uma rede consciente e elaborada, irão permitir mudar, repercutir na atenção de saúde como um todo no Ceará. Por que as unidades de saúde precisam se conectar, hospital terciário com atenção secundária, a atenção secundária com a primária, a primária com a rede hospitalar. E essa conexão vai ficar melhor quando tivermos todas as unidades cumprindo esse papel aí, vamos dizer regulador do sistema.” (GESTOR 1)

“(...) proposta de uma emergência referenciada indo de encontro a um dos princípios do SUS que é a equidade, oferecendo mais para quem precisa mais e melhorando o acesso aos municípios mais distantes através da garantia da reserva de leitos pela regulação. (...) assim você possibilita um uso mais equânime dessa região, permitindo cada um usar o que realmente necessita.” (GESTOR 2)

Desta forma, podemos perceber que fica claro pela fala dos entrevistados que há uma expectativa muito forte em se fortalecer o funcionamento dos hospitais regionais através da regulação de leitos. Para tanto será necessária a inserção de outros hospitais macrorregionais em todo o estado do Ceará e o monitoramento dos municípios na promoção de serviços de saúde em todos os níveis de atenção e que estejam em suas esferas de competências, com a finalidade de não sobrecarregar os hospitais conforme ilustramos pela fala de um dos entrevistados:

“(…) é importante perceber a evolução e o esforço coletivo de cada município, por menor que seja, tentando implementar ações que tenham repercussão na saúde pública como um todo. O hospital apesar de ser necessário ele é o extremo da atenção em saúde, né? O mais complexo dos elementos dentro da atenção a saúde. Então por esta razão é fundamental a gente monitorar isso.” (GESTOR 1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se propunha a realizar avaliação de uma política pública, analisando o desempenho do Hospital Regional do Cariri, identificado como uma política pública de saúde. Para tanto buscamos através da literatura, compreender o significado e a importância dos termos política pública e avaliação de políticas públicas.

Ao final, conseguimos perceber que já existe uma relevante quantidade de estudos sobre políticas públicas, porém uma quantidade não muito significativa de estudos sobre avaliação destas políticas, principalmente na área da saúde.

Com isso, apesar de toda a produção de conhecimento científico sobre avaliação, e do consenso sobre o seu conceito, observa-se que não há uma concordância de ideias a respeito das abordagens e tipologias adotadas, o que traduz certa dificuldade para os que objetivam aprofundar estudos sobre o tema.

O objetivo geral desta pesquisa foi avaliar o desempenho de um hospital público terciário da rede estadual da saúde, no tocante a eficácia e equidade dos serviços prestados a população do território do cariri cearense. E os objetivos específicos, identificar como se apresenta a produção assistencial dos atendimentos realizados pelo Hospital Regional do Cariri, e identificar como se apresenta o acesso da população aos serviços ofertados pelo referido hospital, estratificando por municípios e microrregiões de saúde da macrorregião do cariri cearense.

Assim sendo, para atender aos objetivos propostos analisamos inicialmente os contratos de gestão, documentos que orientam o funcionamento da política pública, no caso o Hospital Regional do Cariri. E em seguida confrontamos com os dados de produção do referido hospital dos últimos cinco anos.

Considerando ser o Hospital Regional do Cariri uma política pública de saúde, para avaliar o seu desempenho, levamos em consideração os critérios de eficácia e equidade. Para cada critério, foi percebida a realidade de funcionamento do hospital, prezando pela observação do processo de construção e concepção da política pública de saúde, ao que foi pretendido através da formalização dos contratos de gestão e definição das metas e ao que está sendo realizado em termos de atendimentos, não deixando ainda de observar e perceber a realidade externa ao hospital, como o que chamamos de rede assistencial de serviços.

O hospital inaugurou em 2011, e foi gradativamente funcionando seus serviços ao longo dos anos 2012 e 2013. Somente no ano de 2014 é que passou a funcionar de forma integral, conforme já descrito anteriormente no referencial teórico. Isto explica de certa forma por que os resultados de produção nos anos de 2011 a 2013 se apresentarem abaixo do que fora contratualizado em contrato de gestão. A partir de 2014, quando o HRC passou a funcionar na sua totalidade, observa-se uma produção acima do que fora contratada, apresentando um volume bastante considerável acima da meta contratualizada.

Ao analisarmos a produção apresentada nos últimos cinco anos e confronta-la com o que fora pactuado em contratos de gestão, percebemos que muitas das metas são superadas em termos de produção. Assim, podemos dizer que o Hospital Regional do Cariri, está cumprindo seu papel no que concerne a eficácia nos atendimentos propostos para serem ofertados aos beneficiários desta política.

Embora não signifique dizer, que mesmo sendo eficaz, por estar alcançando as metas propostas, esteja atendendo em sua totalidade as necessidades da população, conforme pudemos evidenciar através das falas dos gestores entrevistados. No tocante a equidade nos serviços oferecidos pelo hospital em estudo, analisamos os dados de produção no que concerne ao acesso dos usuários aos atendimentos de urgência e internações hospitalares realizadas nos últimos cinco anos.

De posse destes dados podemos perceber que há uma discrepância no tocante a equidade nas quantidades de atendimentos de uma única microrregião em relação às demais, dificultando assim a garantia do acesso à população dos demais municípios que possuem o Hospital Regional do Cariri como referencia. Tal discrepância nos remete a perceber que há uma fragilidade na rede assistencial do município onde o hospital esta sediado, conforme citada pelos participantes deste estudo.

Esta desproporção se apresenta de forma mais acentuada nas quantidades de atendimentos de urgência e menos acentuada nas quantidades de internações hospitalares quando comparadas as taxas por população. Isto pode ser justificado pela atuação da Central de Regulação do Estado (CRESUS), que mesmo diante de várias dificuldades, realiza ações de caráter macrorregional, procurando promover a equidade na garantia do acesso ao usuário dos municípios mais distantes.

Dito isto, fica fácil perceber que as avaliações podem ser ambíguas. Tanto podem ser um “problema” para os governantes, gestores ou executores das políticas, se apresentarem resultados ruins, pois podem ser usados pelo público em geral para criticar o governo. Como

também podem ser “aliadas”, se apresentarem resultados satisfatórios podendo ser usados pelos mesmos para legitimar as próprias políticas.

De toda forma, a avaliação não deve ser pensada como uma ameaça, mas sim como um instrumento que auxilia na formulação e implementação de políticas públicas. Deve tornar-se uma cultura institucional que ajudará na tomada de decisões, trazendo reais benefícios tanto para as instituições executoras como para os atores envolvidos, principalmente os beneficiários.

Diante de tudo o que já foi dito, podemos considerar que a avaliação de desempenho dos serviços públicos permite não somente a produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, mas oferece a possibilidade de transformação dessa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais.

Assim, a avaliação de políticas públicas mostra-se como uma necessidade recorrente na atualidade, dada a diversidade de programas e projetos sociais que visam a melhorar o bem-estar dos indivíduos e da sociedade como um todo. Isto porque é importante saber o quanto um programa ou projeto social produz, de fato, em melhorias na vida do cidadão e como se pode aumentar a sua eficácia, eficiência e efetividade. Desta feita não podemos perder de vista a característica principal da avaliação, que é a sua aplicabilidade, ou seja, que seus resultados sejam utilizados para o aperfeiçoamento das ações.

Nesta perspectiva, concluímos que o Hospital Regional do Cariri está sendo uma política eficaz, porém necessita melhorar quanto à equidade de acesso dos usuários aos serviços ofertados. Ademais, possui importante papel no sentido de contribuir com o desenho de reconstrução da rede assistencial, contribuir com a formação de novos gestores e profissionais, e principalmente na formação de uma cultura de segurança e qualidade na região, não deixando de observar que trata-se de uma política muito jovem ainda e que segundo os autores estudados, em geral, os efeitos de uma política pública são tangíveis apenas após dez anos de sua implementação. Isto por que segundo Secchi (2014), as políticas públicas exigem um tempo de ajustamento, de assimilação de seus propósitos e de mudança no comportamento dos atores afetados por ela.

BIBLIOGRAFIA

ARRETCHE, M., 1997 **O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas**. In: GERSCHMAN, S. E VIANNA, M. L. W. A Miragem da Pós-Modernidade. Democracia e políticas sociais no contexto da globalização. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.127-152.

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras Editora; Lisboa: CPIHTS, 2000. (Série livro-texto; 1)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70. 2004.

BARROS, FERNANDO PASSOS CUPERTINO de; SOUSA, MARIA FÁTIMA de. **Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS**. Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.1, p.9-18, 2016.

BREVIDELLI, MARIA MEIMEI; FREITAS, FERNANDO CELSO GARCIA de. **Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil. Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Vol.17(9), pp.2471-2480, 2012.

BOAVENTURA, E. M. **Metodologia da Pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

BOBBIO, N. In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 12. Ed. V. 2. Brasília: Editora da UnB, 2002.

BONETI, Lindomar Wesseler. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Unijuí, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 7.508 de 28 junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, de 29 de junho de 2011.

_____. **Lei Orgânica da Saúde 8080**. Brasília, 1990.

_____. **Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998**: Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos

órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 25 maio 1998.

_____. **Medida provisória n. 1.591, de 9 de outubro de 1997:** Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção do laboratório Nacional de Luiz Sincrotron e da Fundação Roquette Pinto e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 22835, Brasília, 10 outubro 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas.** Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. **Padronização da nomenclatura do censo hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Portaria/GM nº 1.631 de 01 de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de outubro de 2015.

_____. **Portaria/GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 2010.

_____. **Portaria/GM n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de fevereiro de 2002.

CEARÁ. **Lei nº 12.781:** Que institui o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais, dispõe sobre a qualificação destas entidades e dá outras providências. Diário Oficial do Estado do Ceará (DOECE), 30 de dezembro de 1997.

_____. **Resolução n.º 10 de 11 de outubro de 2005 do Conselho Estadual de Saúde – CESAU.** Aprova o desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado Pág. 38. Caderno

Único. Diário Oficial do Estado do Ceará (DOECE) de 11 de Outubro de 2005.

_____. **Resolução n.º 93 de 26 de maio de 2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.** Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação. Diário Oficial da União (DOU) nº 101, de 29 de maio de 2006.

_____. **Resolução n.º 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.** Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União (DOU) de 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

CHAVES, L.D.P.; ANSEMI M.L. **Produção de internações hospitalares pelo sistema único de saúde no município de Ribeirão Preto.** São Paulo. Rev. Gaúcha Enfermagem 2006; 27(4): 583-92.

CHAVES, L.D.P. **Produção de internações nos hospitais sob gestão municipal em Ribeirão Preto, 1996-2003** [thesis]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2005. 159 p.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática.** Elsevier, Rio de Janeiro. 2007.

COBB, R. W.; ELDER, C. D. In: SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

COHEN, Ernesto, FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. (1997). “A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos”. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: Fiocruz

CONTRATO DE GESTÃO Nº02/2015 – HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. Disponível em <http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao/contratos>. Acesso em 18 de ago. 2016.

DALFOVO, M.S.; LANA, R.A; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos:** um resgate teórico. Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais**. Brasília: OPAS, 2001.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Ceará: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In.: Revista de administração de empresas, v. 35, n. 2, p. 57-63. Rio de Janeiro: mar./abr., 1995.

GOMES, M. de F. C. M. **Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico**. IN: Avaliação de políticas públicas e programas sociais: teoria e prática (org. Maria Ozanira da Silva e Silva) São Paulo: Veras Editora, 2001.

GUBA, E.G. & LINCOLN Y.S. **Fourth generation evaluation**. Berverly Hills: Sage. 1990.

HARTZ, Z. M. A. “**Institucionalizando a avaliação em saúde: lições (inter)nacionais nas evocações da França**”. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(2): 229-260. 2001.

HARTZ Z.M.A. & POUVOURVILLE, G. **Avaliação da eficiência em saúde: a eficiência em questão**. *Ciência & Saúde Coletiva*. , III(1): 68-82. 1998.

HEIDEMANN, F. G. **Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento**. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.) *Políticas públicas e desenvolvimento*. Brasília: Editora da UnB, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>. 2016. Acesso em 05 de janeiro de 2017.

LAKATOS, E. Maria; MARCONI, M. de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de pesquisa**. 7ªed. – São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINELLI, Maria Lúcia (org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MELO, A. M. **As setes vidas da agenda pública brasileira**. IN: Elizabeth Melo Rico (org.) Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate- 2 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 1999.

MINAYO, M. C. Técnicas de análise de material qualitativo. In: **O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOKATE, K. M. “**Convirtiendo el ‘monstruo’ en aliado: a avaliação como herramienta de la gerencia social**”. Revista do Serviço Público, 2002.

NUNES, A. et al. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

PEVORANO, D. G. **Manual de Metodologia Científica para a segurança pública e defesa social**. Jurua Editora. Curitiba: 2014. 230p.

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO CONTRATO DE GESTÃO 02/2015 – HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI. Disponível em <http://www.isgh.org.br/transparencia/contratos-de-gestao/relatorios-de-avaliacao>. Acesso em 12 de dez. 2016.

SARAVIA, Enrique. **O conceito de política pública**. In Saravia, Enrique & Ferrarezi, Elizabete. Políticas Públicas, Coletânea. Vol. 1. Brasília, ENAP, 2006.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2ª ed. 2014.

SILVA E SILVA, M. O. da. **Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos**. IN: Avaliação de políticas públicas e programas sociais: teoria e prática. (org. Maria Ozanira da Silva e Silva) São Paulo: Veras Editora, 2001.

SILVA, P. L. B. & MELO, M. A. B. “**O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**”. In: *Caderno n° 48 - NEPP-UNICAMP*, 2000.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A**ROTEIRO DE PESQUISA**

- 1) Produção de atendimentos assistenciais realizados no HRC nos últimos cinco anos:
 - a. Atendimentos de urgência e emergência
 - b. Internações hospitalares
 - c. Serviços de apoio diagnóstico - SADT
 - d. Procedimentos cirúrgicos
 - e. Procedimentos ambulatoriais
 - f. Saídas hospitalares
 - g. Programas Especiais
 - i. Programa de Atendimento Domiciliar – PAD
 - ii. Programa de Qualidade Hospitalar – PQH
 - iii. Programa de Residência Médica – PRM
- 2) Eficácia (nível de alcance de metas pretendidas) apresentada pelo HRC nos últimos cinco anos
 - a. Produção contratualizada X Produção realizada
- 3) Equidade (estratificação do acesso) por regional de saúde e por município que compõe as regionais de saúde do território do Cariri
 - a. Atendimentos de urgência e emergência por município
 - b. Internações hospitalares por município
 - c. Atendimentos de urgência e emergência por microrregiões de saúde
 - d. Internações hospitalares por microrregiões de saúde

APÊNDICE B**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O SECRETÁRIO ESTADUAL DA SAÚDE E
PRESIDENTE DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL**

i) PERFIL

Sexo: M () F ()

Formação _____

Tempo em que atua no cargo _____

ii) CONHECIMENTO DA PROBLEMÁTICA

- 1) Qual o seu conhecimento sobre política pública de saúde?
- 2) Considerando ser o Hospital Regional do Cariri uma política pública de saúde, qual o seu conhecimento de como se deu a construção desta política?
- 3) No momento de construção desta política, foi pensado como se daria o acesso dos usuários aos serviços ofertados por esta política?
- 4) O Hospital Regional do Cariri é gerido por uma Organização Social, e seu desempenho é medido pelo alcance do que está proposto em contrato de gestão. Qual o seu conhecimento de como se compoem as metas propostas em contrato?
- 5) Na sua opinião, as metas propostas em contrato de gestão, uma vez alcançadas, atendem as necessidades da região?

iii) PERSPECTIVAS DE GESTÃO

- 1) Existe alguma perspectiva de gestão para o fortalecimento da política pública apresentada, no caso, o Hospital Regional do Cariri? Qual?

APÊNDICE C**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS COORDENADORES DAS REGIONAIS E
PARA O COORDENADOR DA REGULAÇÃO**

i) PERFIL

Sexo: M () F ()

Formação _____

Tempo em que atua no cargo _____

ii) CONHECIMENTO DA PROBLEMÁTICA

- 1) Qual o seu conhecimento sobre política pública de saúde?
- 2) Considerando ser o Hospital Regional do Cariri uma política pública de saúde, qual o seu conhecimento de como se deu a construção desta política?
- 3) No momento de construção desta política, foi pensado como se daria o acesso dos usuários aos serviços ofertados por esta política?
- 4) Este acesso está garantido? Por quê?
- 5) Na sua opinião, quais os principais fatores que levam ao agravamento da problemática apresentada?

iii) PERSPECTIVAS DE GESTÃO

- 1) Existe alguma perspectiva de gestão para o enfrentamento da problemática apresentada? Qual?

APÊNDICE D**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Título da Pesquisa: **AVALIAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA: ANÁLISE DE DESEMPENHO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO TERRITÓRIO DO CARIRI.**

Nome do Pesquisador (a): **DEMOSTÊNIA COELHO RODRIGUES**

1. **Natureza da pesquisa:** O (a) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade analisar a realidade local para o fortalecimento do Hospital Regional do Cariri como política pública de saúde. Os dados obtidos serão utilizados na elaboração da dissertação como pré-requisito para a conclusão do Curso de Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri (UFCA).
2. **Participantes da pesquisa:** Participarão desta pesquisa, o secretário de saúde do Estado, o presidente do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, os cinco coordenadores das Regionais de Saúde da Macroregião do Cariri e o(a) coordenador(a) da Regulação na macrorregião do cariri cearense.
3. **Envolvimento na pesquisa:** Ao participar deste estudo o sr (a) permitirá que a pesquisadora possa validar suas impressões sobre a pesquisa, evitando assim o juízo de valor. O (a) sr. (a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o (a) sr. (a).
4. **Sobre as entrevistas:** As entrevistas serão gravadas por telefone em datas e horários a combinar e posteriormente transcritos trechos de suas falas durante as análises da pesquisa.
5. **Riscos e desconforto:** Diante do risco de identificação dos participantes do estudo, tendo em vista serem representantes únicos de cada setor, os riscos serão amenizados através do anonimato e confidencialidade dos dados. A participação nesta pesquisa não traz complicações legais, pois se propoe a realizar uma análise retrospectiva dos dados da produção assistencial dos atendimentos realizados pelo Hospital Regional do Cariri nos últimos cinco anos e identificar como se apresenta o acesso da população aos serviços ofertados pelo referido hospital. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

6. **Confidencialidade:** Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados, que serão usados exclusivamente para compor os resultados da pesquisa.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

O pesquisador responsável estará a disposição para dúvidas e esclarecimentos na Rua P3 nº 329, bairro Sítio Mata dos Limas, cidade Barbalha ou ainda no seguinte telefone: (88) 98827.3097.

Juazeiro do Norte-CE, _____ de _____ de _____.

Participante da Pesquisa

Demostênia Coelho Rodrigues
Pesquisadora Responsável

Prof. Dr. Eduardo Vivian da Cunha
Orientador