

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Contrastando organizações de serviços de saúde públicas e privadas: a experiência dos gestores

Viviane Dias Giordano

Mestrado em Gestão

Orientador: Prof. Doutor Francisco Guilherme Nunes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School

Outubro, 2020



**BUSINESS
SCHOOL**

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Contrastando organizações de serviços de saúde públicas e privadas: a experiência dos gestores

Viviane Dias Giordano

Mestrado em Gestão

Orientador: Prof. Doutor Francisco Guilherme Nunes, Prof. Auxiliar, ISCTE Business School

Outubro, 2020

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, José Augusto Dutra Dias e Aglaé Moreira dos Reis Dias, pelo exemplo de trabalho árduo, humanidade, compaixão e dedicação aos filhos.

À minha irmã, Christiane Dias, grande incentivadora na minha vida acadêmica, incansável nas palavras de estímulo em todos os meus momentos de preocupação.

A meu marido, Mario Vicente Giordano, que tanto colaborou na assistência ao lar e à família, em todos os momentos que me fiz ausente para confecção deste trabalho.

Às minhas filhas, Maria Fernanda e Juliana, que enchem o lar de alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, sempre me iluminando e me mostrando os melhores caminhos a seguir.

Ao Professor Francisco Guilherme Nunes, que sempre ávido por conhecimento, me auxiliou constantemente na elaboração da tese. Nos momentos mais desanimadores e cansativos, ele foi a energia que me fez continuar.

À Coordenadora e Professora Tânia Furtado, uma incentivadora constante de nosso trabalho, do estudo da Gestão em Saúde, sempre buscando aprimoramento de todos, público ou privado, para uma melhor execução do trabalho administrativo, em todas as esferas de uma Organização de Saúde.

À Professora e Coordenadora Generosa Gonçalves Simões Nascimento pelos ensinamentos prestados nos momentos de convívio em Portugal e Brasil, nos auxiliando na elaboração dos trabalhos vinculando a FGV e ISCTE.

Aos Diretores e Líderes dos quais pude conviver nesses anos de prática em Gestão de Saúde, em especial Carlos André Loja, Diretor Regional da Amil-UHG, meu muito obrigado por auxiliar meu crescimento e amadurecimento em Gestão Administrativa em Saúde. O convívio nestes últimos anos, nas situações de alegria, apreensão ou tristeza, me fez aprender muito sobre minha profissão, observando suas atitudes e posturas diante destes momentos que todo gestor deve passar.

À Joyce Santos, funcionária da Comunicação do Instituto Nacional de Cardiologia, pela imensa ajuda nos agendamentos com Gestores para as entrevistas.

À Viviane Belídio, Coordenadora Hospitalar do Instituto Nacional de Cardiologia, renomado serviço público de nosso país, pelos incentivos nos momentos mais difíceis deste estudo, além de colaborar com seus conhecimentos, sobre a gestão pública.

Ao Gestor de Enfermagem Adriano Valadão, Gerente de Enfermagem Amil-UHG, que tanto me auxilia no dia a dia compartilhando seus amplos conhecimentos na área de Gestão Hospitalar.

Aos meus queridos amigos de profissão da Fundação Getúlio Vargas e ISCTE, que juntos aprendemos os alicerces da Administração em Organizações de Saúde. Juntos passamos muitos momentos de alegria, de aprendizado, de tristeza e neste final do mestrado, até de pânico. Conseguimos!

A todos os Gestores que me auxiliaram, respondendo ao questionário, que foi o escopo de meu estudo. Suas experiências e dilemas compartilhados foram fundamentais para

que eu pudesse desenvolver meu estudo.

A todos, que de modo direto ou indireto, foram responsáveis pela elaboração deste trabalho, meus sinceros agradecimentos e respeito.

RESUMO

No Brasil existem diferentes tipos de prestação de Serviços em Saúde, públicos e privados. O Sistema Único de Saúde é de livre acesso para a sociedade e possui formas de gestão diversas, podendo ser serviços públicos com gestão privada ou propriamente público, sendo o financiador o Estado. Esta pesquisa contrasta organizações de saúde públicas e privadas no Brasil. Estudo qualitativo, através de entrevistas abertas com gestores, com a finalidade de identificar atuações e vivências dos gestores em ambas as esferas, com melhores ou piores desfechos. Na literatura mundial temos evidências de contrastes relacionados às características das organizações de saúde públicas e privadas, tais como mecanismos de gestão. Muitas vezes há fontes financiadoras e reguladoras distintas nos setores público e privados, influenciando os resultados. No estudo, encontramos em organizações privadas práticas de gestão de recursos humanos inadequadas, com cobranças excessivas pela performance e ausência de estabilidade como características deletérias ao ser humano. Por outro lado, o acesso à tecnologia e remuneração justa são atrativos para trabalhar em organizações privadas. Identificamos nas organizações públicas um sistema burocrático deficiente com escassez de recursos (tecnológicos e humanos) e gestão inadequada. Nestas organizações a estabilidade adquirida através de concursos públicos é identificada como o fator de maior relevância no Brasil, sendo predominantemente o motivo de se manter no cargo, embora tenham menores remunerações e enfrentem diversos obstáculos. A influência política foi identificada nas organizações públicas como fator negativo e impactante no presente estudo, visto que existem interesses políticos que prejudicam a gestão dessas organizações.

Palavras-chave: Administração Hospitalar. Gestão em Saúde. Administração Privada. Sistema Único de Saúde.

JEL Classification Codes Guide

H830 - Public Administration; Public Sector Accounting and Audits.

I180 Health: Government Policy; Regulation; Public Health

ABSTRACT

In Brazil there are different types of provision of Health Services, public and private. The Unified Health System is freely accessible to society and has different forms of management, which can be public services with private management or properly public, with the financier being the State. This research contrasts public and private health organizations in Brazil. Qualitative study, through open interviews with managers, in order to identify the actions and experiences of managers in both spheres, with better or worse outcomes. In the world literature we have evidence of contrasts related to the characteristics of public and private health organizations, such as management mechanisms. There are often different funding and regulatory sources in the public and private sectors, influencing the results. In the study, we found inadequate human resource management practices in private organizations, with excessive demands for performance and lack of stability as deleterious characteristics for human beings. On the other hand, access to technology and fair remuneration are attractive to work in private organizations. We have identified a deficient bureaucratic system in public organizations with scarcity of resources (technological and human) and inadequate management. In these organizations, the stability acquired through public tenders is identified as the most relevant factor in Brazil, being predominantly the reason to remain in office, although they have lower remunerations and face several obstacles. Political influence was identified in public organizations as a negative and impacting factor in the present study, as there are political interests that hinder the management of these organizations.

Keywords: Hospital Administration. Health Management. Private Administration. Health Unified System.

JEL Classification Codes Guide

H830 - Public Administration; Public Sector Accounting and Audits.

I180 Health: Government Policy; Regulation; Public Health

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parceria Público Privada
RH	Recursos Humanos
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos entrevistados

14

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1. Estrutura de dados: aspectos positivos de serviços públicos e privados	19
Figura 3.2. Estrutura de dados: aspectos negativos de serviços públicos e privados	20

ÍNDICE

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Siglas e Abreviaturas	xi
Lista de Tabelas	xiii
Lista de Figuras	xv
1. Introdução	1
Capítulo 1 – A prestação de serviços: diferenças entre serviços públicos e privados	3
1.1. O papel das organizações de serviços de saúde na promoção do bem-estar da população brasileira	3
1.2. Serviços de saúde públicos e privados: o que os diferencia	5
1.3. Diferenças entre organizações públicas e privadas: evidência da literatura qualitativa	8
Capítulo 2 – Sistema de saúde brasileiro e origem do SUS	11
2. Método	13
3. Resultados	17
4. Discussão	25
5. Conclusão	31
6. Referências Bibliográficas	33
7. Anexos	37
Anexo A	37
Anexo B	39

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde no mundo são prestados por diversas entidades, com diferentes finalidades e estatutos jurídicos. Os tipos de serviços existentes são: Serviços Públicos, Serviços Privados, Parcerias Público-Privadas (PPP) e Organizações Sociais (OS), sendo campo fundamental para a viabilidade do país no cuidado com a população. Estas diferenças no modo de gestão, governança e objetivos a atingir, podem ter consequências relevantes no sistema nacional de saúde, em particular, num contexto em que o esforço financeiro de toda a sociedade para promoção da saúde é acentuado.

Por causa da sua importância social e econômica, o setor de saúde é uma área disputada por atores que têm interesses divergentes: os usuários, que querem serviços de qualidade, mas baratos; os profissionais, que querem desenvolver seu conhecimento, suas habilidades, sua profissão, obter uma renda, prestando bons serviços; as empresas; os seguros; os estabelecimentos privados que querem fazer bons negócios; o Governo, que quer benefícios políticos, etc. A reflexão sobre a organização e gestão dos serviços de saúde deve considerar essas particularidades e não pode contentar-se em tratar o setor saúde como qualquer outro (Dussault, 1992).

Conhecer em que se diferenciam os prestadores, em especial os que integram os setores público e privado, e em que condições poderão gerar resultados mais ou menos favoráveis aos enfermos que procuram assistência, revela-se fundamental, de forma a desenvolver uma política de saúde equitativa, de qualidade e financeiramente sustentável. Do ponto de vista científico, esta pesquisa é uma oportunidade para aprofundar o nosso conhecimento sobre o que aproxima e diferencia o funcionamento das organizações de saúde pertencentes a estes dois setores. A pesquisa tem como objetivo identificar nas organizações de saúde públicas e privadas os contrastes na gestão, baseado nas análises das vivências dos entrevistados. A percepção das diferenças na prestação dos serviços de saúde, afetando desfechos na qualidade assistencial, foi a maior incentivadora na escolha do tema. Com o propósito de identificar as diferenças entre prestadores de serviços públicos e privados, em âmbito nacional (Brasil), foram entrevistados gestores de saúde (médicos e enfermeiros) que trabalham ou tiveram experiência em mais de uma organização de setores diferentes.

Ao nível da gestão, o conhecimento a produzir poderá constituir evidência que fundamente de forma mais robusta as decisões de todos aqueles que procuram obter resultados melhores para as organizações que dirigem.

Este trabalho procura identificar as diferenças nas características organizacionais e modos de gestão percebidas em organizações públicas e privadas, admitindo, no entanto, a existência de argumentos no sentido oposto, ou seja, que existem razões válidas para supor que há semelhanças entre as organizações de serviços de saúde pertencentes a estas duas categorias. Procuramos, portanto, conciliar esta oposição por meio da apresentação de sugestões no sentido de que, provavelmente, todas as organizações, sejam elas públicas ou privadas, podem atingir resultados semelhantes. A questão de investigação que orienta a realização deste trabalho é a seguinte: tendo por base as experiências de trabalho de profissionais em diversas funções de gestão, quais seriam os principais contrastes evidenciados?

CAPÍTULO 1

A prestação de serviços: diferenças entre serviços públicos e privados

1.1. O papel das organizações de serviços de saúde na promoção do bem-estar da população brasileira

No texto constitucional vigente, consta que a saúde consiste em um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido por meio de políticas econômicas e sociais que tenham por objetivo reduzir os riscos de doença, bem como de outros agravos, além de permitir o acesso igualitário e universal aos serviços e ações para a sua proteção, promoção e recuperação (artigo 196) (Magalhães, 2020).

No âmbito da saúde pública, os serviços e ações integrarão uma rede hierarquizada e regionalizada, constituindo-se um sistema único, cuja organização se dará conforme as diretrizes contidas nos incisos do artigo 198, que são a descentralização, assim considerada a existência de direção única em cada uma das esferas do governo; o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas, sem que isso represente qualquer prejuízo aos serviços assistenciais, e participação da comunidade em geral. O financiamento deste sistema único de saúde será por meio de recursos oriundos do orçamento da seguridade social, dos entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), além de outras fontes (§ 1º do artigo 198) (Brasil, 2018).

No âmbito privado, a assistência à saúde será feita de forma complementar, devendo, porém, conforme disposto no § 1º do artigo 199 da CRFB de 1988, seguir as diretrizes do SUS, por meio de convênio ou contrato de direito público, sendo preferencialmente entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas. É importante destacar que o § 2º desse dispositivo veda expressamente a destinação de recursos públicos para subvenções ou auxílios às instituições privadas com fins lucrativos, bem como a participação, quer direta, quer indireta, de capitais ou empresas estrangeiras na assistência à saúde no país, com exceção de casos especificados em lei (§ 3º do artigo 199) (Brasil, 2018).

Outro aspecto a considerar é o aumento dos custos dos cuidados médicos, sendo que um terço desse aumento é devido a mudanças no perfil epidemiológico em razão do envelhecimento da população, revelando-se todo o restante correspondente à integração de instituições, tecnologias, políticas e custos de transação (Drummond, 2007). Também neste caso é evidente a importância de informações sobre custos para apoiar estudos sobre financiamento da saúde.

O fato é que, desde a introdução da reforma do modelo de gestão pública do Estado,

com base na lei de responsabilidade fiscal, a Administração Pública introduziu alguns princípios básicos regentes de sua atuação, tais como: avaliação de desempenho das organizações públicas sobre benefícios sociais e custos, qualidade e transparência das despesas públicas, equilíbrio fiscal, dentre outros (Alemão, 2018).

Diante dessas mudanças no paradigma gerencial e nas disposições legais, surge a necessidade de aprofundar a formulação de um sistema de informações de custos que atenda às necessidades internas da sociedade, bem como as necessidades dos cidadãos e dos administradores públicos na fundação de políticas públicas que abranjam o uso de recursos (Alemão, 2018).

Segundo Carvalho (2013), muito embora se conheça há muito tempo que a saúde-doença é produzida e distribuída na sociedade por meio de fortes processos de determinação tanto de cunho econômico como social, ambiental, político, cultural etc., somente em tempos mais recentes é que tal conceito vem experimentando incorporação ao arcabouço prático e conceitual para a formulação de estratégias e políticas direcionadas à saúde. Ainda de acordo com o autor, é a partir do ano de 2003, quando foi criada a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que teve início um processo de sistematização do conhecimento disponível, com articulação, no âmbito mundial, de iniciativas, fomentando a criação de políticas com inspiração nesse referencial. Imediatamente, tal situação representou um alargamento do campo da saúde, com o fortalecimento de abordagens de cunho intersectorial para as ações e políticas de saúde – como ocorreu no Brasil.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os DSS correspondem às condições sociais nas quais as pessoas trabalham e vivem (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Já Tarlov (1996) as compreende como características sociais em cujo seio transcorre a vida. Scliar (2007), por sua vez, entende ser possível definir os DSS como elementos de intervenção, na medida em que se revelam como mecanismos e fatores por meio dos quais as condições sociais impactam a saúde, sendo potencialmente alterados por ações que se baseiam em informação.

Para Carvalho (2013), entretanto, não se deve atribuir a todos os determinantes igual importância. Isso porque, dentre eles, se destacam os que causam estratificação social. Desse modo, os DSS mais relevantes são os estruturais, que refletem as condições de distribuição de poder, riqueza e prestígio no seio social, estando, pois, desse modo, relacionados à distribuição de renda, à estrutura de classes sociais e ao preconceito a partir

de fatores como a etnia, o gênero ou deficiências e estruturas de governança e políticas que vem alimentando iniquidades referentes ao poder econômico ao invés de atuar para a sua redução.

Sendo assim, na visão de Carvalho (2013), a lógica dos determinantes sociais da saúde abrangeria três imperativos distintos. O primeiro, de redução das iniquidades em saúde como imperativo moral; o segundo, de melhorias na saúde e ampliação do bem-estar, com promoção do desenvolvimento, buscando alcançar as metas estabelecidas para a saúde; o terceiro, de realização de ações voltadas para os DSS, condição imprescindível para se alcançar as metas prioritárias da sociedade, as quais são dependentes de igual distribuição da saúde.

Seja a falta de recurso, seja a falta de preparo dos profissionais, o fato é que podem ocorrer problemas na prestação de cuidados originados de vários fatores: dos papéis que cada indivíduo desempenha, dos recursos que possuem, bem como da forma que a saúde é tratada em determinado contexto. A otimização dos serviços, sejam estes prestados por entidades públicas ou privadas, pode ter um impacto assinalável nos cidadãos, contribuindo para o usufruto de serviços de qualidade equitativos.

1.2. Serviços de saúde públicos e privados: o que os diferencia

Estudos como os de Bozeman & Bozeman (1987) ressaltam que todas as organizações são, de alguma forma, parcialmente públicas, já que envolvem controle político e financiamento do setor público. Assim, se os financiamentos tiverem como fonte o setor público, bem como a regulamentação, há uma parcela de “público” mesmo no que não pertencente diretamente a este setor, já que não se tem uma fatura 100% de clientes privados. Nesse sentido, cite-se como exemplo o serviço de cirurgia cardíaca em unidade privada no Brasil com financiamento público.

Que tipo de prestador de serviços de saúde, públicos, privados ou sociais, atinge melhores resultados? Esta questão é tão importante que Herrera *et al.* (2014) realizaram uma análise de 15 revisões sistemáticas (619 estudos) sobre o efeito das diferenças entre organizações públicas, privadas e sociais sobre os resultados organizacionais. Tendo em vista que nem todas as revisões sistemáticas cumprem os critérios de qualidade metodológica aceitáveis, Herrera *et al.* (2014) analisaram nove revisões, totalizando 293 estudos, realizados em diversos tipos de serviços (centros de hemodiálise, hospitais, unidades de cuidados continuados ou em ambulatório) em diferentes partes do mundo, principalmente nos EUA. Curiosamente, destas nove revisões, três juntam pelo menos

dois setores (sociais e públicos), o que dificulta a interpretação dos resultados. Apesar desta dificuldade, podemos resumir os resultados do estudo de Herrera et al., 2014, da seguinte forma:

- Sociais versus privados (seis revisões): hospitais privados mostram um risco maior de morte, apesar de nem sempre observado; hospitais sociais tendem a ser mais eficientes do que os privados, mas esta diferença nem sempre se observa; hospitais privados cobram mais pelos seus serviços e têm margens de lucro mais elevadas do que os sociais.
- Sociais versus públicos (três revisões): a capacidade de resposta e a prática clínica são melhores em centros ambulatoriais sociais, sendo a competência técnica maior nos públicos; hospitais públicos tendem a mostrar mais mortalidade, mas em muitos casos esta diferença face aos sociais não se identifica.
- Privados versus públicos (uma revisão): em países africanos subsaarianos, centros ambulatoriais privados disponibilizam mais medicamentos e melhores práticas clínicas, mas os públicos possuem mais competência.

Este padrão de resultados leva Herrera et al. (2014) a concluir que, atendendo à diversidade metodológica e contextual inerente à realização dos estudos de base, a evidência disponível aponta para um efeito significativo da propriedade das organizações sobre os resultados que geram, sendo a diferença mais robusta a que revela que os prestadores privados em países de elevado rendimento se distinguem dos sociais por mostrarem maior mortalidade e cobrarem mais pelos seus serviços. Quanto à qualidade do serviço, a evidência não suporta diferença entre estes dois tipos de organizações. Organizações sociais e públicas têm resultados semelhantes.

Estas conclusões são especialmente relevantes por dois motivos principais. Em primeiro lugar, existem argumentos suficientemente fundamentados na teoria para antecipar numerosas diferenças entre organizações pertencentes aos três setores, mas a evidência mostra que estas diferenças estão longe de ser generalizadas e muito menos materializadas em resultados favoráveis por parte de um tipo de organização. Por outro lado, sob o desígnio de busca de eficiência acrescida, a privatização de organizações de saúde públicas tem sido uma prática corrente em muitos países, mas os prestadores privados são mais dispendiosos e letais, e menos eficientes.

Além da dificuldade em estabelecer diferenças entre resultados gerados por

prestadores públicos, privados e sociais, a revisão de Herrera et al. (2014) denota ainda a dificuldade em identificar uma explicação consistente para os resultados. Comentando os resultados das diferenças registradas, em especial entre prestadores privados e sociais, afirmam Herrera et al. (2014) *“As theory predicted, many market failures acts to have a translation into the outcomes of PFP (privados) providers. For instance, the quality of equipments, staff qualification and number, overtreatment in some cases might be some practical consequences directed by misaligned incentives that profit puts to these organizations”* (pp. 14-15). Em outras palavras, porque estão motivados em obter lucros para satisfazer os investidores e remunerar os gestores, os prestadores privados procuram minimizar os custos investindo menos em recursos e maximizando os preços dos serviços. Consequentemente, neste setor há maior mortalidade e serviços mais caros. Esta é, aliás, a explicação dominante nos estudos dos autores (por exemplo, Devereaux et al., 2002, 2004; Comondore et al., 2009).

Em nosso entendimento, uma explicação desta natureza está longe de dar conta da complexidade inerente à produção de bons resultados nos serviços de saúde. Mais especificamente, podemos supor que alguns prestadores privados, além da procura em maximizar os seus lucros assumem também uma genuína motivação para contribuir para a saúde dos seus clientes. De igual modo, sob fortes restrições orçamentais, prestadores públicos, com uma clara missão de promover a saúde dos cidadãos, poderão comprometer o seu nível de serviço por incapacidade de investir em recursos humanos ou outros. Por outro lado, ao abrigo do princípio da equifinalidade, um sistema pode dar lugar a resultados idênticos a partir de condições iniciais distintas e seguindo rotas também diferentes (Katz e Kahn, 1978). Uma vez que a propriedade é uma variável distante dos resultados organizacionais, existem antecedentes imediatos do nível de serviço prestados que formam potenciais configurações de elementos organizacionais, como pessoas, tecnologias, cultura ou rotinas diferentes, o que abre amplas possibilidades de criar configurações mais ou menos eficazes.

Em suma, consideramos que literatura qualitativa pode contribuir para iluminar características organizacionais distintivas dos setores. Como usualmente estes estudos respondem a questões de tipo porquê e como (Greenhalgh et al., 2016; Yin, 2009), eles podem gerar evidência substantiva sobre estas diferenças, contribuindo, deste modo, para uma melhor compreensão das mesmas e não apenas da constatação de diferenças nos resultados por estas produzidos.

1.3. Diferenças entre organizações públicas e privadas: evidência da literatura qualitativa

Ao revisarmos a literatura sobre as diferenças entre organizações de saúde públicas e privadas, podemos observar alguns padrões nas conclusões dos estudos. Em relação às diferenças entre as organizações, podemos ressaltar que fatores políticos, financeiros, culturais, entre outros influenciam diretamente nos resultados obtidos nas organizações supracitadas.

Uma das evidências encontradas nos artigos que faziam referência direta a entrevistas realizadas com gestores de organizações públicas e privadas, é a de que as esferas públicas apresentaram melhores indicadores de qualidade por possuírem maiores receitas das fontes pagadoras (governo), comparativamente ao modelo de gestão privado, onde observaram piores índices de qualidade assistencial. Os indicadores avaliados neste estudo em questão foram boas práticas assistenciais e taxa de mortalidade (Wei et al., 2015).

Algumas publicações indicam que a origem do financiamento exerce influência no resultado da percepção de qualidade pelo usuário. Existe influência política maior nos serviços com financiamento público. As instituições privadas têm maiores incentivos financeiros e os custos são maiores quando comparadas às instituições públicas.

Taufique, George, Sarker, Ahmed e Peters (2017) em estudo qualitativo com entrevistas aos gestores e estudos observacionais (nos locais de atendimento aos pacientes), evidenciaram que organizações privadas possuíam maiores escores de responsividade dos médicos. Quesitos como simpatia, respeito e informações prestadas aos pacientes obtiveram maiores pontuações em suas análises. Entre as justificativas citadas para este melhor desempenho, identificou-se maior tempo médico para atendimento e melhor estrutura física (predial) para atender e orientar os pacientes.

Um exemplo mais específico que destaca a diferença na gestão pública e privada pode ser o estudo de Turan et al. (2006). Os autores analisaram a frequência de consultas no pré-natal nos serviços públicos e privados, e fizeram a coleta de dados durante a realização de entrevistas realizadas num período de dois meses em cada unidade investigada, incluindo como atores da investigação profissionais de saúde, administradores e pacientes. Quinze trabalhadores de cada hospital foram selecionados para participarem das entrevistas. Como conclusão, os pesquisadores puderam notar que, nos hospitais investigados, todos os trabalhadores relataram carga horária elevada de trabalho e condições precárias nas

Organizações Públicas. Foram utilizados 3 indicadores na pesquisa de satisfação de assistência pré-natal, e concluíram que pacientes dos setores privados tem percepção de atendimento global superior que nos setores públicos. Os observadores notaram que, em contraste com os dois hospitais públicos, toda a equipe feminina da maternidade no setor privado do hospital geralmente tratava as mulheres com respeito, cortesia, e respeito pela sua privacidade. Nos dois hospitais públicos, conflitos e problemas de comunicação entre prestadores de cuidados no pré natal e pacientes com seus familiares foram frequentes. Ainda no hospital público em algumas consultas não existia respeito a privacidade dos pacientes, diferentemente de hospitais privados.

Outros estudos com análise qualitativa identificaram, via entrevistas com funcionários e clientes, que embora exista o enorme problema nos recursos escassos da rede pública, há satisfação na acessibilidade, o que não se identifica no setor privado (Couper, Hugo, Turnbo, Harvey, & Malette, 2007).

Em outra análise, Budget, Gopalakrishnan e Schneller (2017), comparando aquisições em hospitais públicos e privados por meio de entrevistas na Austrália e na Costa Rica, permitiu examinar a influência da política pública, integração da cadeia de suprimentos, colaboração de cadeia de suprimentos / clínico, equipes de análise de valor. Mesmo comparando dois países diferentes, os autores tentaram tomar como base a semelhança em relação à população, tais como os valores do Produto Interno Bruto (PIB), de acesso/oferta e de custo nos cuidados prestados na assistência à saúde. Na Austrália, por ser um País mais articulado e mais centralizado, pode-se identificar que a aquisição centralizada de recursos se concentrava em hospitais públicos. Para tais conclusões foram utilizadas entrevistas com pessoas ligadas ao gerenciamento do atendimento nos dois locais. A centralização da aquisição permite aos governos alavancar economias de escala.

Nesses casos, mesmo uma pequena proporção de variação em um determinado nível pode se traduzir em grandes diferenças absolutas estabelecidas entre as unidades (Fung, Schmittiel, Fireman, Meer, Thomas, & Selby, 2010).

Andersen e Jakobsen (2011) fizeram análise comparativa de modelos públicos e privados ao pesquisarem especificamente o tratamento de fratura de quadril na Dinamarca. Enfatizaram seus estudos, avaliando o comportamento dos profissionais, satisfação dos usuários e qualidade na assistência, evidenciando as diferenças no desempenho relacionadas ao financiamento. Os autores analisaram bancos de dados (Danish Hip Arthroplasty Register and the Danish Central Patient Register) e realizaram 20 entrevistas com médicos. Observou-se influência política maior nos serviços com financiamento

público, indo ao encontro do que relatamos anteriormente.

No respectivo estudo, as instituições privadas tinham maiores incentivos financeiros e os custos são maiores quando comparadas às instituições públicas. Como exemplo, nas instituições privadas o tempo de espera para atendimento é menor e a percepção de qualidade dos usuários é maior nestas clínicas, ou seja, há maior satisfação do cliente, apesar de encontrarmos resultados similares nos dois modelos.

No entanto, uma hipótese desta natureza poderia simplificar algo que é muito mais complexo do que se pode imaginar. Obter bons e eficientes resultados nos serviços de saúde envolve questões muito mais complexas.

Trataremos dessas diferenças na discussão que se segue.

CAPÍTULO 2

Sistema de saúde brasileiro e origem do sus

O sistema de saúde brasileiro é composto pelo SUS e pelo setor privado, representado por planos de saúde e por profissionais autônomos. Para a realidade brasileira, o SUS representa significativo avanço na saúde pública (Brasil, 2018).

A Constituição Federal brasileira promulgada em 05 de outubro de 1988, regulamentou o Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e cujos princípios são: ‘universalidade, integralidade e equidade’. O SUS é alicerçado em ações governamentais submetidas ao controle social, cujo custeio se dá com recursos da seguridade social (33%) nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal), tendo a participação do setor privado em caráter complementar e sob as regras públicas. O SUS se baseia nas diretrizes de descentralização, com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização (Castro et al., 2019). No Brasil, estima-se que os usuários do sistema público de saúde correspondam a 70% da população, sendo o restante usuário do sistema privado (Bocchini, 2018).

À luz das tensões entre desenvolvimento social e poder, inovação e democracia e as consequências na produção e acesso a bens e serviços de saúde, a reflexão sobre as bases produtivas envolvidas em um sistema de saúde é essencial para orientar e financiar políticas públicas, setoriais e intersetoriais (Lotta, 2019).

Além disso, as discrepâncias entre acesso, qualidade e custo das inovações colocam o tema no centro do debate sobre a efetividade e sustentabilidade do SUS, o que mostra sua importância para a política de saúde (Lotta, 2019).

Portanto, de acordo com Sano e Abrucio (2008), as diretrizes do SUS podem ser entendidas como o conjunto de recomendações técnicas e organizacionais focadas em problemas específicos, produzidos pelo Ministério da Saúde, com a participação de especialistas reconhecidos na área de competência, de âmbito nacional, e que servem de guia para a configuração geral do sistema em todo o território nacional, respeitando as especificidades de cada unidade da federação e de cada município.

O SUS é um sistema de saúde pública que tem como princípios a gratuidade, a qualidade e a universalidade, ou seja, precisa ser gratuito e acessível a todos os cidadãos brasileiros ou aos que residem em território nacional (Brasil, 2012).

Algumas estratégias e políticas vêm sendo reformuladas e implantadas, em busca de

mudanças que melhorem as condições de saúde da população, de forma a viabilizar a universalidade do acesso aos serviços bem como os outros princípios que regem o SUS (Nonnenmacher, Weiller, & Oliveira, 2011).

Também implantou a cobertura universal de saúde, com o objetivo de melhorar os resultados num sistema de saúde altamente fragmentado e caracterizado por grandes desigualdades.

A defesa da saúde como um direito, combinada com a criatividade e a capacidade de superar a adversidade, fez do SUS um exemplo de inovação do sistema de saúde para a América Latina e uma referência para o mundo (Brasil, 2012).

O SUS é fruto da luta democrática no país, mas ainda não está totalmente consolidado. O SUS consolidado significa o cumprimento, no cotidiano, de sua missão de assegurar uma atenção de saúde para todos, de forma universal, integral, equânime, descentralizada, resolutive, gratuita, de qualidade e com controle social. Não se trata de uma utopia, mas de um objetivo estratégico a ser perseguido pelos e para brasileiros e brasileiras (Pontes, Oliveira, Cesso, & Gomes, 2009).

No contexto brasileiro os serviços de saúde são prestados por entidades públicas e privadas, sendo que todos têm direito e acesso ao SUS, porém o inverso não é verdadeiro, principalmente nas classes socioeconômicas inferiores. Temos um SUS com livre acesso, mas as condições de atendimento na saúde primária são insatisfatórias em alguns pontos. A alta insatisfação com as condições oferecidas evidenciam atendimento insatisfatório nas unidades de saúde, condições que são fundamentais para implementação das ações e que permitem a consolidação da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Para o Ministério da Saúde, apesar da ESF demonstrar melhora na eficiência e na qualidade dos serviços prestados na atenção básica, constata-se um número significativo de unidades com estrutura física inadequada, não raro, improvisada (Brasil, 2009).

2. MÉTODO

A pesquisa analisou entrevistas com profissionais experientes de cargos de gestão, aos diferentes níveis, em entidades públicas e privadas, a fim de se estabelecerem as bases para a análise das semelhanças e diferenças entre organizações pertencentes a estes dois setores. Deste modo, o desenho do estudo corresponde ao tipo descritivo (Gay & Diehl, 1992), estratégia de investigação apropriada para um propósito exploratório.

Cenário

O estado do Rio de Janeiro, no Brasil, tem uma população de aproximadamente 16 de habitantes, onde existem 92 municípios. No município do Rio de Janeiro existem aproximadamente sete milhões de habitantes. Todos os habitantes têm direito à saúde pública e, assim como em outros Estados, existe também a saúde complementar (convênios e particular).

Desenho do estudo e da amostra

As entrevistas foram realizadas na Cidade do Rio de Janeiro – Brasil com gestores que trabalharam ou trabalham em organizações de saúde públicas e privadas. As entrevistas, sempre presenciais, foram realizadas entre dezembro de 2018 e junho 2020, nos locais de trabalho dos Gestores.

Amostra

Foram realizadas 24 entrevistas presenciais, com perguntas abertas e sem tempo estipulado para as respostas. Optamos por realizar entrevistas com questões semiestruturadas, possibilitando assim, interação maior entre entrevistados e pesquisador, incentivando o surgimento de questões que pudessem contribuir para melhor captação dos dados, para estudo qualitativo. Os entrevistados estavam cientes do objetivo da entrevista e todos responderam de livre e espontânea vontade, com grau de participação satisfatório. Houve foco no caráter subjetivo da experiência pessoal sobre a gestão hospitalar. Tentamos extrair das entrevistas particularidades e experiências individuais sobre o assunto. Como forma de iniciar o diálogo, começamos por pedir aos entrevistados que indicassem os aspectos positivos e negativos de organizações públicas, avaliação que resulta da sua vivência profissional. Posteriormente, outros aspectos foram explorados, de acordo com a linha de pensamento dos entrevistados. As principais características dos

entrevistados estão expostas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos entrevistados	
Entrevistados (n)	24
<i>Gênero feminino</i>	<i>12</i>
<i>Gênero masculino</i>	<i>12</i>
Atuação Direção /Gerência Hospitalar (n)	
<i>Público</i>	<i>9</i>
<i>Privado</i>	<i>7</i>
Atuação na Coordenação Hospitalar(n)	
<i>Público</i>	<i>15</i>
<i>Privado</i>	<i>17</i>
Tempo de Atuação no Setor (média/anos)	
<i>Público</i>	<i>14</i>
<i>Privado</i>	<i>13</i>
Idade	
<i>30 a 39 anos (n)</i>	<i>6</i>
<i>40 a 49 anos (n)</i>	<i>9</i>
<i>50 a 59 anos (n)</i>	<i>7</i>
<i>> 60 anos (n)</i>	<i>2</i>

Análise

A análise de dados foi guiada pela abordagem metodológica proposta por Gioia, Patvardhan, Hamilton e Corley (2013). Em alinhamento com o preconizado por esta abordagem, a análise de dados teve início através com a leitura de todas as respostas dadas pelos participantes e a atribuição das mesmas a categorias iniciais, os conceitos de primeira ordem, os quais incluem termos gerados pelos participantes, de modo a garantir aderência face às suas percepções. Os conceitos de primeira ordem foram lidos várias vezes com objetivo de refinar as designações.

Em seguida, estes mesmos conceitos foram objeto de interpretação e, usando uma estratégia de comparação constante, foram agrupados em grupos distintos, os temas de segunda ordem. Finalmente, os temas de segunda ordem foram destilados em dimensões agregadas, as quais representam o nível mais elevado de abstração. O resultado deste procedimento, a estrutura de dados na terminologia da abordagem sugerida por Gioia, Corley e Hamilton (2013) encontra-se nas figuras 1 e 2.

Observando que, ao contrário da prática mais corrente deste método, procuramos usar termos para designar as dimensões agregadas disponíveis na literatura organizacional. Deste modo, uma parte das designações inspiraram-se na proposição por

Bunderson, Lofstrom e Van de Ven, 2000, sobre modelos organizacionais administrativos e profissionais, que consistem em quatro modelos mentais os quais representam uma tipologia que articula e refina as distinções feitas na literatura sobre organizações, sendo eles: modelo de sistema burocrático, modelo de empresa de mercado, o grupo profissional e o modelo de serviço comunitário. Ao desenvolver esta tipologia os autores se fundamentaram em literatura, incluindo trabalho em teoria organizacional, a sociologia e a literatura das ocupações / profissões.

Os quatro modelos de organização correspondem à partição interna e externa da racionalidade profissional e administrativa. O modelo do sistema burocrático (administrativo interno) vê a organização como um sistema eficiente e coordenado organizado para perseguir objetivos comuns. O modelo empresarial de mercado (administrativo externo) vê a organização como uma empresa de negócios organizada para a competitividade e maximização de riqueza. O modelo de grupo profissional (profissional interno) vê a organização como uma sociedade colegial organizada para promover consistência e qualidade no trabalho de uma determinada ocupação. Finalmente, o modelo de serviço comunitário (profissional externo) vê a organização como uma fundação organizada para aplicar profissionais especialização para o benefício da comunidade ou sociedade em geral.

3. RESULTADOS

A análise das percepções dos entrevistados relativamente aos aspectos positivos dos serviços públicos permite evidenciar as duas dimensões agregadas de grupo profissional e serviço à comunidade. Em termos de grupo profissional, na perspectiva dos entrevistados, existem dois temas de segunda ordem que caracterizam os aspectos positivos dos serviços públicos. Por um lado, estes serviços privilegiam a competência profissional, tema que inclui, por exemplo a existência de uma equipe bem treinada, ou um corpo clínico de excelência. Por outro lado, a *embeddedness* dos profissionais, tema de segunda ordem que descreve o lado positivo de existir estabilidade profissional e a reduzida rotação. A dimensão agregada de serviço à comunidade é composta por dois temas de segunda ordem, designadamente, a descrição dos serviços públicos como tendo de qualidade, ou seja, estão centrados nos pacientes, são ágeis e excelentes, e proporcionando saúde para todos, quer dizer, viabiliza o acesso e disponibiliza serviços à população carente.

Quanto aos aspectos positivos dos serviços privados, a análise evidencia um padrão de resultados bem distinta da registrada nos serviços públicos. De fato, as vivências positivas dos entrevistados que desempenharam funções de gestão, a diferentes níveis, em serviços privados podem ser caracterizadas pelas dimensões agregadas de grupo profissional, de adequação da oferta à procura e de sistema burocrático.

A dimensão de grupo profissional, coincidente com a descrição dos serviços públicos, integra competência profissional com conceitos de primeira ordem onde se encontram citados profissionais de qualidade disponíveis e a possibilidade de utilizar práticas clínicas inovadoras no setor privado. Por outro lado, a *embeddedness* dos profissionais, tema de segunda ordem que descreve o lado positivo de remunerações elevadas, profissionais comprometidos e com maior autonomia na prática de gestão.

A análise das percepções dos entrevistados quanto aos aspectos negativos dos serviços públicos permite evidenciar as três dimensões agregadas de: sistema burocrático deficiente, grupo profissional desvalorizado e lógica de estado. No que se refere ao sistema burocrático deficiente encontramos temas de segunda ordem como recursos escassos e gestão inadequada. A escassez de recursos é geral, com recursos humanos e tecnológicos escassos no serviço público. Grupo profissional desvalorizado no setor público é reflexo das práticas de gestão de RH inadequadas, com salários abaixo do valor de mercado, menos comprometimento e estabilidade gerando complacência. Ainda sobre

os aspectos negativos dos serviços públicos, na dimensão agregada lógica de estado, temos uma forte influência política na gestão, levando a desfocar do paciente e instabilidade.

Quanto aos aspectos negativos dos serviços privados, encontramos duas dimensões agregadas, sendo uma comum aos aspectos negativos dos serviços públicos que é o grupo profissional desvalorizado. Os profissionais estão sempre ansiosos, com elevada rotação e baixa estabilidade no desempenho de suas funções. Com relação a segunda dimensão agregada -empresa de mercado -observamos gestão inadequada de RH e maximização de resultados nos setores privados como pontos negativos. Por um lado, serviços privados tem gestão inadequada de RH com temas como ineficiência no uso de recursos e projetos que não avançam. A maximização de resultados ficou evidenciada nas pesquisas como aspecto negativo de serviços privados, tendo como temas a busca predatório por lucros, excesso de cobrança pelos resultados e enorme pressão moral.

Figura 3.1. Estrutura de dados: aspectos positivos de serviços públicos e privados

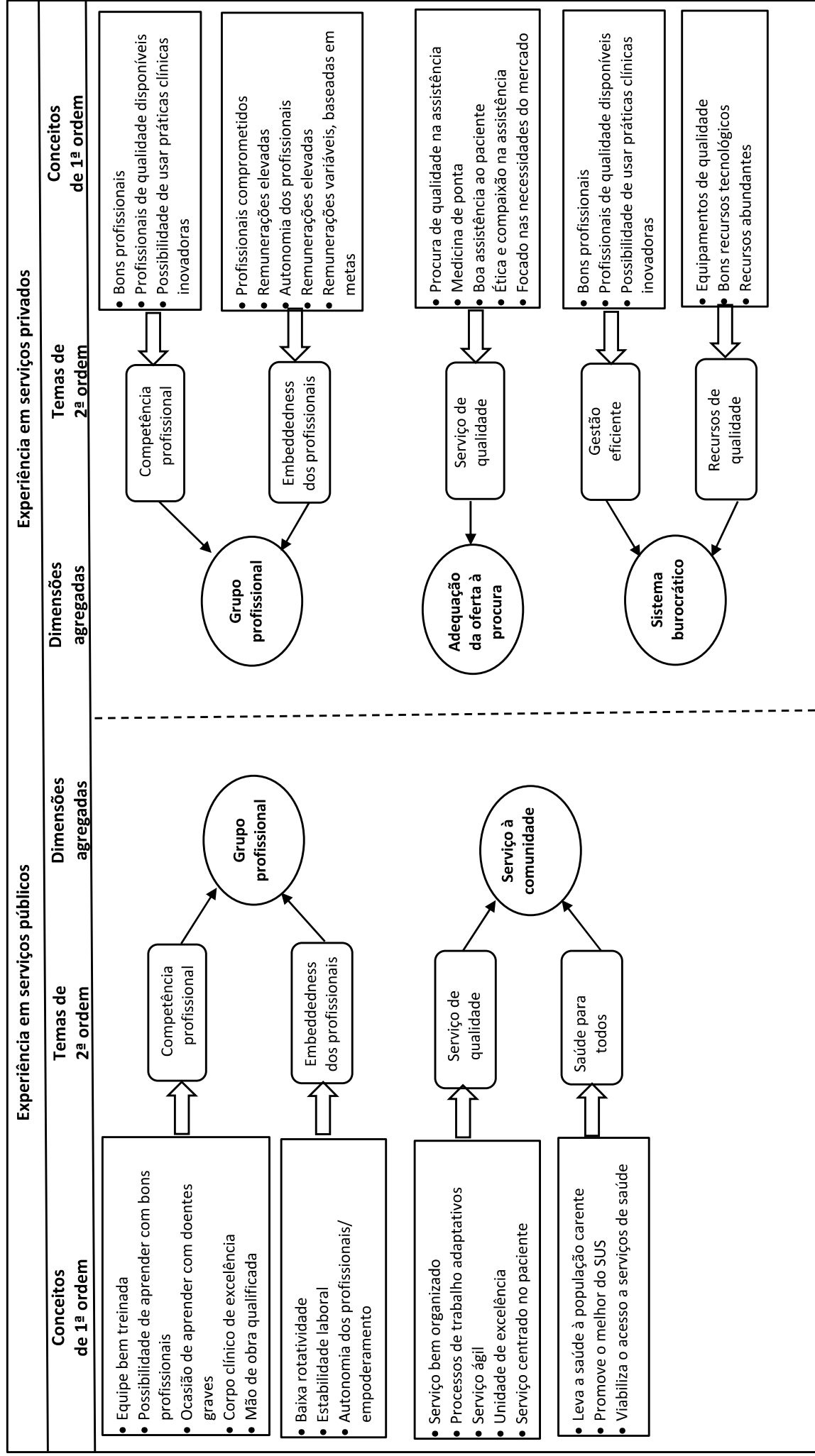
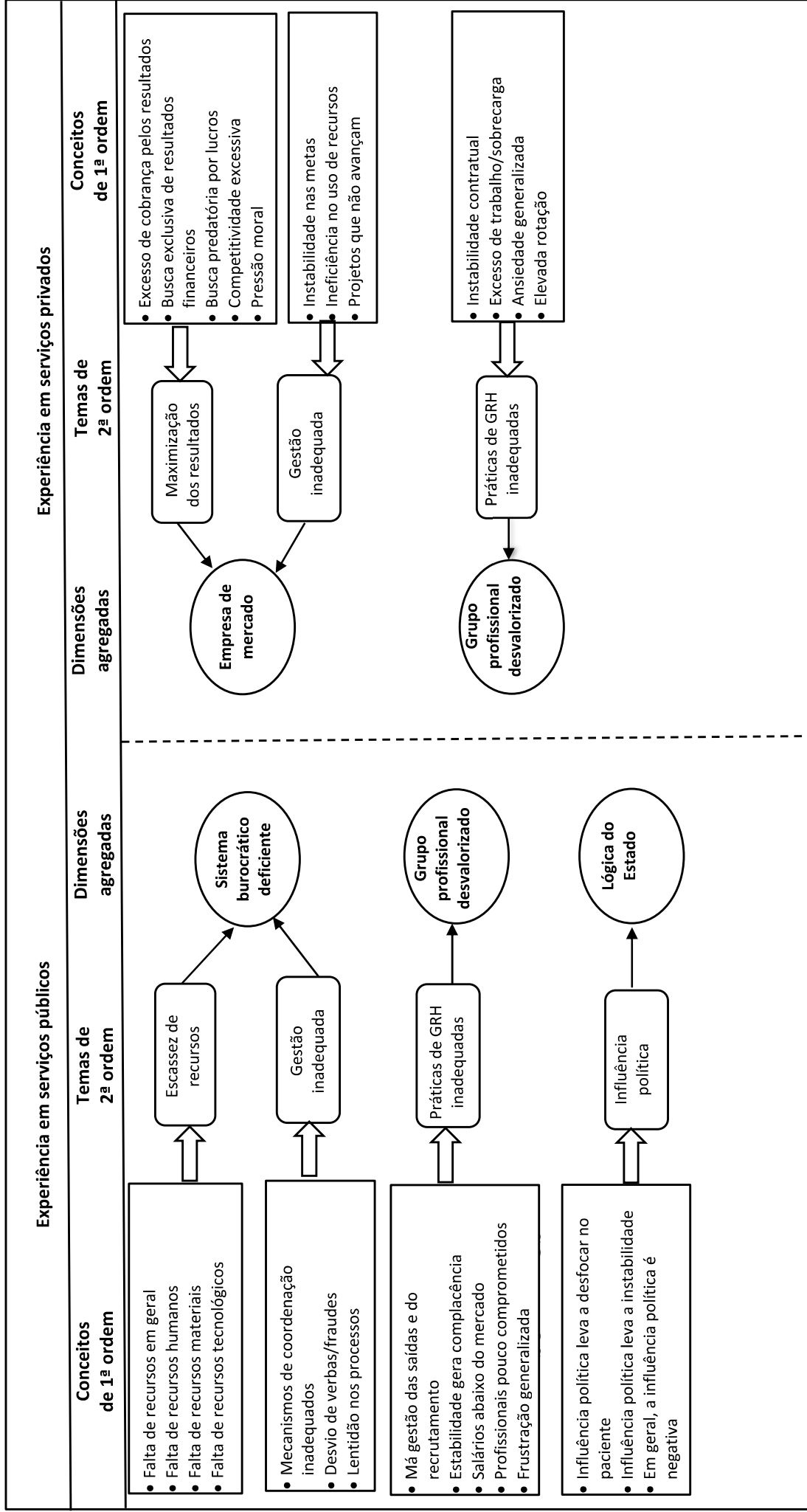


Figura 3.2. Estrutura de dados: aspectos negativos de serviços públicos e privados



Particularmente em saúde pública, os gestores entrevistados referem uma preocupação ainda maior, já que a demanda de atendimento cresce exponencialmente. O gestor precisa gerenciar gastos, insumos, processos internos e externos, e manter controle das ações. Isto é essencial para contribuir com o desenvolvimento social e a qualidade de vida.

Na gestão pública identificamos uma dificuldade maior em gerenciar custos e serviços em saúde. Os gestores públicos, em sua maioria, enfatizaram as dificuldades da Administração Direta em gerir adequadamente serviços de saúde, devido à sua baixa capacidade operacional, falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, influência política externa, burocracia excessiva para contratar pessoal, efetuar adequações de estrutura e comprar insumos, medicamentos e equipamentos. O serviço público tem grandes dificuldades pela lentidão na incorporação de novas tecnologias de informação, o que pode gerar processos ineficientes de gestão, o que foi referido por diversos gestores.

Neste cenário, o gestor precisa ter amplo conhecimento em gestão de pessoas, que é um importante fator para alcançar determinados objetivos, no entanto houve críticas no que concerne ao engajamento de alguns liderados, especialmente quanto à estabilidade do setor público. Alguns gestores identificam esta garantia de permanência no emprego como um obstáculo pelo trabalho em equipe, pela organização, pelo compartilhamento de responsabilidades comprometendo, em alguns casos, a eficiência e eficácia do atendimento do usuário do sistema público. Por esta razão muitos gestores públicos atuam de formas diferentes, necessitando criar modelos de gestão de equipes que sejam engajadores. Citação de um coordenador de unidade pública:

Precisei permitir horários de trabalho alternativos, valorizando os funcionários mais antigos e suprimindo horários com sessões clínicas no serviço, melhorando a performance e favorecendo a manutenção do funcionário na equipe.

Nos últimos anos, os gestores têm observado alteração gradativa na administração pública, de natureza política, no que tange às privatizações e transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, com desmonte do aparato estatal. Os gestores citam o cenário da reforma gerencial, com transferência da oferta de serviços públicos para Organizações de Saúde. Os provedores públicos não estatais, passam a

receber recursos do Estado, com atuação regida por contrato de gestão. Estes novos modelos vão impactar no modo de gestão de pessoas, visando o benefício dos usuários em todas as esferas. Citação de um Diretor de Hospital privado:

“Acredito que com modelos novos no setor público, o Estado consiga nos atrair e nos captar, pois somos melhores na Gestão”.

A estabilidade no vínculo público (percepção de emprego vitalício) atua de forma a dificultar a gestão de pessoas.

Queixa frequente entre os gestores da administração pública, foi a alta rotatividade nos cargos administrativos, em função da relação com os processos partidários e eleitorais (influência política), gerando descontinuidade, permanentes recomeços e desmotivação dos profissionais e trabalhadores. Citação de Gestor Público:

Não acho vantajoso ser Diretor nesta unidade, percebemos que as possibilidades são mais amplas na medicina privada, porém sem desconsiderar que há um alto grau de desperdício relacionado ao uso indiscriminado de recursos.

Na gestão privada, a principal reclamação dos gestores foi o excesso de cobrança para melhores *performances*, o que levaria, em alguns casos, à síndrome de *burnout*. Outros pontos criticados foram: instabilidade dos cargos e modelos de contratação com terceirização.

Serviços privados se mostram mais eficientes porque conseguem conciliar os interesses de gestores e de principais, sendo que os primeiros tenderão a maximizar sua utilidade mais do que a da organização ou dos últimos. Prestadores privados poderão ser mais eficientes porque podem acrescentar o rendimento dos gestores e dos médicos à *performance* da organização, tornando a compensação uma função direta dos lucros. Nos prestadores públicos isto não ocorre, pois existe reduzido incentivo para comportamento eficiente. Segundo esta teoria, serviços privados são mais eficientes porque conciliam interesses dos gestores com a compensação.

Mesmo com mais profissionais disponíveis, além da tendência de maior atuação no setor privado, as desigualdades no acesso da população a médicos e serviços de saúde no

Brasil podem ficar mais acirradas.

4. DISCUSSÃO

O direito à saúde é fundamental, espécie de direito social, a todos garantido pela Constituição Federal Brasileira: “*são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição*” (artigo 6º) (Brasil, 2018). Também nesse sentido, é a lição dada por Carvalho (2013), que o conceito de direito fundamental vem experimentando incorporação ao arcabouço prático para a formulação de estratégias e políticas direcionadas à saúde. Sabemos, há tempos, que o conceito saúde-doença é produzido e distribuído na sociedade por meio de fortes processos de determinação tanto de cunho econômico como social, ambiental, político e cultural.

A importância da saúde na sociedade, e o papel de destaque que a gestão tem neste contexto, motivou a realização desta pesquisa. Saúde e gestão são os aspectos estruturais mais importantes que levam ao desafio para a transformação positiva da saúde coletiva. Diante disso, identificamos as percepções dos gestores sobre os principais problemas ou fragilidades da gestão em saúde no Brasil. Esta pesquisa foi uma oportunidade para aprofundar o nosso conhecimento sobre o que aproxima e diferencia os processos das Organizações de Saúde públicas e privadas, identificando questões sociais, gerenciais e financeiras inerentes aos setores de trabalho nestes dois cenários de administração.

A pesquisa revela um quadro atual crítico sobre o tema em questão no Brasil. Os profissionais entrevistados, com experiência na administração pública e privada, expuseram as diferenças dos atributos organizacionais.

Após análise em relação aos temas que sobressaíram das entrevistas realizadas, pudemos identificar que o comportamento humano, em profissões dentro da área de saúde, leva ao compromisso no cuidado com o outro, sendo a semelhança nos modos de atuação dos gestores relacionadas a este compromisso.

Após as entrevistas, observou-se que nas Organizações de Saúde privadas existe um sistema burocrático eficiente, com boas práticas de gestão e boa qualidade assistencial, com contratação efetiva e ágil de profissionais de saúde, em modelos de remuneração satisfatórios. O setor privado destacou-se, ainda, na modernização dos parques tecnológicos que os agentes podem usufruir, gerando maior satisfação profissional e de cuidado com o usuário. Estas características tendem a atrair mais profissionais do que o setor público, apesar das grandes cobranças por resultados. Na iniciativa privada há

satisfação com a remuneração e, também, o reconhecimento das empresas na quais os entrevistados trabalham.

Wei et al. (2015), em estudo qualitativo, evidenciaram que o modelo de gestão privado apresentou os piores índices de qualidade na assistência e maior mortalidade. Identificamos a percepção contrária no Brasil, onde podemos afirmar que não há maior mortalidade e a qualidade na assistência (instalações prediais, insumos, controles de qualidade, parque tecnológico entre outros) é claramente superior.

Ainda na área privada, Gonçalves e Machado (2018), identificam situação pior para os profissionais de saúde, pois há preocupação em melhor atender o paciente-usuário para se destacar diante dos concorrentes. Esta necessidade se traduz em maior cobrança, o que faz o colaborador trabalhar mais, ocasionando situações de estafa. Ou seja, segundo o autor, trabalha-se muito para ganhar pouco, além da alta carga de responsabilidade que lhes é atribuída, e do ambiente de constante pressão por melhores resultados e satisfação do paciente-usuário. Esses apontamentos vão ao encontro dos resultados do presente estudo (exceto quanto à remuneração), ao se notar que, na percepção dos profissionais da saúde entrevistados, ocupantes de cargos de chefia, direção e coordenação, muito embora a gestão na área privada supere a área pública, a forma de lidar com o capital humano (no caso, os profissionais da saúde) é bastante deficiente no setor privado, o que concorre para o afastamento de muitos por doenças psicossomáticas, como a síndrome de Burnout, por exemplo. As cobranças por resultados, indicadores, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, são motivos de constante estresse entre a equipe do setor privado.

O oposto das instituições privadas foi constatado nas Organizações de Saúde públicas, onde os relatos foram de sistema burocrático deficiente, profissionais desvalorizados e condições técnicas de trabalho inferiores às da iniciativa privada, com escassez (por ora até mesmo falta de insumos básicos para a assistência) de tecnologia, métodos diagnósticos e opções terapêuticas modernas. Há, em consenso entre os entrevistados, deficiência de tecnologia no setor público. A falta de recursos tecnológicos e humanos no sistema público também foi citado no estudo de Turan et al (2006), se assemelhando aos resultados encontrados em nossa pesquisa, consolidando o sistema burocrático deficiente nos serviços públicos.

Os principais entraves para a gestão pública são a lentidão nas liberações de recursos e a influência da política que impacta negativamente a gestão. No que se refere à Lógica de Estado, observamos no estudo uma influência política exacerbada no sistema público,

atributo este não identificado no sistema privado. Esta má influência política foi criticada por todos os gestores em suas administrações públicas.

As fragilidades de gestão e subfinanciamento têm emergido como problemas relevantes em análises de estudiosos e gestores. Diversos artigos e publicações argumentam sobre as hipóteses das diferenças na gestão pública (Boyne, 2002). Encontramos em nossos resultados os mesmos problemas citados no artigo, o subfinanciamento e má gestão.

O SUS é uma política de rede nacional integrada de serviços de saúde que está, ainda, para ser consolidada. Um sistema universal, mas que carece de mais recursos, financiamento estável e de gestão capaz de transformar seus princípios e diretrizes em realidade. O maior impasse do SUS, por irônico que pareça, é tornar-se, de fato, um “Sistema Único”. Nossos resultados evidenciaram que, cada vez mais, os médicos têm se afastado do sistema público de saúde no Brasil, já que este vem sendo “subfinanciado” e padece de falta de recursos e investimentos para sua ampliação. Somado a isso, os novos modelos de vínculo empregatício que vem sendo desenvolvido no país, sem a estabilidade de outrora, estimulam os profissionais de saúde a optarem pela iniciativa privada.

A forma como o sistema de saúde está hoje organizado, e funciona, leva a essa disparidade com uma tendência de possível acirramento, porque nesse momento de “subfinanciamento” público e, de políticas que incentivam o crescimento do mercado privado, inclusive com propostas de produtos de baixo preço e cobertura reduzida, pode haver uma piora nesse nível de desigualdade entre o público e o privado. Serviços públicos sofrem enorme influência política no Brasil, com alternância de gestores e detecção de sistemas fraudulentos, dificultando as boas práticas de assistência e gestão de saúde, como também identificamos em nossas entrevistas.

Segundo Bonato (2011), ao se comparar a atenção dispensada ao paciente-usuário na área privada com a entregue na área pública, verifica-se que há discrepâncias importantes entre uma e outra. De um modo geral, o setor privado apresenta melhores traços de gestão, inclusive dos recursos disponíveis/aplicados, o que o torna, de um modo geral, mais valorizado pelo usuário, pois a sua satisfação implica em resultados melhores perante a concorrência, que é acirrada no setor.

Taufique et al. (2017), em entrevistas realizadas e avaliações observacionais de consultas em setores públicos e privados, identificaram a receptividade maior dos médicos do setor privado. Isso foi identificado em nosso estudo, onde podemos sugerir que a estabilidade no vínculo público leva a menor dedicação do funcionário, fato

explicitamente citado por alguns gestores. Turan et al. (2006), registrou a qualidade na assistência pré-natal e parto em hospitais em Istambul, identificando melhor assistência prestada via seguro saúde privado, corroborando nossos achados.

Analisando as organizações públicas, alguns entrevistados reclamam que alguns gestores indicados (política?) e que ocupam cargos estratégicos nas instituições públicas não tem treinamento prévio ou cursos que desenvolvam atividades relacionadas à gestão em saúde, como *Master Business Administration* em saúde, por exemplo. Este despreparo mostra a pior realidade relacionada à assistência e desfechos nestas instituições.

Identificaram-se percepções positivas também no setor público, como um corpo clínico especializado e de excelência, a estabilidade financeira e a empregabilidade, que facilitam o trabalho do gestor público. Por um lado, a estabilidade permite ao gestor trabalhar sem muita pressão por resultados, pois o emprego está garantido, mas dificulta a gestão pela dificuldade em gerenciar os funcionários, que também tem estabilidade no vínculo. Este contraditório é um entrave para a agilidade nas tomadas de decisão dos gestores, por resistência dos colaboradores, por exemplo. Não são aceitas mudanças culturais nas organizações, para agilizar processos e aumentar a eficiência dos setores, o que poderia acarretar maior carga de trabalho em alguns casos.

Há algumas limitações na pesquisa, sendo a mais importante a variação da amostra entrevistada, onde não foram incluídos gestores públicos e privados de todos os Estados do Brasil. Alguns dos entrevistados já haviam atuado em outros Estados, porém, nosso estudo não teve abrangência geográfica extensa. Os entrevistados atuam ou atuaram, em sua maioria, na gestão de hospitais públicos e privados da região Sudeste do Brasil (estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo), a mais economicamente ativa e de maior densidade populacional, além de ser a mais desenvolvida. Existem Estados com maiores dificuldades financeiras, como na região Norte do País, onde possivelmente encontraríamos maiores disparidades nos resultados.

Esta pesquisa permite apresentar algumas sugestões para prática da gestão de organizações de saúde, como aprofundar os estudos e conhecimentos que envolvem os processos de gestão pública em saúde no Brasil, observando as características desta administração como expusemos acima. As críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados. Nesse contexto, os desafios para os gestores públicos e privados são enormes e têm responsabilidades sobre qual será o modelo de atenção à saúde no Brasil, nos próximos

anos e para as futuras gerações. Renovar a gestão em saúde no país, na perspectiva de uma agenda permanente de construção de um sistema de saúde, que responda às expectativas e necessidades de saúde da população, é um anseio dos brasileiros e uma missão para os gestores. O SUS precisa de ajustes, os modelos de contratação público e privado devem ser modificados, visando um equilíbrio, para que se consiga bons resultados sem o estresse gerado pelo temor constante do desemprego, nem a indiferença (de alguns) na assistência ao usuário, quanto à estabilidade de emprego. Estes ajustes são parte importante do avanço do Brasil no rumo de um país mais justo e solidário.

Acreditamos que devam existir soluções para que haja semelhanças nos modelos de gestão público e privado. Entre os serviços privados deverá existir alguma forma de melhoria no vínculo empregatício, gerando alguma percepção de estabilidade profissional por meritocracia, reduzindo a ansiedade e estresse de demissões iminentes pelos gestores. Ainda, deverá existir limitação do horário de trabalho, o que não ocorre atualmente, pelo uso excessivo de aparelhos eletrônicos e aplicativos, que nos mantém conectados permanentemente às organizações de saúde. A mesma meritocracia deve ser aplicada nas Organizações públicas, quanto a escolha de profissionais gestores preparados para o cargo. Equilíbrio no modelo de vínculo do setor público, não permitindo estabilidade para colaboradores e gestores que não entregam os resultados esperados.

Estas mudanças propostas, independente do setor público ou privado, serão importantes para que os gestores possam criar estratégias e modificar questões de acesso, custos e qualidade de atendimento. No entanto, é também importante destacar que o Estado deve auxiliar na gestão pública, pois nem sempre está nas mãos do gestor modificar a qualidade. Há situações que estão acima de suas possibilidades de resolução, como por exemplo, escassez de leitos, recursos financeiros restritos, burocratização dos sistemas entre outros. A Gestão em Saúde envolve um processo administrativo complexo com uma gestão estratégica, a fim de alcançar as metas propostas. Devemos buscar esforços, tanto do setor público como privado, na implementação e monitorização dos planos de ação, análise dos recursos disponíveis e elaboração de políticas que viabilizem os planos de ação.

5. CONCLUSÃO

As evidências mostram que o maior risco na assistência em saúde no Brasil é a consolidação de dois subsistemas, com lógicas e referências contraditórias, o público (SUS), para a maioria menos favorecida e o privado, para os setores mais favorecidos. A cristalização destes dois sistemas e sua fragmentação, constituir-se-á em grave retrocesso frente à legislação vigente e, principalmente, vai na contramão da direção dos serviços de saúde em todo o mundo, que buscam superar a fragmentação para uma maior eficiência e melhor atendimento à população.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemão MM. (2018). A transposição da gestão de custos do setor privado para o público e o uso da informação de custos como ferramenta gerencial da transparência e combate à corrupção no setor saúde pública. *Revista da CGU*, 10(17), 980-1004
- Andersen, L. B., & Jakobsen, M. (2011). Does ownership matter for the provision of professionalized services? Hip operations at publicly and privately owned clinics in Denmark. *Public Administration*, 89 (3), 956–974.
- Anderson, S. (2012). Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organizations. *Social Science & Medicine*, 74, 313-322.
- Andrews, R., Boyne, G. A., & Walker, R. M. (2011). Dimensions of publicness and organizational performance: a review of the evidence. *J Public Adm Res Theory*, 21, 301-319.
- Billis, D. (2010). Towards a theory of hybrid organizations. In Billis, D. (Ed.), *Hybrid organizations and the third sector: challenges for practice, theory and policy*, (pp.46-69). Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan.
- Bocchini, B (2018). Pesquisa mostra que quase 70% dos brasileiros não tem plano de saúde particular. Recuperado em 03 setembro, 2020, de <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-02/pesquisa-mostra-que-quase-70-dos-brasileiros-nao-tem-plano-de-saude-particular>
- Bonato, V. L. (2011). Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, 35(5), 319-331.
- Boyne, G. A. (2002). Public and private management: What's the difference? *J Management Studies*, 39(1), 97-122.
- Bozeman, B., & Bozeman J. L. (1987). Manufacturing firms' views of government activity and commitment to site: implications for business retention policy. *Policy Studies Review*, 6 (3), 538-53.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Taxa de mortalidade institucional. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFT-02.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). Gestão do SUS. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus>.
- Brasil. Ministério da Saúde (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. 2ª Edição. Brasília.
- Budget, A., Gopalakrishnan, M., & Schneller E. (2017). Procurement in public & private hospitals in Australia and Costa Rica – a comparative case study. *Health Systems*, 6(1), 56-67.
- Bunderson, J. S., Lofstrom, S. M., Van de Ven, A. H. (2000). Conceptualizing and Measuring Professional and Administrative Models of Organizing. *Organizational Research Methods*, 3(4), 366-391.
- Buss, M. & Pellegrini Filho, A. (2007). *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1): 77-93.
- Carvalho, G (2013). A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(78), 7-26.
- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., Noronha, K. V. M. S., Rocha, R., Macinko, J., Hone, T., Tasca, R., Giovanella, L., Malik, A. M., Werneck, H., Fachini, L. A., & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*, 394, 345-356.
- Comondore, W. R., Devereaux P. J., Zhou, Q., Stone, S. B., Busse, J. W., & Guyatt, G.

- H. (2009). Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis, *BMJ*, 339, 2732.
- Couper, I. D., Hugo J. F. M., Turnbo, J. F., Harvey, B. M., Maleté, N. H. (2007). Key issues in clinic functioning - a case study of two clinics. *SAMJ*, 97(2), 124-129.
- Dettwyler, K. A. (1991). Can paleopathology provide evidence for “compassion”? *American Journal of Physical Anthropology*, 84, 375-384.
- Devereaux, P. J., Schünemann, H. J., Ravindran, N., Bhandari, M., Garg, A. X., Guyatt, G. H. (2002). Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 288(19), 2449-2457.
- Devereaux, P. J., Heels-Ansdell, D., Lacchetti, C. Haines, T., Burns, K.E.A., Guyatt, G.H. (2004). Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*, 170(8), 1817-1824.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrence, G. W. (2007). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. (3.ed). New York: Oxford University.
- Dussault, G. (1992). A Gestão de Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2):8-19.
- Empson, L., & Langley, A. Leadership and professionals. In Empson, L., Muzio D., Broschak, J., & Hinings, B. (Eds.). (2015). *The Oxford Handbook of Professional Service Firms*. Oxford: Oxford University Press.
- Fung, V., Schmittiel, J. A., Fireman, B., Meer, A., Thomas, S., Selby, J. V. et al. (2010). Meaningful variation in performance: a systematic literature review. *Medical Care*, 48 (2), 140-148.
- Gioia, D. A., Patvardhan, S. D., Hamilton, A. L., Corley, K. G. (2013). Organizational Identity Formation and Change. *The Academy of Management Annals*, 7(1), 123-192.
- Gay, L. R., & Diehl, P. L. (1992). *Research Methods for Business and Management*. 1th Ed. New York: Macmillan Publishing Company.
- Gonçalves, C. A. V., & Machado, A. L. (2007). Depressão: o mal do século: de que século? *R enferm UERJ*, 15(2), 298-304.
- Greenhalgh, T., Raftery J., Hanney, S., & Glover M (2016). Research impact: a narrative review. *BMC Medicine*, 14:78.
- Herrera, C. A., Rada, G., Kuhn-Barrientos, L., & Barrios, X. (2014). Does ownership matter? An overview of systematic reviews of the performance of private for-profit, private not-for-profit and public healthcare providers. *PLOS ONE*, 9(12): e93456.
- Katz, D., & Kahn, R. L. (1978). *The social psychology of organizations* (2^a ed.). New York: Wiley.
- Lotta, G. (2019). *Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil*. (1^a ed). Brasília: Enap.
- Magalhães, Lana. (s.d.). A situação atual da Saúde Pública no Brasil. Toda Matéria. Recuperado em janeiro, 2020, em <https://www.todamateria.com.br/saude-publica-no-brasil>
- March, J. G., & Sutton, R. I. (1997). Crossroads - Organizational performance as a dependent variable. *Organization Science*, 8 (6), 698-706.
- Nonnenmacher, C. L., Weiller, T. H., & Oliveira, S. G. (2011). Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. *Cienc Cuid Saude*, 10 (2), 248-255.
- Pontes, A. P. M., Oliveira, D. C., Cesso, R. D. G., & Gomes, A. M. T. (2009). O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc*

- Anna Nery Rev Enferm, 13 (3), 500-507.
- Sano, H., & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, 48, 64-80.
- Scliar, M (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Seibel, W. (2015). Studying hybrids: sectors and mechanisms. *Organization Studies*, 36(6), 697-712.
- Spikins, P., Needham, A., Tilley, L., & Hitchens, G. (2018). Calculated or caring? Neanderthal healthcare in social context. *World Archaeology*, 50(3), 384-403.
- Taufique, J., George, A., Sarker, M., Ahmed, S., & Peters, D. H. (2017). Who are more responsive? Mixed-methods comparison of public and private sector physicians in rural Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 32, 14-24.
- Tarlov, A (1996). Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: Blane, D., Brunner, E., Wilkinson, R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge. p. 71-93.
- Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortaylı, N., & Akalın, A. A. K. (2006). The Quality of Hospital-based Antenatal Care in Istanbul. *Studies in Family Planning*, 37(1), 49-60.
- Wei, X., Yang, N., Gao, Y., Wong, S. Y. S., Wong, M. C. S., et al. (2015). Comparison of three models of ownership of community health centres in China: a qualitative study. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(3), 162-169.
- Yin, R. K. (2009). How to Do Better Case Studies. In: Bickman L & Rog D.J. (2th ed). *Applied Social Research Methods*. California: The Sage Handbook. p. 254-268.

7. ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

DADOS PESSOAIS

1. Sexo

masculino feminino

2. Faixa etária

até 29 anos de 30 a 39 anos de 40 a 49 anos

de 50 a 59 anos acima de 60 anos

3. Formação acadêmica

Nível Médio Completo

Nível Superior Incompleto. Curso?

Nível Superior Completo. Curso?

Pós-graduação. Curso?

Mestrado. Curso?

Doutorado. Curso?

Pós-doutorado. Curso?

4. Experiência profissional anterior

setor público. Cargo/função? _____ Tempo? _____

setor privado. Cargo/função? _____ Tempo? _____

organização sem fins lucrativos. Cargo/função? _____ Tempo? _____

5. Se teve experiência anterior no setor público, quais os principais pontos positivos e negativos? _____

6. Se teve experiência anterior no setor privado, quais os principais pontos positivos e negativos? _____

7. Se teve experiência anterior em organizações sem fins lucrativos, quais os principais pontos positivos e negativos? _____

8. Desses aspectos, quais são, em sua opinião, os que mais impactam positivamente a decisão pela escolha por atuação em instituições privadas são (pode marcar mais de um):

remuneração justa

acesso mais facilitado a recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos

possibilidade de desenvolvimento

facilidade na mobilidade organizacional (ascensão na carreira/promoção)

outros. Quais? _____

9. Você considera a estabilidade um importante fator para a decisão por atuar em instituições públicas de saúde e não em privadas?

sim não

10. Você sente dificuldades na tomada de decisões à frente da administração da instituição em que atua? A que você atribui tal dificuldade? _____

ANEXO B – TRABALHAR EM ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS VERSUS PRIVADAS: A VIVÊNCIA DOS PROFISSIONAIS – GUIA DE ENTREVISTA

1. Explorar diferenças entre as duas situações. Exemplos de perguntas: “como descreveria a sua experiência de trabalho na organização 1 e na 2. Em seu entender, os que as distingue?”

Se não referido pelo entrevistado, alguns tópicos que podem ser explorados.

- a. Exercício profissional: DIFERENÇAS: na forma de trabalhar com os doentes e famílias; na articulação com profissionais
- b. Exercício profissional: vivência de dilemas, tensões decorrentes de lógicas distintas (ex. pressão para poupar recursos versus foco no doente)
- c. Influência da gestão de topo: até onde vai em ambas as organizações. Que assuntos não trata em cada organização
- d. Modelo organizacional: em cada organização existem diferenças quanto às prioridades e aos objetivos?
- e. Estrutura: grau de burocracia, autonomia/centralização: de que modo as duas organizações são diferentes?
- f. Práticas e processo de gestão diferenciadas: GRH, operações, doentes, abastecimento. Em que diferem as duas organizações?
- g. Contexto organizacional: diferenças em abundância de recursos, pressão concorrencial etc.
- h. Contexto institucional: diferenças de pressões isomórficas (miméticas, coercivas, normativas); diferenças de lógicas dominantes (Estado, mercado, comunidade, profissões) e eventuais conflitos entre lógicas
- i. Dependência de recursos: diferenças nas fontes de receita e impacto no funcionamento organizacional
- j. Pecados: O que pode acontecer numa e é impensável na outra? Dar exemplos

2. Agradecimento e comentários finais