



24

**INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE:  
UM ESTUDO NOS HOSPITAIS DE SANTA MARIA/RS**

**Banca Examinadora**

**Profª. Drª. Orientadora: Ana Maria Malik**

**Profª. Drª. Maria Christina Siqueira de Souza Campos**

**Prof. Dr. Olímpio José N. V. Bittar**

Alegre  
10/05/20

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**UBALDINA SOUZA E SILVA**

***INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE:***  
***UM ESTUDO NOS HOSPITAIS DE SANTA MARIA/RS***

Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação da FGV/EAESP.

Área de concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde como requisito para obtenção do título de mestre em Administração.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik

**SÃO PAULO**  
**1998**



Fundação Getúlio Vargas  
Escola de Administração  
de Empresas de São Paulo  
Biblioteca



1240/98



1199801240

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela intensidade de seu amor.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Malik, orientadora desta pesquisa, pela disponibilidade e valiosa contribuição através das orientações e sugestões apresentadas.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Christina Siqueira de Souza Campos, coorientadora, pelo acolhimento e disponibilidade com que sempre atendeu a minhas solicitações.

A todos os entrevistados, cuja preciosa colaboração tornou possível a realização deste trabalho.

A todos aqueles que me apoiaram e acreditaram na minha capacidade.

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS .....	v
LISTA DE FIGURAS .....	vi
LISTA DE QUADROS .....	vii
LISTA DE TABELAS .....	ix
1 INTRODUÇÃO .....	01
1.1 Justificativa .....	06
1.2 Objetivos .....	09
2 O HOSPITAL E SUA INSERÇÃO NO MEIO AMBIENTE .....	10
2.1 Contexto hospitalar .....	10
2.2 Qualidade hospitalar .....	13
2.3 Produtividade hospitalar .....	15
2.4 Indicadores de qualidade e produtividade .....	20
3 METODOLOGIA .....	30
3.1 O campo, os sujeitos e o objeto da pesquisa .....	30
3.2 Desenvolvimento da pesquisa .....	35
3.2.1 Teste-piloto .....	37
3.2.2 Instrumento de coleta de dados .....	38
3.2.3 Forma de análise dos dados .....	39
4 INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE NOS HOSPITAIS ESTUDADOS .....	41
4.1 Perfil dos gerentes .....	41
4.1.1 Faixa etária .....	41
4.1.2 Sexo .....	43
4.1.3 Área de formação na graduação .....	44
4.1.4 Tempo de formado na graduação .....	46
4.1.5 Tempo de trabalho como funcionário do hospital .....	47

4.1.6 Pós-graduação na área de administração hospitalar .....	48
4.2 Qualidade.....	50
4.3 Programas de melhoria da qualidade .....	55
4.4 Produtividade .....	63
4.5 Indicadores de qualidade e produtividade .....	67
4.6 Ação gerencial .....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
ANEXO .....	89

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>APM</b>	- Associação Paulista de Medicina
<b>CCIH</b>	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
<b>COOPFER</b>	- Cooperativa dos Funcionários da Viação Férrea
<b>CQH</b>	- Controle de Qualidade Hospitalar
<b>CREMESP</b>	- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
<b>HUSM</b>	- Hospital Universitário de Santa Maria
<b>IAHCS</b>	- Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde
<b>IPE</b>	- Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul
<b>JCHA</b>	- Joint Comission Hospitals Accreditation
<b>JCAHO</b>	- Joint Comission on Hospitals Accreditation of Healthcare Organizations
<b>OPAS</b>	- Organização Panamericana de Saúde
<b>PGQP</b>	- Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
<b>SAME</b>	- Serviço de Arquivo Médico e Estatística
<b>SEBRAE</b>	- Serviço Brasileiro de Apoio à Micro e Pequena Empresa
<b>SENAC</b>	- Serviço Nacional do Comércio
<b>SUS</b>	- Sistema Único de Saúde
<b>UFSM</b>	- Universidade Federal de Santa Maria

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Elementos do planejamento: estrutura, processo e resultados ...	10
FIGURA 2 - Inserção do hospital no meio ambiente.....	12
FIGURA 3 - Fatores de melhoria ou deficiência da qualidade e produtividade dos hospitais .....	20

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Quantidade de gerentes entrevistados por hospitais e categoria profissional no município de Santa Maria - RS ....	34
QUADRO 2 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - médico .....	51
QUADRO 3 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - economista e administrador .....	52
QUADRO 4 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e profissional - enfermeira .....	53
QUADRO 5 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - farmacêutico .....	54
QUADRO 6 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - sem formação superior .....	55
QUADRO 7 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria Da qualidade por hospital e por profissional - médico .....	56
QUADRO 8 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria Da qualidade por hospital e por profissional - enfermeira ....	57
QUADRO 9 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria De qualidade por hospital e por profissional - farmacêutico .....	58
QUADRO 10 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - economista .....	59
QUADRO 11 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - sem formação superior .....	59
QUADRO 12 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - médico .....	63



QUADRO 13 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - enfermeira .....	64
QUADRO 14 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - farmacêutico .....	65
QUADRO 15 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - economista e administrador ...	65
QUADRO 16 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - sem formação superior .....	66
QUADRO 17 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - médico .....	69
QUADRO 18 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - enfermeira ...	70
QUADRO 19 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - economista e administrador .....	71
QUADRO 20 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - farmacêutico .	71
QUADRO 21 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - sem formação profissional .....	72
QUADRO 22 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - médico .....	74
QUADRO 23 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - enfermeira .....	75
QUADRO 24 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - administrador .....	75
QUADRO 25 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - farmacêutico .....	76
QUADRO 26 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - sem formação superior .....	76

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, por faixa etária, 1995 .....	42
TABELA 2 - Comparação da faixa etária dos gerentes de Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	43
TABELA 3 - Distribuição, por sexo, dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, 1995 .....	43
TABELA 4 - Comparação do sexo dos gerentes entrevistados de Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	44
TABELA 5 - Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, por área de formação na graduação, 1995 .....	45
TABELA 6 - Comparação da área de formação dos gerentes entrevistados entre Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	45
TABELA 7 - Distribuição por tempo de formado na graduação dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, 1995 .....	46
TABELA 8 - Comparação do tempo de formado na graduação dos gerentes de Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	47
TABELA 9 - Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, por tempo de trabalho como funcionário do hospital, 1995 .....	48
TABELA 10 - Comparação do tempo de trabalho como funcionário do hospital dos gerentes entrevistados de Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	48

TABELA 11 - Distribuição dos gerentes entrevistados com cursos de pós-graduação em administração hospitalar de quatro hospitais do município de Santa Maria - RS, 1995 .....	49
TABELA 12 - Comparação dos gerentes entrevistados com curso de pós-graduação em administração hospitalar de Campinas - SP e Santa Maria - RS .....	50

## 1 INTRODUÇÃO

Até o final do século XIX os hospitais existiam muito mais para acolher o sofrimento dos enfermos do que propriamente para curá-los, sendo as pessoas de vida mais abastada e com melhores condições financeiras e sociais tratadas em casa pelo médico da família e assistidas por familiares e empregados. Esta situação ocorria tanto no Brasil quanto no resto do mundo e foi se modificando, aos poucos, quando o objetivo das instituições hospitalares passou por um processo de mudança - buscar a cura de pessoas dos diferentes segmentos da sociedade que ali buscassem alívio para seu sofrimento, conforme BORBA (1985; p. 35).

Conforme Hempel (1981; p.13-16), no período compreendido entre 1844 e 1848, o médico Ignaz P. Semmelweis, do Hospital Geral de Viena, preocupado com a alta taxa de mortalidade de mulheres que, após o parto, contraíam uma doença, muitas vezes fatal, conhecida como febre puerperal, começou a pesquisar a causa desse problema. Nesse período verificou algumas variáveis que pudessem ser a causa desse índice de mortalidade tão elevado. Surgiram várias hipóteses sobre a causa da doença como: "influências epidêmicas", excesso de gente, exame grosseiro feito pelos estudantes de medicina, entre outras. Semmelweis realizou vários testes, sempre comparando os índices no seu próprio serviço e em outro existente no próprio hospital, e propôs várias medidas com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada, pois muitas pacientes já começavam a se recusar a utilizar esse serviço. Percebe-se, já naquela época, através da narrativa desse fato bastante conhecido, a preocupação em melhorar a qualidade da assistência prestada com a utilização de dados.

Segundo TREVIZAN (apud MENDES, 1993, p.213), por volta de 1850, em Londres, Florence Nightingale sentiu a necessidade de sistematizar as estatísticas hospitalares de forma a subsidiar as avaliações da assistência prestada aos pacientes nos hospitais ingleses, contribuindo, assim, para a administração dos estabelecimentos hospitalares. Seu objetivo era melhorar a qualidade da assistência utilizando-se de dados estatísticos, desse modo ajudando no aprimoramento de vários tratamentos. A partir de então, a enfermagem passou a contar com uma história rica em tentativas de melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem como dos processos administrativos da área, apesar de não haver mensuração histórica desses avanços.

Em 1910 o relatório Flexner<sup>1</sup> também mostrou claramente essa preocupação, apontando falhas em hospitais dos Estados Unidos, que prejudicavam a saúde dos pacientes e a reputação dos médicos da época, referentes à falta de organização, à qualificação inadequada de seus prestadores nos diversos níveis e falhas grosseiras de higiene.

De uma forma geral, até o final do século XIX e início do século XX, os hospitais americanos tinham condições de higiene pouco satisfatórias, com alto índice de mortalidade e, muitas vezes, com epidemias que chegavam a matar por doenças infecto-contagiosas pacientes internados. Esta situação foi registrada por dados coletados naquela época.

Em 1918, surgia a Joint Commission on Hospitals Accreditation (JCHA), como forma de melhorar os padrões de qualidade na direção daqueles níveis exigidos hoje para hospitais. A Joint Commission on Hospitals Accreditation é uma das principais organizações voltadas à acreditação<sup>2</sup> de prestação de atenção médica à sociedade moderna, os quais, conforme AZEVEDO (1992, p.54), estabelecem exigências como:

---

<sup>1</sup> Relatório publicado no boletim número 4 da Fundação Carnegie em 1910, nos USA, por Abraham Flexner.

<sup>2</sup> Procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos.

- a) corpo clínico definido;
- b) diploma legalmente registrado;
- c) registro de regras e regulamentos para esse corpo clínico;
- d) existência de prontuários praticamente nos moldes do que conhecemos e
- e) existência de instalações diagnósticas e terapêuticas mínimas.

Assim, a busca pela qualidade dos serviços de saúde vem de tempos remotos. Analisando a história dos hospitais, podemos ver que desde sua origem ela se faz presente em todos os que ali desempenham suas atividades profissionais.

A preocupação com os padrões de qualidade diz respeito, na sua maioria, à avaliação do serviço médico, mas também à avaliação da produtividade do hospital como rotatividade dos leitos hospitalares, média de permanência, taxa de ocupação a que soma-se a preocupação com a sobrevivência dos estabelecimentos hospitalares.

Ao longo dos anos, a Joint Commission Hospitals Accreditation (JCHA) evoluiu para Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), com a finalidade de medir, avaliar e melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população dos Estados Unidos e vem desenvolvendo trabalhos no sentido de aprimorar o desempenho dos hospitais. Isso é conseguido, propondo padrões de qualidade em colaboração com profissionais de saúde e estimulando as instituições de saúde a cumprirem estes padrões através da acreditação e do desenvolvimento do conceito de melhoramento da qualidade.

O processo de acreditação desta comissão, segundo Carol M. Gilmore (1993), tem três objetivos:

- a) proporcionar segurança significativa ao público através de um processo completo e imparcial;

- b) proporcionar informação oportuna e precisa do desempenho a todas as partes interessadas incluindo o público e
- c) implantar um processo que estimule e motive as entidades e os médicos a colaborarem na prestação de cuidados de alta qualidade.

Para cumprir sua missão, essa Comissão conjunta possui um plano de ação que tem sido desenvolvido para incrementar, de maneira contínua, a base do conhecimento da qualidade no cuidado de saúde e melhorar o processo de medir o desempenho organizacional e estimular mudanças positivas. Os novos padrões estabelecidos em 1994 pela Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)<sup>3</sup>, relacionados com a melhoria do desempenho, refletem o enfoque mais recente no melhoramento da qualidade e no cuidado de saúde. A acreditação inicialmente se caracterizou pela adesão voluntária dos organismos de saúde, mas logo passou a ser reconhecida pelo governo, financiadores e profissionais da saúde no que se refere aos financiamentos.

No âmbito de América Latina, o Programa “Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais para América Latina e Caribe” reflete mais um esforço da OPAS para melhorar a qualidade e a eficácia da assistência nessa região e um impulso para aumentar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis, contribuindo, concomitantemente, para alcançar uma maior equidade na prestação de serviços de saúde. Conforme NOVAES & PAGANINI (1994, p.VIII), o tema *acreditação* é um importante componente nessa atividade e sua implementação de forma apropriada trará benefícios para a realização dos objetivos e para um aumento da credibilidade dos hospitais da região da América Latina e Caribe, na qual o Brasil está inserido. No Brasil, no período de 1993 a 1997, formou-se um “grupo técnico”, com características nacionais, pluri-institucional, tentando agregar todos os interessados, buscando adaptar o

---

<sup>3</sup> Na atualidade, a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization é o maior organismo de acreditação de organizações para o cuidado de saúde, dos seus produtos e serviços, nos Estados Unidos.

instrumento latino-americano à realidade brasileira. A partir do segundo semestre de 1997 o Ministério da Saúde assumiu a constituição de um grupo central e de núcleos estaduais independentes.

Atualmente, no Brasil, a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (APM e CREMESP) vêm desenvolvendo um programa de melhoria da qualidade conhecido como CQH (Controle de Qualidade Hospitalar). Desde julho de 1991, tal programa vem consolidando-se como uma experiência inovadora, com propostas de novas práticas e condutas na administração dos hospitais brasileiros, mais especificamente no estado de São Paulo, de forma a repercutir positivamente no que se refere aos resultados, contribuindo para o aperfeiçoamento e a melhoria do atendimento médico-hospitalar, abrindo perspectivas modernizantes, tendo como objetivos máximos - qualidade, racionalidade e eficiência.

Desde 1992, o estado do Rio Grande do Sul conta com o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP), com o objetivo de estimular, articular e promover ações que visem à competitividade de produtos e serviços no mercado. O PGQP tem como estratégia de ação o desenvolvimento de atividades e projetos orientados pela Comissão Estadual de Qualidade e Produtividade, encaminhados pela Coordenação Executiva e operacionalizados em âmbito dos Comitês Gerais, Comitês Setoriais e Comitês Regionais.

O Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS), em conjunto com a Secretária Estadual do Meio Ambiente e o SEBRAE/RS, em 1995 desenvolveram um projeto de pesquisa com o propósito de determinar padrões de qualidade hospitalar, baseado no Manual de Acreditação Hospitalar proposto pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Devido ao empenho dos mais variados setores da economia gaúcha, o Rio Grande do Sul destacou-se como uma das experiências mais profícuas e amplas de implantação do modelo de gestão pela qualidade total. Conforme



NETO & GASTAL(1997, p. 39), a saúde é, reconhecidamente, uma das áreas que menos se desenvolveram no que diz respeito à implantação de modernas técnicas de gestão de seus serviços e por isso vem, desde 1995, recebendo atenção através do Comitê Setorial da Saúde do PGQP.

Os objetivos do Programa consistem:

- a) na necessidade de a instituição ser vista como um todo;
- b) em que a necessidade de cada serviço seja compartilhada por todos;
- c) em que as equipes de pessoal estejam preparadas para a gigantesca tarefa e
- d) em que os indicadores de qualidade dos eventos de maior frequência e risco, ou mais propensos a problemas, sejam identificados com base em padrões de referência.

Este trabalho, desenvolvido por órgãos oficiais de diferentes países e instituições, na maioria das vezes não é assumido com a devida relevância pelas próprias instituições hospitalares brasileiras - de forma bem diferente do que acontece nas americanas - que parece não assimilarem a necessidade de melhorar seus padrões de desempenho. DEMING (1990, p. 337) vem apoiar tal idéia quando diz que "esforços e métodos para melhoria da qualidade e produtividade estão, na maioria das empresas [...], fragmentados, sem nenhuma diretriz geral adequada, nenhum sistema integrado para aperfeiçoamento contínuo". De qualquer maneira, no Brasil há diversos grupos interessados no assunto.

## 1.1 Justificativa

Se nos reportarmos aos hospitais de alguns anos anteriores e os compararmos com os de hoje, teremos clareza na mudança de sua *performance* nos aspectos comentados acima. Mas, analisando quanto aos

padrões dos processos de trabalho, nos deparamos com algumas deficiências em relação à quantificação e qualificação desses processos.

Até poucos anos atrás, as exigências de investimento na área hospitalar eram reduzidas. O mesmo não acontece nos dias atuais, pois se faz necessário um investimento intensivo de capital, no sentido de acompanhar o desenvolvimento da tecnologia de ponta. Conseqüentemente há necessidade de investir em pessoal capacitado e com remuneração compatível com sua capacidade para operar todo o arsenal tecnológico disponível.

Considerando o que foi dito acima é que surgiu o interesse pelo presente estudo, tendo como fundamento a importância e a necessidade de medir os fenômenos e as ocorrências com a finalidade de proporcionar um aprimoramento do hospital e estudar a evolução ao longo dos anos para, de certa forma, poder prevenir e, principalmente, administrar as tendências atuais e futuras.

Embora se perceba a existência de propostas de avaliação da qualidade e produtividade dos serviços hospitalares, como as já citadas, e sejam questionadas a eficácia e eficiência dos processos, por parte dos próprios gerentes, e principalmente, dos resultados das instituições hospitalares, vemos pouco interesse e mesmo conhecimento para se chegar a administrar a melhoria da qualidade e produtividade de forma objetiva, com base em parâmetros e critérios quantitativos. Sendo assim, percebemos a necessidade de medir a qualidade e produtividade e utilizar essas medidas como norteadoras da ação gerencial, o que acreditamos não acontecer na maioria dos hospitais do Brasil e mais precisamente em Santa Maria, RS.

Por um período de sete anos, exercemos a enfermagem em um dos hospitais pesquisados, quer como enfermeira assistencial, quer em serviço de educação continuada e também na gerência do serviço. Durante esses anos, questionamo-nos sobre quais os objetivos e o porquê do setor de estatística do hospital apresentar a todas as gerências, mensalmente, um relatório, de certa forma sofisticado, repleto de informações intra-hospitalares e, na maioria dos

casos, este não ser nem lido pelos responsáveis pela administração de cada setor hospitalar, nem mesmo pela própria diretoria.

Mais recentemente (1993), durante o curso de mestrado, realizamos uma pesquisa sobre qualidade, em alguns hospitais de São Paulo. Esta pesquisa teve como finalidade observar, entrevistar pessoas envolvidas, tomar conhecimento de experiências de vivência de melhoria da qualidade ou mesmo detectar a necessidade dessa melhoria nos mais variados serviços hospitalares. Posteriormente isso foi relatado em forma de "cases" para servir como material didático para cursos sobre qualidade dos serviços de saúde, promovidos pelo Serviço Nacional do Comércio (SENAC). E novamente encontramos um quadro semelhante. A prática da mensuração de eventos significativos como, por exemplo, tempo de espera dos pacientes, número de cirurgias suspensas e muitos outros, independente do setor pesquisado, é muito pouco realizada ou, quando existe, não é interpretada. A mensuração, na maioria das vezes, é feita de maneira informal. Medir, gerar e avaliar indicadores de qualidade e produtividade é difícil, sendo considerado perda de tempo, uma sofisticação que requer muito esforço e traz pouco proveito, conforme TIRONI (1993, p. 11).

TIRONI (1992) considera que, sem medir, não há como avaliar um processo ou ação para melhoria da qualidade e produtividade. Essa afirmação foi confirmada na ocasião em que um dos hospitais pesquisados enfrentava problemas relativos à carência de pessoal do serviço de enfermagem. Havia relutância em admitir funcionários para essa área. Muitas reuniões aconteceram com a finalidade de resolver a situação, mas o problema persistia. Foram elaborados indicadores relativos ao quadro de pessoal de enfermagem em termos de quantidade, em relação a cada nível profissional dessa área, além da sua distribuição pelos diversos setores do hospital. Este trabalho resultou numa abertura por parte da diretoria do hospital no sentido de reconhecer a necessidade de pessoal. Destacamos este trabalho considerando a importância do mesmo, pois, até então, havia muita discussão sobre o

assunto, mas nada havia sido feito que comprovasse a necessidade de um maior número de funcionários, causando uma mudança na tomada de decisão.

Percebemos assim a possibilidade de avaliar os fatos cotidianos da vida no hospital através de indicadores não tão corriqueiros, como as horas trabalhadas, o salário e o tempo de trabalho. Há necessidade de se escolher indicadores de qualidade e produtividade dos serviços hospitalares. Isso pode ser comprovado na análise dos resultados da pesquisa.

## **1.2 Objetivos**

Como primeiro objetivo, quisemos identificar o uso ou não de indicadores de qualidade e produtividade, nas diferentes áreas dos quatro hospitais pesquisados.

O segundo objetivo deste trabalho era o de identificar o grau de utilização de indicadores de qualidade e produtividade pelos gerentes hospitalares, na orientação de sua ação gerencial, nos quatro hospitais pesquisados em Santa Maria, RS.

Com este trabalho procuramos mostrar a dificuldade ou não e a falta de conhecimento dos gerentes hospitalares, de se utilizarem de uma das ferramentas da qualidade – indicadores de qualidade e produtividade, - pois além de se constituírem em subsídios para a tomada de decisão, são importantes para uma melhor sistematização das ações gerenciais.

## **2 O HOSPITAL E SUA INSERÇÃO NO MEIO AMBIENTE**

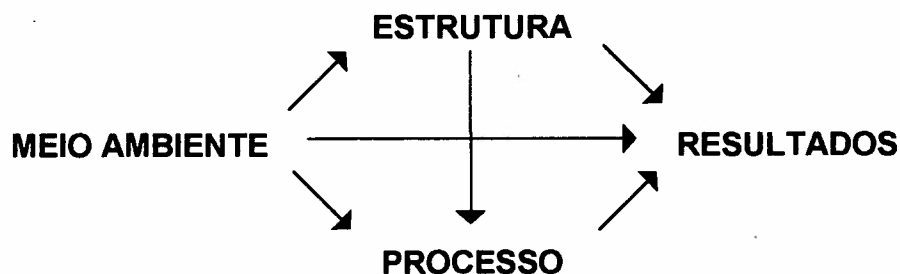
### **2.1 Contexto hospitalar**

Consideramos importante, para contextualizar o trabalho, uma descrição da realidade hospitalar.

Não é uma prática comum a todos os hospitais avaliar sistematicamente sua inserção no meio ambiente e suas atividades em termos de estrutura disponível, dos processos em vigor e dos resultados esperados, conforme AZEVEDO (1991, p. 4). Isto dificulta o trabalho dos administradores hospitalares, à medida em que não conhecem padrões ou índices a serem alcançados, melhorados ou mesmo preservados.

Para uma melhor compreensão da realidade hospitalar, de sua inserção no meio ambiente e da relação entre estrutura, processo e resultados, utilizamos o esquema adotado por BITTAR (1994, p. 1) com base em FLEMING.

FIGURA 1 - Elementos do planejamento: estrutura, processo e resultados.



Fonte: BITTAR, 1994, p. 1.

O meio ambiente refere-se à localização do hospital, ao conhecimento de outros serviços de saúde disponíveis na região, ou seja, às forças que o

cercam, com o objetivo de evitar deficiência ou acúmulo de oferta, bem como suas características sócio culturais para poder optar efetivamente pela sua estratégia competitiva.

A estrutura é definida na forma de operação do hospital, sendo caracterizado por uma dependência administrativa pública, por uma entidade filantrópica, ou privada com finalidade de lucro, se é hospital-escola ou não, o porte do hospital, se é um local para tratamento de casos agudos ou crônicos, se é de âmbito geral ou especializado.

O processo refere-se a toda tecnologia envolvida nos cuidados prestados ao paciente e para FLEMING (apud BITTAR 1997) os indicadores de medida utilizados por eles são, entre outros, a média de permanência, o percentual de ocupação, o tipo de cuidados e a rotatividade de empregados.

Os resultados, são medidos pela qualidade dos cuidados, eficiência, efetividade, produtividade e satisfação do cliente e dos profissionais.

Ainda em relação à estrutura, ao processo e aos resultados, consideramos importante a interpretação dada por DONABEDIAN (1993, p. 282-292). Esse autor define estrutura como os atributos de recursos materiais, tais como instalações, equipamentos e recursos financeiros, recursos humanos, tais como quantidade e qualificação de pessoal e estrutura organizacional, tais como organização do corpo clínico.

O processo se refere ao que atualmente é feito em relação aos cuidados prestados. Isto inclui as atividades do paciente para procurar cuidados e também as atividades dos profissionais para fazer diagnósticos e recomendar ou implantar tratamentos, mas também inclui outras contribuições, particularmente aquelas dirigidas para o paciente e a família que se constituem no cuidado de saúde como: diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação.

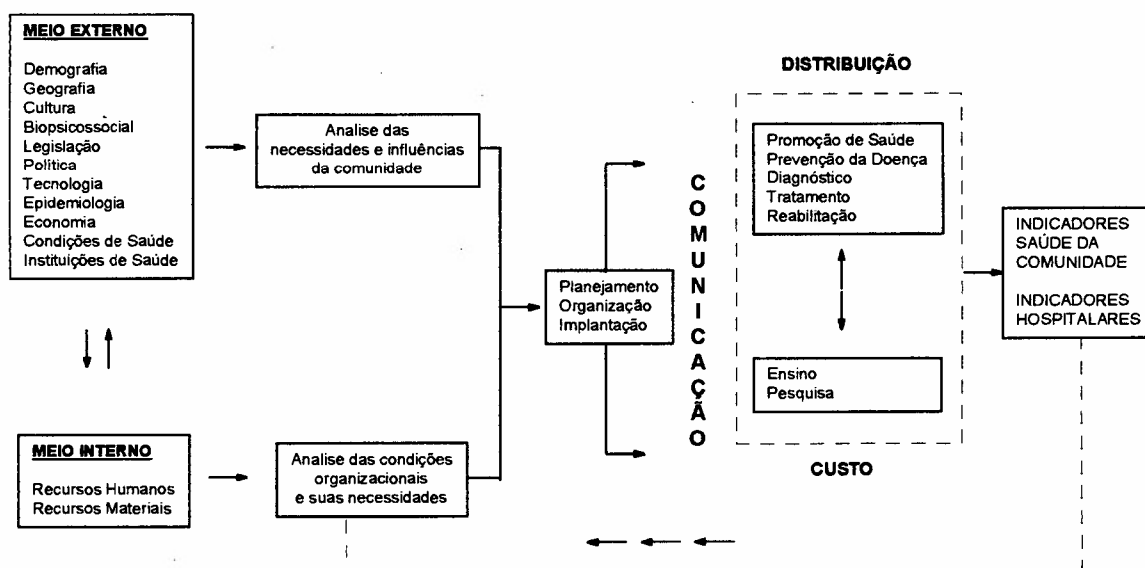
Resultados significam os efeitos e os cuidados no *status* de saúde do paciente e da população. A melhora no conhecimento dos pacientes e as mudanças desejadas nos comportamentos destes são incluídos sob uma ampla definição de *status* de saúde e no grau de satisfação do paciente com os

cuidados. Estas mudanças incluem: mudanças no estado de saúde, mudanças no conhecimento adquirido por pacientes ou familiares que podem influenciar na saúde futura, satisfação dos pacientes e membros de sua família com os cuidados e seus resultados.

BITTAR (1982, p. 2) apresenta uma proposta de modelo no qual aponta a inserção dos hospitais no meio ambiente e as trocas recíprocas entre eles. O modelo está de acordo com a Comissão de Peritos em Assistência Médica da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em junho de 1950, definiu hospital como parte integral de uma organização médica, cuja função é promover completa assistência de saúde à população - curativa e preventiva - com serviços que atinjam a família e seu meio ambiente.

Adaptando o esquema de BITTAR para incluir epidemiologia, temos:

FIGURA 2 - Inserção do hospital no meio ambiente.



BURMESTER, DUARTE & BERTOLOCCHI (1993, p. 11) salientam que nem sempre a estrutura garante a qualidade dos procedimentos e tampouco dos resultados. Isto é confirmado pelo fato histórico sobre a febre puerperal.

Sabemos que havia condições de atendimento de acordo com os padrões da época, no entanto Semmelweis não conseguiu eliminar a febre de suas parturientes sem antes modificar as condições processuais para atendimento às mesmas. A estrutura está claramente afastada do resultado, diz VUORI (1991, p. 22). O problema, nesse caso, residia no processo, mais precisamente na excelência profissional, até então desconhecida. Estas evidências, juntamente com as variáveis geográficas, tamanho da comunidade, variáveis demográficas entre outras, elencadas por BITTAR (1982, p. 26), evidenciam grande interferência na qualidade e produtividade dos hospitais.

## **2.2 Qualidade hospitalar**

A preocupação com a qualidade não é fato recente. Como conceito, existe há milhares de anos, porém só recentemente passou a ser encarada de modo diferenciado.

Historicamente, o interesse pela qualidade nos preceitos mais modernamente utilizados, emergiu em meados da década de 40 e início de 50, mais precisamente após a Segunda Grande Guerra Mundial, com os trabalhos de Edwards Deming e Joseph Juran. Os estudos desses dois autores da qualidade marcaram o início da era da garantia de qualidade.

A partir da década de 80, os valores relativos à qualidade de vida tornaram-se muito mais evidentes. O nível de competitividade e a necessidade de sobrevivência das empresas foram fatores marcantes. Os cliente tornaram-se mais críticos, exigentes em relação aos produtos e serviços oferecidos. A concorrência entre as instituições foi acirrada mediante a consciência de que para gerar qualidade não eram necessários somente produção e garantia do processo, mas sim, estar atento às influências sócio-político-econômicas do ambiente externo.

Na realidade hospitalar também chegou o termo *qualidade* por ser muito utilizado nos dias de hoje. Atualmente, escuta-se falar com frequência sobre as



empresas que trabalham com “Gestão da Qualidade” ou alguma outra expressão similar. É preconizada a importância desta maneira de gerenciar não mais como uma novidade, mas como algo que deve ser vivenciado, como forma de sobressair-se na busca de um lugar que garanta a preferência dos consumidores, em função da diversificada gama de produtos e serviços oferecidos no mercado.

Se perguntarmos aos gestores da qualidade o significado do termo, teremos respostas que, muitas vezes, podem ser conflitivas entre si. Tanto gestores como consumidores, em diversas circunstâncias e situações, possuem uma noção muito vaga e polêmica sobre o significado implícito e explícito da palavra, apesar de seu uso generalizado no senso comum, conforme NOGUEIRA (1994, p. 2). Quando falamos em qualidade temos de entender que este termo abrange muito mais do que o produto. A qualidade tem que acontecer num “continuum” ao longo de todo o processo produtivo, sendo que todos os agentes do processo devem estar com ela comprometidos. Assim, qualidade, hoje, é tida como a superação da expectativa do cliente - a qual, no meio hospitalar, deve ser interpretado como ser atendido em suas necessidades de saúde.

Em relação a isso, é preciso distinguir a área hospitalar da industrial. Nesta, o trabalho está diretamente ligado ao produto - algo, podemos dizer, sem interação direta com o consumidor. Já nos hospitais, o produto - a saúde do paciente NOVAES & PAGANINI (1994, p. 10) - é interativo, o que TIRONI (1992, p. 8) explica dizendo que o consumo e a produção ocorrem simultaneamente, colocando o consumidor dentro do processo de produção, como por exemplo durante a consulta médica, o ato cirúrgico, exames laboratoriais e tantos outros procedimentos. O significado de qualidade torna-se mais claro quando relacionado com os objetivos e características das organizações e do processo de produção e não só do resultado final.

NOVAES & PAGANINI (1994, p. x-xi) contribuem dizendo que definir qualidade depende da perspectiva de quem a define, segundo seus conhecimentos, valores e recursos. Em se tratando de saúde, para o cliente e

sua família, provavelmente significa obter um diagnóstico correto e um tratamento satisfatório de acordo com suas próprias concepções. Na visão dos profissionais da saúde, o que prevalece são os critérios estritamente técnico-científicos de melhorar a qualidade de vida de seus pacientes que, por sua vez, sofrem a influência de suas próprias percepções, fixadas pelo contexto do trabalho, pela sua formação acadêmica e por seus valores pessoais intrínsecos.

Para traduzir qualidade, NOGUEIRA (1994, p. 2) utiliza três elementos subjetivos, mas manifestos na maneira objetivamente diferente de produzir:

- a) a preocupação de criar bens e serviços e ao mesmo tempo ter consciência quanto às propriedades destes, minimizando sua variabilidade ao serem adotados determinados padrões ou especificações técnicas;
- b) a preocupação de satisfazer às demandas existentes e às possíveis necessidades dos consumidores e
- c) a orientação para a qualidade, que deve abranger a totalidade da organização, envolvendo gerência, técnicos e trabalhadores em geral.

Em contrapartida, NOVAES & PAGANINI (1994, p. xxii) dizem que, devido ao fato de os médicos, com frequência, utilizarem critérios implícitos e subjetivos para avaliar a qualidade da assistência médica hospitalar, cada instituição deve desenvolver seus próprios critérios explícitos de qualidade, estabelecidos com precisão por parte das autoridades profissionais que ali prestam serviços. Assim poderiam ser estabelecidos critérios explícitos para preparos pré-operatórios, como exames; antibiograma para antibioticoterapia; padronização de medicamentos, facilitando a medição da assistência prestada.

### **2.3 Produtividade hospitalar**

MIRSHAWKA (1994, p. 32) diz que a palavra produtividade assume

várias definições, dependendo do profissional que a utiliza na saúde, enfermeiros, administradores hospitalares, médicos, entre outros. Esta talvez seja uma das dificuldades estabelecidas, no que tange ao cálculo de indicadores de produtividade validados para qualquer instituição hospitalar, devido à abundante diversidade de serviços por ela prestados.

Ao revisarmos a bibliografia referente à qualidade, encontramos um grande número de referências, seja ligadas diretamente à área de saúde, seja abordando a questão de maneira geral. O mesmo não pode ser dito a respeito da produtividade, principalmente para a área em estudo. Esta constatação é confirmada por BITTAR (1994, p. 1).

Conforme analisa THIRY-CHERQUES (1991, p. 38), há muita confusão entre a produtividade e outros indicadores de desempenho, principalmente a rentabilidade, sendo esta definida como a relação entre benefícios obtidos com a venda de serviços e os custos para produzi-los. Ainda o mesmo autor comenta que, apenas a partir de 1950, a produtividade global dos fatores passou a ser efetivamente estudada. Hoje este indicador é constituído pela divisão de um serviço pelos fatores de produção que, além do trabalho, compreendem: capital financeiro (incluindo os custos), capital tangível (terras, instalações, equipamentos, estoques), matéria prima, transporte e energia. Antes dessa data, a produtividade era vista simplesmente como a razão entre o produto e a hora trabalhada.<sup>1</sup>

MOREIRA (apud BITTAR 1997, p. 96) define este termo como a relação entre a produção obtida e o número de pessoas empregadas para conseguir essa produção. E diz que a idéia está correta. Mas ao mesmo tempo a considera incompleta e insuficiente, pois num sentido mais técnico a produtividade é entendida como a relação entre a produção obtida por unidade

---

<sup>1</sup> A diferença entre os dois indicadores não é pequena. No primeiro caso, - produtividade de mão-de-obra ou do trabalho, - estaremos medindo apenas a relação entre produto-serviço e o trabalho. No segundo caso, muito mais complexo, além deste, estaremos medindo todos os demais fatores: as relações produto-serviço/capital financeiro, produto-serviço/capital tangível. A vantagem é evitar distorções na aferição dos resultados, já que ganhos em uma relação podem ser anulados por perdas em outras.

produtiva, num período determinado, e os insumos utilizados. Ainda BITTAR divide a produtividade em parcial e total. Se a produção estiver relacionada apenas com um insumo, como por exemplo a mão-de-obra ou o capital estamos falando de produtividade parcial. É relativamente fácil medir a mão-de-obra utilizada no processo de produção, em número de homens/hora, nas instituições hospitalares o mais comum é em número de funcionários/leito, assim este passa a ser um indicador bastante utilizado. Quando se trata de medir a produtividade total através de uma combinação de mão-de-obra e capital, já se torna mais difícil e é um indicador utilizado com muito menos freqüência, pois há uma dificuldade em agregar insumos de natureza diferente.

Assim, percebe-se que é bem mais simples tratar da produtividade sob o aspecto quantitativo do que qualitativo e que o primeiro aspecto, na verdade, é apenas uma consequência do segundo, isto é, qualquer trabalho de melhoria da produtividade deve necessariamente passar pela melhoria da qualidade, caso contrário perde o sentido.

MÉDICI (1997, p. 34) comenta que as técnicas de qualidade apresentam, como um dos segredos da moderna administração, a redução da variabilidade de cada produto. Tal redução pode ser feita, no caso da saúde, mais especificamente nos hospitais, através do estudo detalhado do processo de produção associado ao tratamento de cada diagnóstico, a fim de se conhecerem os insumos utilizados, os custos incorridos e a eficiência de seus resultados. WOOD & URDAN (1994, p. 58) reforçam esta idéia, dizendo que as técnicas de gerenciamento da qualidade estão, aos poucos, sendo empregadas em hospitais, com resultados encorajadores como é o caso dos hospitais que fazem o levantamento do custo dos diversos procedimentos realizados e passam, muitas vezes, a oferecer o “sistema de pacote” para sua clientela que não dispõe de plano privado de saúde e, uma das justificativas é porque somente as instituições de saúde que aliarem melhor tratamento do doente com aumento da produtividade irão prosperar.

Em estudos realizados sobre produtividade, são apontadas uma série de variáveis que interferem no aumento ou diminuição da mesma. BOOG (1991, p. 233) cita a estrutura e o planejamento organizacional, investimento em treinamento e desenvolvimento, programas de higiene e segurança no trabalho, processo de recrutamento e seleção, estilo de gerência, administração de cargos e salários, participação nas decisões, redução das fontes de tensão, planos de carreira, entre outros. Estudos realizados na área de saúde por WENDLING (apud BITTAR 1994, p. 6) apresentam as seguintes variáveis: equipamentos, trabalho em turnos, outras ocupações desenvolvidas pelos profissionais, localização, ambiente físico e ainda fatores pessoais.

Qualquer ótica profissional empregada - e nos hospitais elas são múltiplas, refletindo a complexidade dessa organização - levará à outra gama enorme de variáveis.

Também há variáveis externas à instituição hospitalar que podem interferir nos baixos níveis de produtividade e conseqüentemente nos de qualidade como: rotatividade de mão-de-obra, interesses individuais e de grupos, inabilidade gerencial, degeneração do sistema de saúde vigente, falta de aprimoramento e atualização dos profissionais da área devido aos baixos salários e o conseqüente acúmulo de empregos, *stress*, alto grau de especialização dos serviços com o acentuado incremento de tecnologia avançada, e o que é mais grave, falta de interesse dos profissionais da área.

BITTAR (1994, p. 6) também menciona a contribuição dos médicos para a melhoria dos resultados hospitalares. Já MIRSHAWKA (1994) faz referência ao papel dos médicos no sentido de que estes não possuem regras rígidas e rápidas para determinar o volume e os tipos de recursos necessários para o tratamento dos pacientes. Traz como exemplo o fato de um médico entender que determinado tipo de doença é um caso emergencial para cirurgia, enquanto outro profissional pode resolver pela tratamento clínico. Também há casos de profissionais que, para chegarem a um diagnóstico, exigem uma

bateria de exames, enquanto outros preferem usar a técnica da observação durante um certo período.

Ainda MIRSHAWKA destaca que essa variação nas práticas médicas pode ser considerada como uma das causas da ineficiência dos serviços de saúde, pois são consumidos recursos desnecessários em prejuízo de ações eficazes, efetivas e eficientes. Os dados apresentados pelo autor mostram que em hospitais-escola norte-americanos 65% dos exames laboratoriais e 11% dos exames radiológicos de tórax são considerados clinicamente desnecessários, o que mais uma vez confirma o desperdício - não sendo nada diferente nas instituições hospitalares do Brasil. Continua relacionando os desperdícios, agora referentes aos dias de hospitalização que chegam a ser 45% acima da média de permanência preconizada pelo Ministério da Saúde. Afirma também que 28% dos procedimentos cirúrgicos prescritos são desnecessárias ou muitas vezes nem chegam a acontecer.

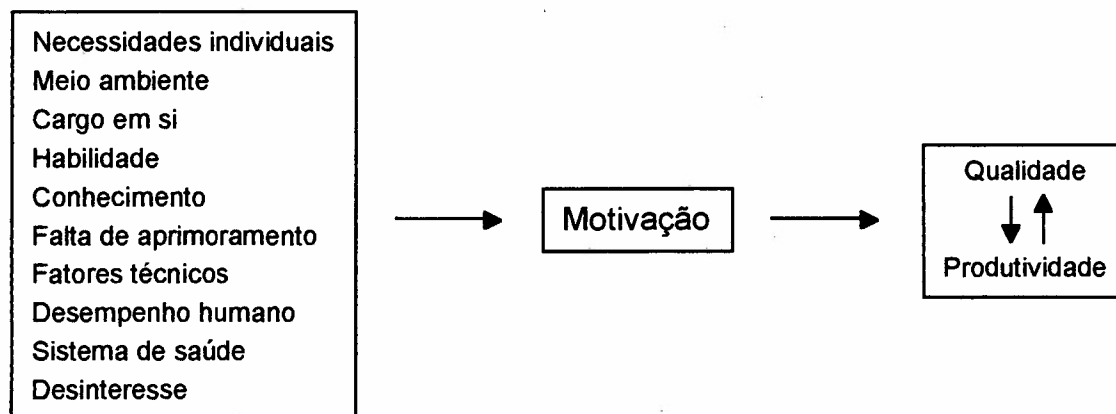
BERWICK (1995, p. 143-144) menciona vários exemplos de ganho de produtividade com o objetivo final de melhorar a qualidade. Nesses casos foram necessárias mudanças técnicas e mudanças nos processos capazes de ampliar os ganhos a partir do trabalho das mais diversas equipes que atuam nas instituições.

Melhorar a qualidade e a produtividade, conforme BOOG (1991, p. 238), é um processo que exige atenção, ações e investimentos. Potencializar os esforços de todas as categorias profissionais da instituição hospitalar na busca da qualidade e da produtividade exige tempo e muita atenção em nível gerencial no que concerne ao planejamento, à organização, à motivação e ao controle.

É neste contexto que a criação de uma planilha de indicadores pode proporcionar, sem dúvida, aos gerentes de saúde, informações capazes de auxiliar no processo de tomada de decisão. Resumindo, podemos combinar fatores capazes de assegurar melhorias na qualidade e ganhos na

produtividade e para isso utilizamos o seguinte esquema:

**FIGURA 3 - Fatores da melhoria ou deficiência da qualidade e produtividade dos hospitais.**



Fonte: BOOG, 1991, p. 239.

## **2.4 Indicadores de qualidade e produtividade**

Conforme TIRONI (1993, p. 9), no Brasil, o interesse pelos indicadores de qualidade e produtividade, nas instituições, surgiu pela primeira vez com o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), que apresentou no seu Subprograma II – Desenvolvimento e Difusão de Métodos de Gestão, trazendo o projeto “Desenvolvimento de Indicadores Setoriais e Regionais da Qualidade e Produtividade”. Estes indicadores foram desenvolvidos pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA).

A medição do desempenho de uma empresa é fundamental para a gestão da qualidade. As medições fornecem aos gerentes os dados e fatos necessários à tomada de decisões e ações de melhoria da qualidade e produtividade da empresa.

O setor de saúde, mais especificamente a área hospitalar, pouco

habituação à prática da medição, encontra-se extremamente carente de dados que possam fornecer aos gerentes as informações quanto ao desempenho atual de suas empresas e orientar estratégias para a melhoria de seu desempenho global e suas atividades rotineiras.

No aspecto conceitual, os indicadores de qualidade e produtividade podem ser tratados separadamente, mas, na prática, há uma interface entre eles e ambos proporcionam uma visão geral do desempenho da instituição hospitalar.

Tomar decisões acertadas significa, em tese, conhecer com precisão os fatores que envolvem a questão, dominar dados e fatos. Para isso, o hospital deve dispor de um rotineiro sistema de acompanhamento dos fatos e medição dos resultados que mais interessam a seu negócio. São esses, em sua maior parte, indicadores de qualidade e produtividade. Assim, analisando o caso de três hospitais, Romy BRUXEL (1997) considera indicadores de qualidade aqueles que medem diretamente o desempenho relacionado às necessidades dos clientes. Para ela, indicadores de produtividade são aqueles que medem o desempenho dos diferentes processos do hospital.

Um sistema de medição consistente resulta em inúmeros benefícios, tanto para o administrador hospitalar, como para o hospital como empresa propriamente dita, pois fornece informações realmente confiáveis sobre o que está certo ou errado no hospital, conhecidos os pontos prioritários, induz esforço concentrado em direção a eles além de fornecer a base para o consenso sobre problemas, soluções e procedimentos. Toda medição é oportunidade de focar e atender às necessidades dos clientes, pois, como já dissemos anteriormente, conquistar qualidade é tomar decisões baseadas em dados e fatos.

A questão da qualidade e produtividade, entendida como consequência de uma avaliação, possibilita o entendimento do processo de avaliação, isto é, o modo como acontece o conhecimento do processo e sua avaliação. É importante a clareza como será feita a avaliação ou, conforme TRIGUEIRO



(1994, p. 325), o conhecimento a partir de que critérios, de que caminhos, procedimentos e operações pode-se inferir, apreciar ou emitir juízos sobre uma dada realidade.

Ainda o mesmo autor continua dizendo que existe uma realidade exterior aos indivíduos, sobre a qual os mesmos deverão estabelecer julgamentos de qualidade sobre tal realidade: como apreendê-la? Que aspectos dessa realidade deverão ser reconhecidos e identificados pelos sujeitos? Sugere TRIGUEIRO, entendendo que tais sujeitos se situam em universos simbólicos diferenciados, embora socialmente construídos e validados, quais as bases objetivas que se podem estabelecer acerca de uma dada realidade, dentro da pressuposição de que é possível chegar a avaliações consensuais, em termos de qualidade de um determinado objeto, produto ou atividade humana... E encerra com outra questão: qual a relação que existe entre a própria realidade a ser avaliada e as representações e cognições que se estabelecem acerca da realidade em foco?

Indicador é definido por TIRONI (1992) como o elemento de monitoramento do desempenho de uma organização. Conforme Aurélio Buarque de Holanda, índice é a expressão numérica do indicador; é uma relação entre medidas. Por isso, cada indicador pode ser expresso por vários índices, podendo refletir aspectos de uma mesma realidade como por exemplo, número de reclamações por cliente, tempo médio de atendimento por paciente, isto é, aponta para problemas que podem requerer uma solução, pois conforme Romy BRUXEL (1997, p. 21), o indicador aponta para alguma deficiência e mostra que precisa ser feito algo para transformar o processo deficiente, ou ainda mantê-lo se ele não apresenta problemas.

É preciso mencionar a definição de indicador de Carol M. GILMORE (1993, p. 21) como medida quantitativa de desempenho; isto é, um indicador de desempenho. No caso do hospital, um indicador de desempenho pode medir um processo específico de algum setor do hospital ou pode medir resultados. VUORI (1991, p. 22) contribui dizendo que os resultados passam pelo

desenvolvimento de indicadores ou índices do nível de saúde e pela medida de satisfação do paciente. A ciência médica não está equipada para definir um prognóstico confiável, conseqüentemente está faltando um dos elementos básicos da abordagem da qualidade - um padrão, isto é, o resultado esperado, que pode ser utilizado para comparar o resultado observado.

Para TIRONI (1993, p. 9) indicador de qualidade e produtividade é a expressão da mensuração ou da medida da qualidade de um produto ou serviço ou da produtividade de um processo. BURMESTER, DUARTE & BERTOLUCCI (1993, p. 1-27) definem indicadores como representações, quantitativas ou não, de resultados, ocorrências ou eventos de um sistema.

Para avaliar o seu desempenho, as instituições de saúde desenvolvem indicadores que deveriam ser de suma importância para seus dirigentes tomarem conhecimento da grandeza e da qualidade dos processos desenvolvidos no dia-a-dia da instituição, pois sem esses indicadores fica difícil proceder à avaliação criteriosa da qualidade e produtividade. Por outro lado, esses indicadores nem sempre significam o desempenho esperado ou a qualidade desejada pelo paciente, seus familiares, enfim, para o usuário de maneira geral. Sabe-se que muitas vezes o paciente termina sendo prejudicado para que regras, padrões sejam cumpridos. Ao mesmo tempo, os indicadores são considerados de grande relevância para a tomada de decisão dos administradores, pois contribuem para que a mesma aconteça a partir de elementos objetivos. Portanto, o uso de indicadores requer muita seriedade, pois nem sempre os números que apontam maior produtividade traduzem qualidade do atendimento e satisfação do cliente interno e externo.

BITTAR (1994, p. 5), citando MOREIRA, faz um alerta para o conflito potencial entre as medidas de produção utilizadas e as conseqüências sobre a qualidade dos serviços. Tanto a medida de produção quanto a de qualidade devem ser consistentes, pois se assim não for, nada acrescenta uma à outra. BOOG (1991, p. 238) lembra que buscar o avanço tecnológico é de suma importância, desde que haja equilíbrio entre os resultados desejados - obtidos

e a valorização do elemento humano, considerando a influência deste no que diz respeito à qualidade do serviço. Ainda de acordo com o mesmo autor, a qualidade e a produtividade devem ser mensuradas por indicadores numéricos. Todos aqueles que trabalham nos hospitais possuem uma visão, mesmo inconsciente, se são ou não produtivos, se prestam serviços com qualidade ou não. O difícil é obter esses indicadores de forma participativa e consensual. Fixar parâmetros aceitos como legítimos induz fortemente as pessoas a produzirem, possibilitando comparações e análises e mais especificamente constitui-se na base do planejamento e controle dos processos.

Apesar de a teoria indicar a necessidade de identificar e monitorar indicadores de qualidade e produtividade, os profissionais da saúde assimilam esta necessidade de forma um pouco tímida e desordenada, parecendo não compreender sua necessidade como parte inerente do gerenciamento, constituindo-se num sistema de apoio para o planejamento, solução de problemas, tomada de decisões, melhoria, controle e motivação.

BITTAR (1994, p. 6) comenta que, devido à complexidade dos hospitais, e, mais especificamente, à de seus processos, é imprescindível trabalhar com uma rede de indicadores. Um conjunto oferece uma melhor visão da realidade, transformando-se num balanço que pode ser mensal e que tem a finalidade de dar subsídios para a gerência tomar decisões.

Essa rede ou esse sistema de indicadores pode ser formada conforme a necessidade de cada hospital ou, conforme a visão dos gerentes, em relação ao que consideram mais importante medir.

Algumas instituições poderiam escolher indicadores relacionados apenas aos aspectos econômico-financeiros, outras aos de gerenciamento da infra-estrutura instalada, outras ainda aos referentes à qualidade, à imagem do hospital e ao nível de satisfação dos clientes.

Ao mesmo tempo, todos esses aspectos podem ser avaliados, desde que haja clareza por parte dos gerentes, o que se torna imprescindível, conforme BITTAR (1997, p. 87), para a sobrevivência de programas de

qualidade e produtividade. Assim, dentro de cada área citada acima, podemos estabelecer os seguintes indicadores:

- aspectos econômico-financeiros:

- margem de resultado econômico,
- índice de liquidez imediata,
- índice de liquidez corrente,
- índice de liquidez global,
- níveis de caixa,
- período médio de cobrança,
- taxa de ocupação dos leitos disponíveis,
- média de permanência,
- volume de exames de diagnóstico por imagem e
- taxa de absenteísmo.

- aspectos de gerenciamento da infra-estrutura:

- taxa de ocupação,
- média de permanência,
- taxa de infecção hospitalar,
- coeficiente de mortalidade,
- taxa de cesareana e
- número de cirurgias;

- aspectos relativos ao nível técnico dos serviços prestados:

- volume cirúrgico por especialidade,
- taxa de infecção hospitalar,
- taxa de ocupação,
- estoque de medicamentos e
- coeficiente de funcionários por leito;

- aspectos referentes à qualidade:

- taxa bruta de infecções,
- taxa de infecção hospitalar,
- taxa de cesareana,
- taxa de cirurgia desnecessária,
- taxa de complicações ou intercorrências,
- taxa de mortalidade hospitalar e
- taxa de mortalidade operatória;

- aspectos relativos à imagem do hospital e do nível de satisfação dos clientes:

- índice de erros de medicação,
- número de reclamações trabalhistas,
- tempo de espera por leito,
- índice de resolatividade,
- número de reclamações dos clientes,
- índice de preferência,
- tempo de equipamentos em manutenção e
- demora no atendimento de enfermagem.

A tarefa de melhorar a qualidade e aumentar a produtividade nos hospitais é de grande envergadura, particularmente no momento de crise por que passam estas instituições. Melhorar a qualidade e, segundo BOOG (1991, p. 236), aumentar a produtividade pode ser a diferença entre sobreviver ou perecer, entre crescer ou estacionar e, para tanto, toda estrutura da entidade hospitalar deve estar mobilizada. Quer dizer, cada participante ou grupo da instituição deve monitorar a parte do processo que lhe diz respeito.

Na área hospitalar há necessidade de aprender a construir e interpretar indicadores e representá-los para poder controlar de maneira mais eficaz a qualidade e produtividade de seus processos e resultados, contribuindo, talvez, para substituição de antigos conceitos e hábitos. Segundo NOVAES &

PAGANINI (1994, p. xxiii), os administradores hospitalares que souberem fazer uso deste impulso terão condições de introduzir “novos” conceitos sobre a missão social da instituição para oferecer serviços de excelente qualidade e elevada produtividade.

Ainda esses mesmos autores comentam que o estabelecimento de objetivos mensuráveis precisos, a curto e longo prazo, e uma freqüente monitorização dos mesmos, orientarão os planos de ação, a estratégia da instituição e até mesmo a implantação de programas. Nesta análise futura e estratégica da missão do hospital surgirão, naturalmente, as necessidades de interpretar todos os aspectos da sociologia da atenção médica, à luz de outros fatores como:

- ambiente externo do hospital,
- acessibilidade do paciente à instituição,
- adequação do hospital às demandas comunitárias.

Segundo BITTAR (1994, p. 10), face à complexidade dos hospitais não basta apenas estabelecer a relação número de funcionários por leito para ter conhecimento sobre a produtividade hospitalar, mas é preciso valer-se de outros indicadores que podem ser considerados indicadores de desempenho: média de permanência, taxa de ocupação, índice de renovação de giro, índice de intervalo de substituição e do número de funcionários por leito, entre outros.

Para gerar e estruturar indicadores de produtividade na área de serviços são necessários procedimentos metodológicos que diminuam os problemas relativos à heterogeneidade destes serviços. Portanto, fazem-se necessários critérios de agrupamento em atividades similares. Além disso, para calcular o índice de produtividade dos serviços de saúde deve-se levar em conta a questão da limitação, lembrando-se que um dos fatores que interferem no processo produtivo é o trabalho humano. Nem por isso podemos deixar de lado as padronizações e economias de tempo. Por exemplo, em vários tipos de

cirurgias, já se consegue reduzir o tempo de operação sem que isso venha a interferir na qualidade da cirurgia realizada. MIRSHAWKA (1994, p. 277) confirma tal idéia, salientando que ganhos de tempo podem ser conseguidos ao eliminar os atrasos e padronizar melhor as atividades de apoio, tais como os preparos pré-operatórios.

BERWICK (1995, p. 93) compartilha o mesmo pensamento mais profundamente, salientando a importância de examinar os processos e como estão configurados, utilizando fluxogramas como forma de seguir o progresso do paciente desde o contato inicial com o cirurgião, passando pela preparação pré-operatória, cirurgia, alta e subsequente acompanhamento. Consideramos este um fator que deve ser ressaltado na avaliação, por exemplo, da produtividade de um centro cirúrgico.

Na prática, observa-se que muito pouco é feito no sentido de medir a qualidade e a produtividade dos processos e resultados, embora existam trabalhos que procuram trazer este aspecto da avaliação do desempenho através da criação de sistema de indicadores. Estes trabalhos, na verdade são realizados de forma desintegrada, não trazendo muita informação ou porque as pessoas não sabem interpretá-los ou porque não vêem neles alguma finalidade objetiva. Podemos observar em alguns hospitais que a prática da mensuração, independente do setor, é muito pouco realizada ou praticamente inexistente. A mensuração na maioria das vezes, é feita de maneira informal. O uso ativo da informação não faz parte do cotidiano da maioria dos hospitais, não há consciência sobre as interdependências departamentais ou setoriais, nem conhecimento sobre quem são seus clientes, o que de certa forma causa desperdícios, retrabalhos e, muitas vezes, complexidades desnecessárias.

Um indicador pode ser elaborado em relação a qualquer dimensão da assistência à saúde de um paciente, como, por exemplo, eficácia do atendimento, satisfação do paciente, treinamento etc. Além disso, para qualquer função da entidade hospitalar podem ser desenvolvidos indicadores que retratem as várias dimensões da qualidade da assistência prestada. Estes

indicadores têm a finalidade de avaliação e melhoramento do hospital. Carol M. GILMORE (1993, p. 21) observa que nem sempre um indicador é uma medida direta de qualidade, mas é um dado que pode ser utilizado na avaliação do desempenho e das ações de melhoria. Esta observação vem confirmar a observação de que vários setores da economia como construção civil, comércio, têm demonstrado preocupação com a criação de sistemas de indicadores capazes de fornecer um monitoramento do desempenho da respectiva área. No entanto, na área hospitalar há uma lacuna na montagem de sistemas de informação capazes, conforme Gláucia M. V. VALE (1994, p. 33), de identificar e perseguir novas oportunidades, mapear e contornar ameaças e conseguir comparar, a todo momento, sua posição relativa em face a clientes e fornecedores.

Segundo RIBEIRO & CAMARGO (1994, p. 68), esta lacuna seria preenchida com a criação de um sistema de indicadores - indicadores de qualidade mostrariam a posição do hospital na busca da eficácia, isto é, na geração do produto ou serviço de qualidade, para atender às necessidades do cliente. Indicadores de produtividade traduziriam a preocupação da instituição hospitalar com a eficiência, ou seja, a busca da racionalização no uso dos recursos disponíveis.

No aspecto conceitual, esses indicadores podem ser tratados separadamente, mas, na prática, há uma interface entre eles e ambos proporcionam uma visão geral do desempenho da instituição hospitalar.



### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 O campo, os sujeitos e o objeto da pesquisa**

O município de Santa Maria possui cerca de 280 mil habitantes, incluindo neste número a população permanente e a população flutuante, formada por estudantes e militares.

Santa Maria tem uma localização privilegiada, pois está situada na região central do estado do Rio Grande do Sul. Por Santa Maria, na era da ferrovia, passavam todos os entroncamentos ferroviários do Rio Grande do Sul, sendo chamada, na época, inclusive, de Cidade das Ferrovias. Também é uma das características da cidade a questão da segurança, pois em tempos idos as autoridades brasileiras tinham certo receio de possíveis invasões nas áreas próximas à Argentina. Por isso foram instalados no município em torno de quinze quartéis militares, além de uma das maiores bases aéreas da Aeronáutica.

Mais recentemente, quando a cidade de Santa Maria, através de influência de eminentes figuras políticas, viu criada a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que hoje é praticamente o setor e a atividade mais conhecida da região, tendo inclusive levado à mudança a antiga denominação de Cidade Ferroviária para Cidade Universitária.

Dentro do complexo da UFSM destaca-se com grande ênfase a atividade de saúde, com vários cursos de graduação nessa área, como farmácia, enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia e outros. Ainda dentro do complexo da UFSM há o Hospital Universitário (HUSM) com capacidade de 280 leitos, além de um serviço ambulatorial que atinge a todas as atividades médicas.

A área de saúde do município é coordenada pela quarta Delegacia Regional da Saúde do Estado e pela Secretaria de Saúde do Município. Dentro deste complexo estão inseridos os hospitais, sendo que somente quatro se constituíram em campo para pesquisa.

O presente estudo foi realizado em quatro hospitais de Santa Maria, sendo um privado, com fins lucrativos, um público federal, um privado sem fins lucrativos e um público estadual, e identificados como H.a., H.e., H.i., e H.u. respectivamente. Os sujeitos do estudo são gerentes hospitalares que utilizam ou não indicadores de qualidade e produtividade com a finalidade de gerenciarem o desempenho da instituição hospitalar que administram, seja ela pública ou privada, ou mesmo dos setores que gerenciam.

O Hospital H.a. foi inaugurado em 1984, com cinquenta leitos. É um hospital privado com fins lucrativos, com características de atendimento secundário, dispensando atendimento a uma clientela diferenciada. Destacam-se principalmente as clínicas obstétrica e cirúrgica eletiva, além de psiquiatria. Atualmente possui cerca de sessenta leitos, sendo dez destinados a pacientes psiquiátricos.

O H.e. é um hospital geral, federal, hospital escola de nível terciário. Foi fundado com o objetivo de receber alunos dos cursos de graduação e pós-graduação da área de saúde e oferecer a estes alunos campo para exercerem suas atividades práticas. Tem como finalidades a assistência, o ensino, a pesquisa, sendo considerado um centro de referência para a região centro do estado do Rio Grande do Sul principalmente em neonatologia e hematologia. Conta com 280 leitos gerais para clínica e cirurgia, 60 leitos destinados à psiquiatria e, nos ambulatorios, dispõe de várias salas para atendimento das mais diversas especialidades.

O hospital H.i. é um hospital sem fins lucrativos, fundado em 1903. Desde a época de sua fundação vem passando por constante reestruturação de sua área física. Atualmente opera com cento e cinquenta leitos distribuídos entre clínica médica, clínica cirúrgica, clínica pediátrica e obstétrica. Possui um

centro de terapia intensiva com seis leitos e uma unidade coronariana com cinco leitos. Há um centro cirúrgico composto por oito salas e uma sala de recuperação pós-anestésica com catorze leitos. Dispõe de um pronto socorro vinte-e-quatro horas, respaldado por um serviço de radiologia, tomografia computadorizada, ultrassonografia em vias de terceirização. Possui vários serviços como hemodinâmica, endoscopia, ecocardiografia, espirometria, medicina nuclear, laboratório de análises clínicas e banco de sangue, todos terceirizados.

Considerando suas características, o H.i., com isso é um hospital geral, dispensando assistência nas clínicas básicas, mas é também um hospital terciário, seja porque presta assistência aos casos mais complexos, sem resolutividade em outros hospitais da região, em todas as áreas, seja pela tecnologia de última geração que emprega, desempenhando um serviço de excelência.

Uma característica marcante do hospital H.i. é seu aspecto de "hospital de caridade" ainda muito cobrado pela população, apesar de vir já há anos mudando seu perfil que não corresponde mais ao da época de sua fundação. Formalmente não é considerado hospital de ensino, mas extra-oficialmente pode sê-lo, pois serve como campo de estágio e treinamento para estudantes e mesmo profissionais graduados nas mais diversas áreas.

O H.u. é uma instituição de caráter militar que se destina à assistência integral de saúde dos policiais militares estaduais, funcionários civis e seus dependentes. É caracterizado como um hospital público estadual, tendo como fonte financiadora principal o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul - IPE. Porém, devido à carência de leitos na região, foram gradativamente firmados outros tipos de convênios, com outras fontes de financiamento.

O H.u. é um hospital de pequeno porte, com cinquenta e um leitos, sendo quarenta e três leitos para internação geral clínica e cirúrgica e oito leitos para obstetrícia. Apesar de ser um hospital não credenciado para

atendimentos de emergência, possui em sua estrutura uma sala de emergência com três leitos. O centro cirúrgico possui quatro salas cirúrgicas e cinco leitos de recuperação pós-anestésica. O serviço de diagnóstico é constituído por radiologia e ultrassonografia, eletrocardiografia e ergometria e laboratório de análises clínicas, que realiza exames complementares com alta tecnologia e precisão. O ambulatório oferece consultas em várias clínicas médicas, consultas nas áreas de nutrição e dietética e planejamento familiar com distribuição de medicação. Há atendimento odontológico e fisioterapia ambulatorial.

Nesta etapa do trabalho, é importante esclarecer, no contexto administrativo do hospital, quem são os gerentes e que a princípio seriam as pessoas que mais deveriam utilizar-se de indicadores de qualidade e produtividade como ferramenta para a tomada de decisão.

Para maior clareza, foi solicitada à direção do hospital a indicação dos profissionais responsáveis pelo gerenciamento dos diversos setores da instituição. Portanto, consideramos como administradores hospitalares os gerentes das diversas áreas que constituem o hospital como um todo, independente da sua formação acadêmica, identificando cada um pela primeira letra de sua área de formação. Assim temos "M" para médico, "E" para enfermeiro, "F" para farmacêutico, "Ec" para economista, "A" para administrador e "S" para o gerente que não possui curso superior.

Foram realizadas dezessete entrevistas, conforme quadro abaixo.

**QUADRO 1 - Quantidade de gerentes entrevistados por hospital e categoria profissional no município de Santa Maria - RS.**

<b>HOSPITAL</b>	<b>Nº DE GERENTES</b>	<b>PROFISSÃO</b>
H.a	1	Médico
H.a	1	Enfermeira
H.e	2	Enfermeiras
H.e	1	Economista
H.i	2	Administradores
H.i	1	Enfermeira
H.i	1	Médico
H.i	1	Farmacêutica
H.i	1	Sem formação superior
H.u	2	Enfermeiras
H.u	1	Farmacêutico
H.u	3	Sem formação superior
Total	17	

Cada entrevista teve um tempo médio de duração de uma hora e vinte minutos. Esta etapa da pesquisa foi realizada no período compreendido entre setembro e novembro de 1995, estando incluído aí o tempo necessário para os agendamentos das entrevistas, impossibilidades em realizá-las no dia marcado devido a imprevistos na agenda dos entrevistados e o tempo de espera para a realização das mesmas.

O fenômeno, objeto de estudo nesta pesquisa, está inserido no contexto da prática dos administradores hospitalares das organizações em questão, o que faz com que o mesmo possa ser detectado, partindo-se da descrição do trabalho realizado por esses profissionais. Essa descrição, procuramos obtê-la por ocasião da entrevista.

O número de entrevistados não foi definido previamente, pois já era do nosso conhecimento que iríamos encontrar diferentes estruturas

organizacionais, tendo como princípio básico o tamanho e a complexidade dos hospitais selecionados para estudo. Assim justifica-se também porque deixamos a critério do diretor da instituição indicar as pessoas que poderiam participar das entrevistas, pois não tínhamos conhecimento do organograma da instituição. Na medida do possível e até usando de uma certa insistência, após entrevistarmos os gerentes, procuramos realizar a entrevista com o diretor geral de cada hospital, com o intuito de percebermos sua visão sobre a instituição que dirige, no que tange à utilização de indicadores de qualidade e produtividade, além do seu conhecimento sobre os desafios atuais na área hospitalar. Isto, a nosso ver, não alterou em nada o resultado da pesquisa, e sim, trouxe a confirmação das respostas obtidas dos gerentes.

### **3.2 Desenvolvimento da pesquisa**

Tendo presente a realidade estudada e sendo esta constituída por um universo relativamente pequeno, com suas peculiaridades e especificidades, a pesquisa apresenta, descreve/relata dúvidas pertinentes ao contexto local, que é a cidade de Santa Maria. Com isso não se quer dizer que a mesma se distancie da realidade vivida no contexto estadual e, por que não dizer, nacional das instituições de saúde, com base na experiência adquirida com a pesquisa-piloto, realizada em hospitais com algumas características semelhantes aos de interesse do estudo, na cidade de São Paulo - SP. O que nos possibilita tecer tal comentário é o teste-piloto, pois procuramos hospitais na cidade de São Paulo - SP que se assemelhassem até um certo ponto aos pesquisados em Santa Maria. Incluímos em nosso teste-piloto o Hospital Universitário da universidade de São Paulo, embora as características semelhantes sejam poucas, basicamente só o fato de ser hospital universitário. Sendo um dos hospitais de Santa Maria, constante da amostra do estudo um hospital com cinquenta e um leitos de caráter privado e com áreas bem específicas de atuação, buscamos em São Paulo um hospital semelhante em tamanho, embora a área de atuação seja outra. Sendo um terceiro hospital

pesquisado em Santa Maria um hospital filantrópico, procuramos um hospital com essa mesma característica em São Paulo.

Sendo a pesquisa um estudo qualitativo, isto é, o estudo da visão dos gerentes sobre a utilização de indicadores de qualidade e produtividade -, utilizamos a técnica da entrevista aberta, semi-estruturada, partindo do princípio de que esta forma de entrevista possibilita a descrição de experiências pelos sujeitos da pesquisa, permitindo também adaptações. Observamos, no que se refere ao campo da percepção, alguns aspectos que mereceram destaque, tomando como base que nenhum detalhe, no conjunto total das descrições, apresentava-se como algo isolado, mas portador de significado.

As entrevistas foram realizadas de maneira a abordar tópicos que dizem respeito à obtenção de uma visão clara sobre o fenômeno em estudo, de maneira não restritiva, isto é, com perguntas abertas que orientassem os administradores hospitalares, dando-lhes oportunidade de falar livremente, sem delimitação de tempo.

Inicialmente apresentamo-nos aos diretores dos hospitais, explicando a finalidade do trabalho e como pretendíamos realizá-lo, ou seja, por meio de entrevista. Foi utilizado um gravador para posteriormente transcrever o relato de forma integral e da forma mais exata possível, possibilitando analisá-lo de forma fidedigna. Optamos por completar todas as entrevistas de cada hospital, para então iniciar as do seguinte e, assim, sucessivamente.

As questões eram formuladas uma por vez e, dependendo das respostas obtidas, foi necessário ignorar algumas das perguntas elaboradas previamente e formular outras, adaptando-as a cada situação, para alcançar os objetivos da investigação.

Além de obter o consentimento para a realização da entrevista, tomamos o cuidado de escolher um momento e um local adequados para haver um mínimo possível de interferências, garantindo também o sigilo sobre as descrições/ relatos fornecidos.

É preciso ressaltar que o diretor de um quinto hospital, que não fez parte da nossa amostra, inicialmente havia concordado em participar do trabalho, mas, ao tomar conhecimento do roteiro da entrevista, voltou atrás na sua decisão. Apesar disso, conversamos sobre assuntos gerais do hospital, momento que aproveitamos para coletar algum significado importante no seu discurso. Esse diretor também não permitiu que outras pessoas da instituição fossem entrevistadas. Para evitar constrangimentos, não insistimos mais e o desconsideramos como campo da pesquisa.

Ainda em alguns casos adotamos a postura de observadora, o que nos proporcionou uma melhor compreensão das descrições ou até mesmo perceber pequenas maquiagens nas mesmas, talvez de forma inconsciente por parte de alguns entrevistados. Nossa participação como observadora consistiu em presenciar determinados fatos relacionados ao fenômeno de interesse, no momento em que nos apresentamos aos respectivos diretores para agendar as entrevistas e mesmo enquanto aguardávamos o momento para a realização da entrevista com os sujeitos indicados.

Consideramos, também dentro do aspecto da participação como observadora, diálogos mantidos com alguns dos entrevistados, antes ou após a entrevista as quais vieram, de certa forma, confirmar as análises que muitas vezes fizemos de coisas que não foram ditas durante as entrevistas, ou que fizeram questão de dizer “baixinho” para que o gravador não conseguisse captar ou mesmo tomando a liberdade de desligá-lo, para em seguida ligá-lo novamente.

### 3.2.1 Teste-piloto

Consideramos relevante a realização de uma pesquisa-piloto com o objetivo de testar o instrumento elaborado e mesmo para tomar contato com outras realidades. Procuramos três instituições em São Paulo com algumas características semelhantes às das instituições que seriam posteriormente pesquisadas em Santa Maria, especialmente tamanho e/ou finalidade.



Antes de iniciar as entrevistas esclarecemos às pessoas sobre que se tratava, explicando que era um teste o que estávamos realizando, para futuramente aplicar estas mesmas perguntas ou, se fosse necessário, realizar correções que as tornassem mais claras.

Foram realizadas quatro entrevistas ao todo, em três hospitais. Todos os entrevistados foram informados de que se tratava de um teste-piloto. Em um dos hospitais o entrevistado se sentiu à vontade para falar sobre os assuntos, principalmente quando se referia ao assunto específico – indicadores de qualidade e produtividade. Apresentou um relatório, vários trabalhos feitos nessa linha, mas deu para perceber que, assim mesmo, há uma dicotomia entre a teoria e a prática.

Os outros dois apresentaram uma atitude mais ou menos semelhante, intranquilos para responder às perguntas. Demonstraram um grande desconhecimento sobre o assunto. Quanto ao quarto entrevistado, mostrou-se indiferente, respondendo estritamente ao que lhe era perguntado.

Ficou claro, nas entrevistas, que nenhum dos hospitais possui um sistema de indicadores, seja de qualidade ou produtividade. Em nenhum momento foi mencionada a utilização dessa ferramenta gerencial.

Após a conclusão das entrevistas, consideramos importante inverter a ordem das perguntas, iniciando pelo tema da qualidade, já que, para algumas pessoas, o tema da produtividade, quando abordado, parecia causar um certo impacto, pois dois dos entrevistados fizeram algum comentário considerando que, em saúde, não se pode falar em produtividade.

### 3.2.2 Instrumento de coleta de dados

Na entrevista procuramos abordar aspectos considerados importantes no tocante ao objeto de estudo, por isso se fizeram necessárias perguntas consideradas abrangentes para que se pudesse então chegar às questões de nosso real interesse - utilização de indicadores de qualidade e produtividade. Portanto, para cada um dos assuntos - qualidade e produtividade - fizemos uso do mesmo estilo de pergunta.

Antes de iniciar a entrevista propriamente dita, procuramos manter uma conversa informal, de maneira a deixar os sujeitos da pesquisa à vontade, orientando que poderiam se manifestar livremente com sua forma própria de expressão e, no caso de não poderem responder a alguma das interrogações, também não haveria problema. Em muitos casos lançamos mão de perguntas adicionais ao roteiro previamente estabelecido. No roteiro utilizado constaram vinte e nove perguntas, conforme apresentamos em anexo.

### 3.2.3 Forma de análise dos dados

Após a realização das entrevistas e a transcrição das gravações, organizamos os dados coletados em cinco grupos, de acordo com os aspectos previamente selecionados, visando à verificação das duas principais variáveis do estudo, qualidade e produtividade, para a análise dos relatos dentro de cada grupo de assunto, bem como uma análise das opiniões por tipo de hospital, por área de gerência, por formação e experiência dos gerentes.

⇒ Qualidade

⇒ Programas de melhoria da qualidade

⇒ Produtividade

⇒ Indicadores de qualidade e produtividade

⇒ Ação gerencial

A partir desta seleção procuramos destacar nas descrições/relatos os pontos-chave de nosso interesse, bem como enfatizar o entendimento dos entrevistados sobre as questões levantadas, para que pudéssemos concluir se são utilizados ou não indicadores de qualidade e produtividade como uma ferramenta capaz de orientar a ação gerencial dos administradores hospitalares.

Ao analisar as descrições/relatos foi de nosso interesse confrontar os

elementos obtidos nas falas das pessoas entrevistadas com o que já havíamos encontrado disponível na literatura sobre o assunto em pauta. Isto quer significar a oportunidade de repensar as atividades gerenciais desenvolvidas nas suas múltiplas facetas de uma empresa tão complexa como a hospitalar.

Foram várias as perguntas que constituíram o instrumento de coleta de dados. As respostas, nem sempre objetivas à pergunta formulada, fizeram com que surgissem depoimentos bastante extensos, que contribuíram para o objetivo do trabalho.

## **4 INDICADORES DE QUALIDADE E PRODUTIVIDADE NOS HOSPITAIS ESTUDADOS**

Dedicamos este capítulo à análise dos resultados obtidos a partir da realização das entrevistas. Como já mencionamos no capítulo 3, as entrevistas visavam verificar a visão e o conhecimento dos entrevistados sobre cinco aspectos relativos ao tema. Sem este entendimento, torna-se difícil a mensuração dos processos e resultados obtidos nas instituições, pois é necessário saber o que está sendo medido para então desenvolver e/ou trabalhar com indicadores de qualidade e produtividade.

É preciso deixar claro que não há interesse em tratar dados quantitativos relacionados a índices, isto é, não há preocupação em comparar valores, seja de um hospital com outro, seja dentro de uma mesma instituição. Algumas variáveis receberam tratamento quantitativo no que se refere ao perfil dos entrevistados. Este procedimento adotado serviu, entre outras coisas, para fazer uma análise do perfil do grupo de gerentes que participou das entrevistas. Utilizamos, como parâmetro de comparação, pesquisa realizada em Campinas, SP por OLIVEIRA (1995), que adotou algumas das variáveis por nós utilizadas como: faixa etária, sexo, área de formação, tempo de formado, tempo de trabalho como funcionário do hospital no cargo, pós-graduação na área de administração hospitalar.

### **4.1 Perfil dos gerentes**

#### **4.1.1 Faixa etária**

A TABELA 1 mostra que a maioria absoluta dos gerentes entrevistados

concentra-se entre 35-40 anos de idade, seguida da faixa de 46-50 anos de idade. São portanto relativamente jovens.

TABELA 1: Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria, por faixa etária, 1995.

FAIXA ETÁRIA	Nº
35 – 40	7
41 – 45	4
46 – 50	5
51 – 55	-
56 – 60	-
61 – 65	1
Total	17

Os dados foram comparados aos dados apresentados por OLIVEIRA (1995), que traçou o perfil de diretores de hospitais utilizando dezoito entrevistados. Assim, comparando os dados da TABELA 1 com os apresentados por OLIVEIRA (1995), observamos que, na faixa mais jovens (35-40), encontra-se o maior número absoluto das pessoas entrevistadas, apesar de que em nossa amostra a população mais jovem já é de idade um pouco mais elevada que no estudo mencionado.

**TABELA 2 - Comparação da faixa etária dos gerentes de Campinas - SP e Santa Maria - RS - 1995.**

	<b>CAMPINAS</b>	<b>Nº</b>	<b>SANTA MARIA</b>	<b>Nº</b>
	25-40	4	35-40	7
Faixa etária	41-50	10	41-45	4
(anos)	51-60	3	46-50	5
	61 ou +	1	51-55	-
			61-65	1
<b>Total</b>		<b>18</b>		<b>17</b>

#### 4.1.2 Sexo

Quanto à variável sexo, a maioria (nove) dos dezessete entrevistados é do sexo masculino, embora esta variável não seja tão significativa. Do grupo dos entrevistados, os do sexo feminino são quase todos profissionais enfermeiras. Dos entrevistados pertencentes aos outros grupos de profissionais, apenas duas são do sexo feminino, o que também faz com que concordemos com OLIVEIRA (1995), quanto à dificuldade para que as mulheres assumam posições na administração superior, nas instituições hospitalares.

**TABELA 3 - Distribuição, por sexo, dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria, RS, 1995.**

<b>SEXO</b>	<b>Nº</b>
Masculino	9
Feminino	8
<b>Total</b>	<b>17</b>

TABELA 4 - Comparação do sexo dos gerentes entrevistados de Campinas - SP e Santa Maria - RS.

SEXO	CAMPINAS	SANTA MARIA
Masculino	16	9
Feminino	2	8
Total	18	17

#### 4.1.3 Área de formação na graduação

Dos dezessete gerentes entrevistados, seis são enfermeiras, pois esta área só pode ser gerenciada por profissionais conforme lei 7.498/86. Chama a atenção a existência de gerentes que consideramos sem formação superior, apresentarem número mais elevado do que dos administradores de empresas e mesmo médicos. OLIVEIRA (1995) comenta em sua pesquisa que há resistência por parte dos médicos em aceitar outros profissionais em posição de mando nas instituições hospitalares. Este aspecto foi comentado por uma das pessoas entrevistadas, ao se referir a um programa de treinamento para qualidade iniciado na sua instituição e que, por vários motivos, teve que ser interrompido, como foi constatado no depoimento a seguir:

... só não se chegou aos médicos porque os médicos não quiseram. Esse aí é um outro trabalho. Você sabe que não é fácil... é um conceito brasileiro, que no Brasil o médico é tido ainda como uma pessoa quase inatingível. O médico tem um status especial. Geralmente eles são rebeldes a qualquer coisa que não venha da área médica (H.i.A).

Um dos fatores que pode ter contribuído na interrupção desse programa pode ter sido a não-participação da direção médica na iniciativa de implementá-lo. A necessidade foi sentida pelo administrador da instituição, não

conseguindo despertar o interesse da classe médica para sua importância.

TABELA 5 - Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria, por área de formação na graduação, 1995.

<b>FORMAÇÃO</b>	<b>Nº</b>
Administrador de Empresas	2
Enfermeira	6
Farmacêutico	2
Médico	2
Economista	1
Sem formação superior	4
Total	17

TABELA 6 - Comparação da área de formação dos gerentes entrevistados entre Campinas e Santa Maria.

<b>FORMAÇÃO</b>	<b>CAMPINAS</b>	<b>SANTA MARIA</b>
Administração de Empresas	2	2
Enfermagem	1	6
Farmácia	-	2
Medicina	15	2
Economia	-	1
Sem formação superior	-	4
Total	18	17



#### 4.1.4 Tempo de formado na graduação

A TABELA 7 apresenta apenas os gerentes com curso universitário, o que corresponde a treze pessoas. Nove dos treze gerentes entrevistados, formaram-se até há quinze anos e dois estão formados há dezesseis. Dois dos entrevistados estão na faixa 31 - 45 anos de formado.

Dados revelados por OLIVEIRA (1995) colocam a maioria na faixa de 16 - 25 anos. Há uma diferença nesta pesquisa para um tempo menor de formado na faixa de 0 - 15. No entanto, se considerarmos as faixas de 0 - 15 e de 16 - 30 anos, temos onze dos treze entrevistados nesta faixa, o que também ocorreu na pesquisa realizada em Campinas. Apenas dois dos entrevistados com curso universitário encontram-se na faixa de 31 - 45 anos de formado. Assim, pode-se ver que um percentual maior das pessoas que ocupam o cargo de gerência nas instituições hospitalares pesquisadas de Santa Maria é mais jovem do que em Campinas - SP, com pouco tempo de formado, embora muitos dos entrevistados exercessem outras funções anteriormente, na mesma instituição, o que na pesquisa de OLIVEIRA (1995) não aparece.

TABELA 7 - Distribuição por tempo de formado na graduação dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria, 1995.

TEMPO (EM ANOS)	Nº
0 - 15	9
16 - 30	2
31 - 45	2
Total	13

TABELA 8: Comparação do tempo de formado na graduação dos gerentes de Campinas - SP e Santa Maria - RS.

TEMPO (ANOS)	CAMPINAS	TEMPO (ANOS)	SANTA MARIA
0 - 15	4	0 - 15	9
16 - 25	11	16 - 30	3
26 - 39	3	31 - 45	2
40 ou +	-		
Total	18		13

#### 4.1.5 Tempo de trabalho como funcionário do hospital

Do total de entrevistados, nenhum tem mais de vinte anos como funcionário da instituição hospitalar na qual exerce a função de gerente. A maioria está na faixa entre 0 - 10 anos e comparando com a pesquisa de OLIVEIRA (1995), onde a faixa de 11 - 20 anos perfaz um total de onze, observamos que as pessoas que exercem função de gerência nos hospitais pesquisados em Santa Maria possuem um menor tempo como funcionários da instituição. Dos dezessete entrevistados, apenas sete estão na faixa de 11 - 20 anos como funcionários do hospital. Isto se deve ao tipo de instituição. O H.a. é uma instituição privada, de pequeno porte e à medida que surge alguma oportunidade de emprego melhor, como, por exemplo, concurso público em outra instituição há necessidade de mudar a gerência. O H.e. é um hospital público federal, onde os cargos de gerência são eletivos. O H.i. é um hospital privado sem fins lucrativos, no qual não há estabilidade no emprego apesar de se ter conhecimento de ser a instituição onde os funcionários ocupam o cargo de gerente por mais tempo. Temos conhecimento de que seu quadro está estável, com exceção das áreas de recursos humanos e enfermagem, há cerca de doze (12) anos.

O H.u. é um hospital público estadual cujos gerentes obedecem a um plano de carreira, galgando promoções e, conseqüentemente, sujeitos a

transferências de unidade.

TABELA 9 - Distribuição dos gerentes entrevistados de quatro hospitais do município de Santa Maria, por tempo de trabalho como funcionário do hospital, 1995.

TEMPO (EM ANOS)	Nº
0 - 10	12
11 - 20	5
21 ou mais	-
Total	17

TABELA 10 - Comparação do tempo de trabalho como funcionário do Hospital dos gerentes entrevistados de Campinas - SP e Santa Maria - RS.

TEMPO (ANOS)	CAMPINAS	SANTA MARIA
0 - 10	7	12
11 - 20	11	5
21 ou +	-	-
Total	18	17

#### 4.1.6 Pós-graduação na área de administração hospitalar

Apenas cinco dos gerentes entrevistados cursaram pós-graduação em administração hospitalar, em nível de especialização. Dos que cursaram pós-graduação na área de administração hospitalar um é médico, dois, administradores e duas, enfermeiras. Na pesquisa de OLIVEIRA (1995) somente três realizaram curso de pós graduação na área de administração de

sistemas de saúde, mas um havia freqüentado curso em nível de mestrado, um em nível de especialização e um em nível de atualização, sendo que o de mestrado era graduado em administração de empresas, o que tinha especialização era graduado em enfermagem e o que fez atualização era graduado em medicina. Quanto ao perfil dos gerentes entrevistados, na pesquisa realizada em Santa Maria, há uma convergência dos resultados com a de OLIVEIRA (1995), sendo que em Santa Maria o número de gerentes com curso de especialização é maior, mas não há nenhum com mestrado nessa área. Deve-se levar em conta o número de gerentes entrevistados, sem nenhum curso de graduação, o que demonstra um contingente com formação inferior ao encontrado na pesquisa realizada em Campinas - lugar mais próximo de São Paulo, o que possibilita, certamente, uma maior oferta de pessoal habilitado - conseqüentemente um menor preparo técnico para a função que desempenham. A oferta de pessoal qualificado nesta área em Santa Maria praticamente não existe ou, então, são pessoas preparadas empiricamente, sem conhecimento teórico.

**TABELA 11 - Distribuição dos gerentes entrevistados com cursos de pós-graduação em administração hospitalar de quatro hospitais do município de Santa Maria, 1995.**

<b>PÓS-GRADUAÇÃO</b>	<b>Nº</b>
Sim	4
Não	13
Total	17

**TABELA 12 - Comparação dos gerentes entrevistados com curso de pós graduação em administração hospitalar de Campinas - SP e Santa Maria - RS.**

<b>POS-GRADUAÇÃO</b>	<b>CAMPINAS</b>	<b>SANTA MARIA</b>
Especialização	8	4
Mestrado	1	-
Doutorado	3	-
Atualização	1	-
Sem pos-graduação	5	13
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>17</b>

Esta comparação permite ver que não há diferença significativa entre a realidade pesquisada por OLIVEIRA (1995) e a presente pesquisa. Algumas informações que as tabelas nos trazem permitem entender melhor os depoimentos, como, por exemplo, o baixo percentual de profissionais preparados com curso de especialização e até mesmo com uma formação específica para a função que desempenham.

Constituiu-se num dos aspectos importantes da entrevista saber o que os entrevistados entendem por qualidade, pois só a partir de um entendimento claro do seu significado é possível partir para a mensuração da mesma.

## **4.2 Qualidade**

Estabelecemos um paralelo e destacamos as diferenças entre as respostas obtidas e verificamos que, ao confrontá-los com a bibliografia estudada, há uma noção muito vaga do significado de qualidade por parte dos entrevistados. Já mencionamos que muitas das pessoas envolvidas com as questões da qualidade podem defini-la das mais diversas maneiras, podendo, inclusive, estas definições serem opostas entre si. Ou, ainda, serem definições

muito vagas, o que acarreta certamente um desgaste para o termo.

O QUADRO 2 apresenta um paralelo das respostas obtidas sobre qualidade, por hospital, com características diferentes e por categoria profissional - médico. Comparando as idéias expostas percebe-se que a visão desses profissionais que desempenham a função de gerente no H.a. e H.i. coincidem em alguns pontos, como, por exemplo, no atendimento ao cliente. Importante destacar que o médico do H.a. comenta pontos referentes à hotelaria, enquanto que o médico do H.i. se detém em aspectos relativos à resolatividade de problemas. Outro aspecto salientado diz respeito a desperdício muito comentado por vários autores entre os quais BITTAR (1997, p. 9), já que este interfere no custo/preço. Entendemos que os dois aspectos são relevantes, mas a questão da resolatividade é prioritária.

A experiência conquistada na área hospitalar nos leva a refletir sobre a falta de consciência, em relação a custo/preço, custo/benefício, por parte de vários profissionais que atuam nas instituições de saúde. Como exemplo, falta de orientação aos pacientes determina retrabalho causando prejuízos consideráveis para o paciente e para o hospital.

QUADRO 2 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - médico.

H.a	H.i
M	M
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dar um bom atendimento.</li><li>- Limpeza.</li><li>- Roupa de cama limpa.</li><li>- Comida boa.</li><li>- Tudo bonitinho.</li><li>- Treinamento de pessoal.</li><li>- Não temos essa coisa de Qualidade.</li><li>- Estamos começando.</li><li>- Estamos procurando o melhor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Atender bem o paciente.</li><li>- Resolver o problema do paciente.</li><li>- Rapidez na prestação do atendimento.</li><li>- Mínimo de desperdício.</li></ul>

O médico do H.a. tece comentários importantes sobre o treinamento de pessoal o que para nós se constitui num fator preponderante para que a instituição possa apresentar um serviço de qualidade

No QUADRO 3 apresentamos as idéias de dois administradores e um economista. Agrupamos essas duas categorias profissionais, pois consideramos os profissionais que mais diretamente tomam decisões, na instituição assumindo riscos e conduzindo as pessoas, isto é, todo quadro funcional da instituição, para o exercício eficiente e eficaz da função própria de cada profissional.

QUADRO 3 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - administrador e economista.

H.e	H.i
Ec	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um esforço.</li> <li>- Tendência ou abnegação da pessoa em executar as coisas da melhor forma possível.</li> <li>- Não é só saber a técnica, é o despreendimento tanto físico como espiritual da pessoa em realizar as coisas bem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade é um estado.</li> <li>- É uma situação.</li> <li>- É um posicionamento de algo que pode ser comparativo ou não.</li> <li>- Algo que diga que aquilo tem uma situação.</li> <li>- Melhor desempenho possível.</li> <li>- Fazer bem feito desde a primeira vez.</li> <li>- Evitar o desperdício.</li> <li>- Fazer da melhor maneira possível.</li> <li>- É um serviço excelente com baixo custo e menor tempo possível para executar esse serviço.</li> </ul>

Quanto aos gerentes do, H.e., H.i. algumas idéias são comuns. No H.i. o administrador faz referência aos baixos custos, já o médico desta mesma instituição não tece nenhum comentário sobre isso. No H.i. a preocupação do

administrador coincide com os comentários feitos pelo médico.

O relato do economista do H.e. assume uma dimensão completamente diferente dos outros entrevistados, entendendo a qualidade como algo que deve transformar-se, no dizer de NOGUEIRA (1994, p. 3) em filosofia de gerência. O que não deixa de causar certa estranheza, sendo ele gerente em instituição pública.

Quanto ao QUADRO 4 apresenta ele o depoimento de quatro enfermeiras dos quatro hospitais pesquisados. As entrevistas com as enfermeiras foi proporcionada da mesma forma que com os outros gerentes, isto é, o acesso a elas se deu através do diretor do hospital, não tendo mantido contato anterior com essas pessoas.

QUADRO 4 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e profissional - enfermeiro.

H.a	H.e	H.i	H.u
E	E	E	E
<ul style="list-style-type: none"> <li>- É um bom atendimento.</li> <li>- Material adequado.</li> <li>- Material de primeira linha.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É canalizar os gastos e esses gastos serem feitos com material necessário.</li> <li>- Que as coisas sejam feitas de forma orientada.</li> <li>- Não usamos o termo qualidade mas estamos caminhando para isso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As coisas serem feitas como devem ser feitas, isto é, com o máximo de eficiência e competência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualidade é aprimorar.</li> <li>- É tentar que o serviço melhore cada vez mais.</li> <li>- É melhorar para ti, para teu ambiente e principalmente para quem vai ser atendido.</li> </ul>



Damos destaque às respostas da enfermeira do H.e. por ser esse um hospital público e ela se referir aos gastos, quando se tem conhecimento que esse ainda, é uma preocupação na maioria das instituições governamentais.

Quanto às enfermeiras, percebe-se que há em parte consenso nas idéias em relação ao significado qualidade.

Consideramos importante o gerenciamento da área farmacêutica já que tem uma ligação direta com custo/preço. Entendemos que ao nos encaminharem os diretores do H.i. e H.u. a essas gerências, também foi considerando a importância que ocupam na instituição hospitalar, no que tange aos aspectos econômico-financeiros. Assim, apresentamos no QUADRO 5 as respostas obtidas por ocasião da entrevista.

QUADRO 5 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - farmacêutico.

H.i	H.u
F	F
<ul style="list-style-type: none"> <li>- É o resultado de algum trabalho.</li> <li>- É atingir teus objetivos.</li> <li>- O atendimento do paciente.</li> <li>- Tratamento a um preço razoável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dar o melhor atendimento ao paciente dentro das possibilidades que se tem.</li> <li>- É o melhoramento no dia-a-dia.</li> </ul>

Percebemos certa coerência nas idéias de ambos os farmacêuticos, destacando o do H.i. que considera o preço uma variável importante no que diz respeito à qualidade. Esta visão é importante, já que o H.i. é uma instituição filantrópica e deve ter presente a dificuldade financeira dos clientes que a procuram.

No QUADRO 6, agrupamos os depoimentos sobre qualidade dos gerentes que não possuem formação superior: o depoimento de um gerente do

H.i. e de um do H.u.

**QUADRO 6 - Respostas dos entrevistados sobre qualidade por hospital e por profissional - sem formação superior.**

H.i	H.u.
S	S
<ul style="list-style-type: none"><li>- É desenvolver o trabalho dentro de certos parâmetros.</li><li>- Bom atendimento.</li><li>- Saber dar informações corretas.</li><li>- Ter um bom ambiente de trabalho.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pessoal bem treinado, pessoal bem reciclado, principalmente na área técnica.</li></ul>

A opinião de ambos os gerentes chama atenção para vários aspectos que não apareceram em nenhum dos depoimentos analisados anteriormente. Para eles, qualidade é trabalhar dentro de certos parâmetros. Pessoalmente também entendemos que é a partir dos parâmetros que podem ser estabelecidas metas a serem alcançadas.

Outro aspecto que nos chama atenção é em relação ao treinamento de pessoal, que o gerente do H.u. salientou como importante, pois a qualidade está diretamente relacionada a ele.

#### **4.3 Programas de melhoria da qualidade**

Conforme os autores da qualidade fica clara a necessidade de melhoria contínua, a qual só poderá acontecer com o desenvolvimento de programas que contemplem este aspecto.

NOVAES & PAGANINI (1994, p. 9) confirmam a idéia dizendo que programas de melhoria da qualidade são necessários em termos de eficiência

e uma obrigação em termos éticos e morais. Como toda instituição hospitalar tem sua missão voltada para o ser humano, um dos empreendimentos importantes a ser desenvolvidos é a melhoria permanente, no sentido de integrar harmonicamente as mais diversas áreas de atividades existentes: médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial, docente e pesquisa.

Com a realização das entrevistas, este também foi um dos assuntos tratados. Vários dos entrevistados mencionaram que em sua instituição são desenvolvidos programas de melhoria da qualidade. Chama a atenção o que consideram programas de melhoria da qualidade, a maneira como esses programas são desenvolvidos e a abrangência dos mesmos porque conforme as entrevistas, percebemos não existir nada sistemático que possa ser considerado como um programa. O que há são trabalhos isolados, em áreas isoladas e não um trabalho em equipe. Estão presentes aspectos individuais, interesses pessoais, sem que a instituição seja considerada como um todo. No desenrolar da entrevista, perguntamos sobre a existência de programas de melhoria da qualidade, ou ações de melhoria da qualidade no hospital e obtivemos os seguintes depoimentos:

O QUADRO 7 mostra apenas a opinião do médico do H.a. único que respondeu o quesito.

QUADRO 7 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - médico.

H.a
M
-Sistematicamente, não. A gente seguido está em cima, cobrando, vendo, falando...

Esse gerente é objetivo. O que podemos observar é que lhe falta

conhecimento a respeito de programas de melhoria da qualidade. Perpassa a idéia da centralização de poder, de uma supervisão voltada para a cobrança em vez de buscar a participação efetiva dos seus empregados.

No QUADRO 8 aparecem as respostas dos gerentes de enfermagem dos quatro hospitais pesquisados.

QUADRO 8 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e profissional - enfermeiro.

H.a	H.e	H.i	H.u
E	E	E	E
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nós fizemos um cronograma para dar palestras para os funcionários.</li> <li>- Vamos fazer uma reciclagem com os funcionários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A gente vai treinar primeiro as chefias que são os multiplicadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ele consiste em abordar as pessoas a se conscientizarem que o trabalho de cada uma é necessário e é útil.</li> <li>- Colaboração de todos os funcionários em torno do mesmo objetivo: atendimento de excelência ao nosso cliente.</li> <li>- Abrangeu todos os funcionários com exceção da alta cúpula.</li> <li>- Parcialmente existe um programa que foi executado no ano passado.</li> <li>- Foram realizados cursos sobre qualidade total.</li> <li>- Algumas áreas continuam.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estão desenvolvendo, mas não com o nome qualidade.</li> <li>- A gente está tentando que as pessoas se comprometam com a situação.</li> </ul>

Sentimos pelos depoimentos das enfermeiras que nas suas instituições o programa de qualidade não abrange o todo. Nenhuma disse que não há programa de qualidade. As respostas são vagas, independente do hospital.

O QUADRO 9 mostra a opinião dos gerentes a respeito dos programas de melhoria de qualidade

QUADRO 9 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - farmacêutico.

H.i	H.u
F	F
- Eu acho que sim; para diminuir os custos sim.	- Não vou poder falar pelo hospital.

O depoimento do farmacêutico do H.u. mostrou certa cautela para responder às perguntas. Procurou ele não entrar em questões que pudessem envolver outras áreas do hospital, deixando claro que só estava tecendo comentários relativos a sua área.

Em relação ao H.i., o farmacêutico, novamente dá destaque à questão custos. Entendemos que tal destaque está relacionado ao tipo de hospital em que atua o que, para o gerente do H.i., não se apresenta como um fator a ser considerado.

No QUADRO 10 aparecem somente as respostas de um gerente, o do H.e., pois os demais não responderam a esta questão.

**QUADRO 10 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - economista.**

H.e
Ec
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe uma busca de aprimoramento de serviços.</li> <li>- Tem que começar por uma reeducação dos funcionários.</li> </ul>

Sentimos que, em alguns momentos de sua fala, há certa incoerência, pois menciona a falta de comprometimento do pessoal quando se refere à qualidade e, ao mesmo tempo afirma existir uma busca de aprimoramento dos serviços. Tece comentários sobre a reeducação dos funcionários, mas sabe da dificuldade para conseguir isto, mesmo levando em conta o tipo de hospital, isto é público.

O QUADRO 11 evidencia os depoimentos dos gerentes sem formação superior do H.i. e H.u., sendo hospitais com características marcadamente diferentes em tamanho, grau de especialização e fonte financiadora.

**QUADRO 11 - Respostas dos entrevistados sobre programas de melhoria da qualidade por hospital e por profissional - sem formação superior.**

H.i	H.u
S	S
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Um programa que foi começado.</li> <li>- A gente teve treinamento com as chefias, só que teria que ter uma continuidade.</li> <li>- O trabalho parou na metade.</li> <li>- Teve um início, não teve continuidade, tende a regredir.</li> <li>- A gente não tinha apoio para dar continuidade.</li> <li>- O trabalho não abrangeu o todo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É na verdade o hospital não tem um plano de qualidade e produtividade estabelecido.</li> <li>- Programa que tem é esse reciclagem.</li> <li>- Para o pessoal adquirir mais conhecimentos.</li> </ul>

Percebemos que ambos os gerentes reconhecem a inexistência de um programa de melhoria da qualidade. Analisando as respostas do gerente do H.i., podemos ver que as colocações coincidem com as de outros gerentes de outras áreas de atuação do mesmo hospital, dando destaque à falta de continuidade do programa e à falta de apoio para que o mesmo pudesse ir se concretizando, já que um programa de melhoria da qualidade acontece de forma processual.

Tomando como base os dois depoimentos anteriores, podemos perceber que não há continuidade nos programas de melhoria se é que se pode dizer instituídos, mas que há um começo estanque. Acreditamos que o motivo seja a pouca informação a respeito do que consiste um programa de melhoria, da qualidade, falta clareza de objetivos, comprometimento do corpo diretivo do hospital. Não há uma permanente análise gerencial e conforme assegura NOVAES & PAGANINI (1994, p. xxiii), uma manutenção do equilíbrio entre os objetivos a curto e longo prazo. Sentimos que, muitas vezes, a implementação de um programa de melhoria da qualidade tem como objetivo final o *marketing* da empresa, sem ter a preocupação com a renovação de idéias, substituição de conceitos, mudanças de atitudes, satisfação do cliente.

Observamos que, praticamente, todos os entrevistados fazem referência a programas de melhoria da qualidade nas instituições em que trabalham. Alguns pontos chamam atenção, como o caso da enfermeira do H.i a qual diz que, parcialmente, existe um programa e é executado em tempo determinado. Assim, perguntamo-nos como pode existir “parcialmente” um programa de melhoria da qualidade? Estaria o entrevistado querendo ser discreto? Haveria necessidade disso? Ou seria um modo para disfarçar que não há concretamente programa de qualidade algum?

BERWICK (1995, p. 148) afirma que os serviços de saúde, longe de serem hostis à melhoria da qualidade, têm condições de assumi-la ainda mais rapidamente do que a área industrial tem feito. Não nos parece ser o que vem acontecendo nas instituições pesquisadas. Alguns dos entrevistados

demonstram sentir a necessidade de um programa de melhoria da qualidade abrangente e contínuo. Entretanto, podemos perceber que falta um conhecimento mais aprofundado sobre o assunto e coragem para implementar de forma consistente um programa de melhoria da qualidade.

Outro aspecto relevante é em relação ao tempo. Como poderia um programa de melhoria da qualidade iniciar em um ano e no ano seguinte ser interrompido? Este programa está fadado a não dar certo. Provavelmente nem começou a acontecer. Não estaria aí a causa da diminuição do apoio que no início parecia “bastante grande”? Ou então o programa começou a incomodar a alguns, e por isso, foi interrompido?

Outro ponto a ser destacado é em relação aos depoimentos das enfermeiras do H.a., H.e., H.i. e H.u., no que diz respeito à importância de trabalhar o elemento humano dentro da instituição, pois é de consenso que são as pessoas que devem ser trabalhadas. No nosso entender, a questão de trabalhar o elemento humano é inerente a qualquer programa de melhoria da qualidade. Nenhuma empresa conseguirá realizar algum trabalho de melhoria da qualidade sem que todo seu *staff* seja conscientizado dos objetivos do programa que está sendo implementado.

Outro aspecto que chama a atenção no depoimento da enfermeira do H.i. diz respeito à importância do trabalho de cada um para a realização do todo - ou seja, do trabalho em equipe. Interessante a expressão dessa enfermeira “algumas áreas continuam”. Para NOVAES & PAGANINI (1994, p.xxi) um programa de melhoria da qualidade deveria perpassar todos os segmentos da instituição, pois as estruturas e processos do hospital são interdependentes, e o mal funcionamento de um componente interfere em todo o conjunto e no resultado final. Se houve época em que todas as áreas estavam envolvidas, por que só “alguma áreas continuam”? Teria o entrevistado conhecimento do que vem acontecendo nas outras áreas?

Entretanto, constatamos que, em verdade, não houve “continuidade” em área alguma, e sim, um maior comprometimento, por exemplo, pelo grupo de



enfermeiras da instituição, que assimilou mais facilmente a metodologia de trabalho, devido até a fatores subjetivos, como melhor relacionamento pessoal com a pessoa que, temporariamente, estava coordenando o trabalho. Em parte esse comprometimento se deu, também, porque integram o *curriculum* do curso de graduação de enfermagem, aspectos concernentes a avaliação, controle, auditoria, supervisão - assuntos estes considerados imprescindíveis em qualquer programa de melhoria da qualidade o que para alguns gerentes apareceu como algo novo.

Percebemos que não existe homogeneidade entre os vários serviços de um mesmo hospital. Ao atribuir algum valor a qualquer programa de melhoria da qualidade de qualquer instituição hospitalar, este deve ser para toda sua extensão e não para determinado serviço.

Conforme NOVAES & PAGANINI (1994, p. xxiii), pouco êxito terá qualquer programa de melhoria da qualidade se não houver nítido envolvimento do corpo diretivo do hospital, refletindo não somente nas recomendações escritas, mas no exemplo de atitudes. Seguindo a mesma idéia da enfermeira do H.i., que se refere à não-participação da diretoria no programa de qualidade, um gerente sem formação superior do mesmo hospital tece comentários a respeito da falta de apoio no que tange à continuidade do trabalho.

Novamente é confirmada a idéia de que, se todos, quer dizer, o alto escalão, não tem clareza dos objetivos do programa, sua continuidade fica ameaçada. Estaria esta instituição preocupada com a melhoria dos seus serviços? Acredita sua diretoria que é preciso melhorar? Há conhecimento do que precisa ser melhorado? Há interesse em saber por que e como melhorar?

Outro aspecto que nos pareceu relevante é o que diz respeito à existência de algum tipo de programa de melhoria. As respostas na sua maioria não eram objetivas, sim ou não. Permanecia sempre uma certa insegurança na resposta. Esta observação é pertinente a todas instituições pesquisadas.

#### 4.4 Produtividade

BITTAR (1997, p. 122) diz que avaliar a produtividade em hospitais é uma tarefa complexa. Há muitas variáveis como, por exemplo, o avanço tecnológico, a especialização dos cuidados de saúde, interferir na produtividade das diversas unidades que compõem um hospital. Essa dificuldade pôde ser sentida nas entrevistas.

Apresentamos no QUADRO 12 as respostas dos médicos do H.a. e H.i. sobre produtividade.

QUADRO 12 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - médico.

H.a	H.i
M	M
- Nós procuramos não fazer muitos índices disso aí, porque realmente como temos ocupação plena... é uma coisa que a gente não se preocupa muito com índices.	- Acho assim, que tem áreas que produzem muito bem, estão muito boas. - Produzir bem é Ter um número de atendimentos elevado e com resultado, enfim.

No H.a., o médico entrevistado não está preocupado com a produtividade e de, certa forma, isso passa a ser curioso, já que, saber sobre a produtividade da instituição possibilita melhorar a utilização de recursos como: mão-de-obra, materiais, capital e energia. Schramm & Bray (apud BITTAR, 1997, p. 116) diz que a produtividade provê informações para orçamento, espaço e planejamento, possibilitando um melhor uso dos recursos no futuro.

No QUADRO 13 apresentamos a entrevista realizada com os gerentes de enfermagem do H.e., H.i. e H.u., sendo que a do H.a. não respondeu à pergunta sobre produtividade.

QUADRO 13 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - enfermeira.

H.e	H.i	H.u
E	E	E
<p>- Produtividade aqui tem duas formas: tem a forma de ganhar dinheiro.</p> <p>- Acho que a produtividade está ligada com a motivação; não tem motivação não tem produtividade.</p>	<p>- É o trabalho realizado com eficiência e qualidade. Aquilo que produz com o menor desperdício possível.</p>	<p>- Produtividade é o atendimento que é feito: quantos leitos, a média de internação, quantos pacientes passaram pelo hospital internados, consultas ambulatoriais, atendimento de emergência, no ambulatório a medicação aplicada.</p>

Analisando o depoimento das três enfermeiras, temos vários pontos a destacar. Em primeiro lugar chama atenção a enfermeira do H.e., quando se refere à produtividade como forma de ganhar dinheiro. Ela está se referindo aos profissionais que atuam na instituição e não à instituição propriamente dita. Posteriormente relaciona a motivação com a produtividade. Este depoimento em relação ao da enfermeira do H.i. mostra uma visão diferente de abordar o assunto. Para a enfermeira do H.i., tendo presentes as características do hospital - privado filantrópico - destaca a eficiência do trabalho e redução do desperdício. Por serem o H.e. e o H.u. hospitais públicos, poderia haver pontos convergentes nas suas respostas, mas não é o que acontece. Relacionando a enfermeira do H.i. com a do H.u. podemos obter informações que se assemelham.

O QUADRO 14 apresenta os depoimentos dos farmacêuticos do H.i. e do H.u.

**QUADRO 14 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - farmacêutico.**

H.i	H.u
F	F
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prestar assistência com menor custo, conseqüentemente maior produtividade.</li> <li>- O hospital tem menos gasto e dando a mesma assistência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produtividade é fazer uma só vez e fazer bem feito.</li> <li>- Sendo bem feita na primeira vez, tendo exatidão, precisão, rapidez, eu vou Ter uma produtividade.</li> </ul>

O farmacêutico do H.i. faz uma relação da produtividade com o custo e do gasto com o tipo de assistência prestada, enquanto que o do H.u parece ser mais teórico e não comenta nada em relação ao custo/preço.

No QUADRO 15 constam as respostas do economista do H.e. e do administrador do H.i. No H.a. e H.u. não foram entrevistados gerentes com esse tipo de formação.

**QUADRO 15 - Respostas dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - economista e administrador.**

H.e	H.i
Ec	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Produtividade é outra situação que a gente está buscando.</li> <li>- Funcionário público não quer ver isso na frente dele, muito menos o médico, mas é uma alternativa que nós vamos buscar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esse é um problema muito sério. Nós estamos bastante preocupados.</li> <li>- Nós, hoje não temos parâmetros de medir a produtividade. Alguns sim, mas nós sentimos isso de perto.</li> </ul>

Pela própria condição do H.e., é clara a resposta do gerente sobre a dificuldade de falar sobre a produtividade da instituição em que exerce a função. Sabemos que não é fácil medir a produtividade dos hospitais devido as

inúmeras variáveis que interferem na produção.

BITTAR (1997, p. 122) refere que os hospitais privados possuem maior produtividade, utilizando melhor seus recursos, sejam eles humanos, sejam materiais ou financeiros. Conforme o gerente do H.i., este hospital corre o risco de não estar utilizando adequadamente seus recurso, já que não possui parâmetros, ou medidas de produtividade. Na verdade todos os hospitais, independente de sua finalidade, deveriam avaliar sua produtividade tanto global como setorial.

No QUADRO 16 apresentamos as respostas dos gerentes sem formação superior do H.u. a respeito da produtividade.

QUADRO 16 - Resposta dos entrevistados sobre produtividade por hospital e por profissional - sem formação superior.

H.u
S
<ul style="list-style-type: none"><li>- A produtividade só tem dois itens: boa ou ruim.</li><li>- Eu acho que a produtividade é uma coisa boa. Produzir cada vez mais.</li><li>- O pessoal na verdade produz dentro do hospital, tanto na área técnica como administrativa.</li><li>- A quantidade de roupa lavada, quilometragem das viaturas... tudo isso é produtividade e também receita no caso do hospital.</li></ul>

Medir a produtividade dos hospitais torna-se cada vez mais necessário para maior otimização dos recursos disponíveis para cada área que forma a complexa empresa hospitalar.

Há consciência da necessidade de medir a produtividade, mas ao mesmo tempo isso não é feito. Não é estabelecida uma planilha de indicadores que se relacionem com fatores internos da instituição, capaz de medir a utilização dos recursos e que aponte para a eficiência dos processos. "Alguns setores produzem mais, outros menos." Todos sabemos isso. Mas, baseado em

que, pode fazer esta afirmação o médico do H.i.? Baseado no número de atendimentos? No resultado financeiro do serviço? Nos baixos custos? No treinamento adequado ou não das pessoas? Todas estas variáveis estão relacionadas com uma maior produtividade e merecem atenção mesmo que em muitos casos não sejam consideradas. Por ser o H.a. um hospital privado, estes aspectos deveriam assumir prioridade administrativa, mas, segundo o médico entrevistado, isto está em segundo plano, o que causa questionamentos.

A enfermeira do H.u. faz referência a alguns indicadores de produtividade. Importante esta observação, pois um gerente sem formação superior, dessa instituição, também relacionou indicadores no que se refere à produtividade. Assim, pudemos observar que o H.u. foi a exceção neste aspecto.

Tendo como base os depoimentos, entendemos que a produtividade hospitalar não se detém apenas em valores, pois um hospital que apresenta uma produtividade maior nem sempre apresenta melhor qualidade seja no atendimento do cliente seja em relação ao quadro funcional.

Analizando os depoimentos sobre produtividade, percebemos que os gerentes do H.e. apresentam a mesma visão, o que pode trazer benefícios para a instituição, já que há uma tendência a concentrar esforços para diminuir o desperdício, reduzir custos, mas com qualidade.

A visão dos administradores do H.i. atinge outro ponto; ele considera que a produtividade do hospital não é medida, o que não causa surpresa, pois, conforme comentado anteriormente, esta é uma lacuna nas instituições hospitalares.

#### **4.5 Indicadores de qualidade de produtividade**

Apesar dos hospitais serem empresas complexas, também podem desenvolver indicadores ou, conforme MALIK (1996, p. 21), utilizar os já existentes. A perspectiva seria ter uma planilha de avaliação da qualidade para

cada realidade, que pudesse ser utilizada pelos gerentes como algo norteador das suas decisões no que tange à melhoria da qualidade e produtividade. Estes indicadores serviriam como ferramentas para avaliar a qualidade dos processos existentes nas instituições hospitalares, bem como em outras áreas.

O fato de medir a qualidade e produtividade dos processos está vinculado ao resultado que se quer alcançar - melhoria da qualidade e conseqüente satisfação do cliente. Para que seja sentida a necessidade de melhoria em qualquer processo é preciso antes medir aquilo que se percebe como falho e por que não dizer?, o que percebemos como correto. Constatada a necessidade ou não, de mudança deve ser implementada a solução para o problema. Isto não pode ser estanque, já que se faz necessário manter os ganhos obtidos após as mudanças realizadas no processo; caso contrário há o risco de se voltar aos níveis anteriores BERWICK (1995, p. 137). O mesmo autor continua dizendo que os esforços para melhoria da qualidade exigem mudanças permanentes e, para que isso aconteça, as mudanças devem estar baseadas em dois pontos chaves:

- a) verificar o desempenho do novo processo e
- b) monitorar o sistema de controle, isto é, acompanhar o processo de mudança.

Tivemos, como preocupação, saber dos entrevistados o que eles entendem por indicador, mais especificamente indicador de qualidade e produtividade. Não nos ativemos em saber quais indicadores eram utilizados no hospital, mesmo porque não foi do nosso interesse trabalhar com algum indicador específico, a não ser que o entrevistado viesse a mencioná-lo.

Nas entrevistas ficou claro que os gerentes não trabalham com indicadores. Não existe clareza a respeito da utilização de indicadores, com exceção, de um gerente, do H.u., sem formação superior, desde o início da entrevista, deixou claro que tem conhecimento dos indicadores, inclusive apresentando valores sem consultar relatórios, demonstrando segurança para tratar do assunto.

No QUADRO 17 aparecem as opiniões do médico do H.a. sobre indicadores de qualidade e produtividade.

QUADRO 17 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - médico.

H.a
M
- Indicador de qualidade nós não temos; o que existe é o relato do paciente.
- Eu considero como indicador de qualidade a satisfação do paciente e da família.

Interessante que, primeiramente o médico comenta que não tem indicador de qualidade, mas logo em seguida diz que considera como indicador a satisfação do cliente e da família. Em momento algum faz referência a utilização de indicadores de processo, de produtos e de resultados, ou que tivesse conhecimento dessa ferramenta da qualidade.

É da nossa opinião que, sendo o H.a. um hospital privado, a utilização dessa ferramenta proporcionaria uma visão ampla das condições da empresa e da própria satisfação da clientela.

No QUADRO 18, apresentamos as respostas das enfermeiras do H.<sup>a</sup>, H.e., H.i. , sobre indicadores de qualidade e produtividade.



QUADRO 18 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - enfermeiro.

H.a.	H.e.	H.i
E	E	E
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nós temos respostas, consultas aos clientes, sugestões.</li> <li>- Até impressos de vez em Quando a gente distribui, questionários.</li> <li>- Este ano não temos feito, mas seguido a gente faz.</li> <li>- Não, eu vejo que é de qualidade nosso serviço, pelo seguinte: os próprios pacientes, eles vêm que o atendimento é bom, o material é diferente, até fazem comparações com outros hospitais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu acho que não existe no hospital.</li> <li>- Nós não temos esse tipo de trabalho, então a gente fica perdida.</li> <li>- Faz avaliação, mas tudo de olho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em parte existem, mas muito reduzido.</li> <li>- Não são usados por falta de dinamismo, alguém que coordene isso.</li> <li>- A gente teria condições de iniciar.</li> <li>- Desperdício.</li> <li>- Seriam medidas que dizem ou quantificam as ações.</li> <li>- Tem uma série de ações que dizem isso. Eles existem, mas não sei se são levados em consideração.</li> <li>- Os dados estão aí.</li> </ul>

Chama a atenção a resposta obtida da enfermeira do H.i., ao fazer referência ao setor de estatística, pois cita alguns indicadores comentando ainda que eles existem, mas que não são levados em consideração. Na verdade esta gerente tem algum conhecimento sobre indicadores e sua importância para a tomada de decisão, mas não os utiliza.

No QUADRO 19 temos as respostas do gerente do H.e. e H.i. sobre indicadores de qualidade e produtividade.

**QUADRO 19 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional – economista e administrador.**

H.e	H.i
Ec	A
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Significa... eu não vou dizer qualidade, mas eu vou dizer a evolução do aprimoramento.</li> <li>- Sim nós temos nossos relatórios estatísticos.</li> <li>- Esses dados ... do ponto de vista administrativo eu analiso mais do ponto de vista econômico; o que custa um paciente para o hospital.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nós não temos.</li> </ul>

O gerente do H.e. responde de maneira interessante, pois refere que o indicador significa a evolução do aprimoramento já que na maioria das vezes eles apontam problemas e orientam na busca da melhoria continua.

NO QUADRO 20 encontramos a opinião do farmacêutico do H.u. sobre indicadores de qualidade e produtividade.

**QUADRO 20 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - farmacêutico.**

H.u
F
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não existe nada de maneira sistemática.</li> <li>- Acho que é importante ter.</li> <li>- Indicador de qualidade são padrões pré-estabelecidos, pré-definidos que toda vez que eu atinjo esses parâmetros, vai me dizer que estou dentro de um padrão aceitável.</li> </ul>

Este gerente do H.u. é coerente e reservado ao dizer que não trabalho com indicadores de maneira sistemática, pois na verdade não os utiliza. Quando refere-se a padrões pré-estabelecidos a melhoria contínua da qualidade e da produtividade. Assim, conforme exemplifica AZEVEDO (1993, p. 53) considerando que uma taxa de infecção em cirurgia limpa igual ou menor que 2% seria satisfatória dentro de um processo de melhoria contínua, a única taxa aceitável seria “zero”.

Apresentamos no QUADRO 21 as respostas dos entrevistados sem formação superior, do H.u., sobre indicadores de qualidade e produtividade.

QUADRO 21 - Respostas dos entrevistados sobre indicadores de qualidade e produtividade por hospital e por profissional - sem formação superior.

H.u
S
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eu procuro me basear muito.</li> <li>- É o retrato da produtividade do hospital .</li> <li>- Serve para fazer comparações entre um mês e outro.</li> <li>- Se conheço os indicadores faço comparações.</li> <li>- Essa parte não é da minha sessão.</li> <li>- Na minha sessão não tem.</li> <li>- Não tenho parâmetro para medir essa qualidade.</li> <li>- Elogios.</li> <li>- Teria que criar um sistema de estatística.</li> <li>- Administrar sem estatística é quase impossível.</li> <li>- Sem essas informações há muita dificuldade para administrar.</li> <li>- Na parte financeira não tem como medir a qualidade.</li> </ul>

Da mesma forma o gerente sem formação superior do H.u., que procura se basear no que chama de complexo hospitalar<sup>1</sup>, pois, através dele,

<sup>1</sup> Toda a estatística do hospital

consegue colocar em prática a máxima de SAVALL, citada por Romy BRUXEL (1997, p. 22): “melhor ver para melhor gerenciar”. Chama a atenção a maneira tranqüila com que esse gerente conseguiu expressar suas idéias, apresentar seu trabalho. Para ele o complexo hospitalar constitui-se em um sistema de indicadores que lhe assegura detectar irregularidades nos processos desenvolvidos na sua instituição, mesmo que isso não perpassasse todos os segmentos do hospital.

Assim como alguns dos entrevistados não tinham clareza sobre o significado de indicador, outros responderam com “certeza” o que entendiam, muito embora faltasse alguma variável para que a definição estivesse completa, como a da enfermeira do H.e., que teria definido indicador de maneira mais completa se tivesse mencionado “realizadas e comparadas com valores pré-estabelecidos” ou ainda, “e apontam para problemas que exigem solução”. Apesar de a resposta dos entrevistados possuir pontos importantes e corretos, no restante há uma insegurança para tratar do assunto. A idéia não é clara, deixando dúvida no contexto das respostas. Consideramos que, se há condições de definir alguma coisa, é também possível ter conhecimento do processo de medida, seja da qualidade ou da produtividade; mas isto não acontece ou acontece somente no discurso, pois, quando é perguntado como é medida a qualidade do serviço do hospital, a resposta não é objetiva, tanto que o mesmo entrevistado não tem certeza se os indicadores são levados em consideração.

Outro destaque é para a objetividade de alguns gerentes quando perguntados se existem indicadores de qualidade e produtividade como por exemplo, o administrador do H.i., a enfermeira do H.a., ou o sem formação superior do H.u., no que diz respeito à não-existência de indicadores.

#### **4.6 Ação gerencial**

Quanto à ação gerencial, inicialmente consideramos que os entrevistados se baseassem numa planilha de indicadores que os orientassem

para a tomada de decisão, pois entendemos que essa ferramenta da qualidade é importante não só para subsidiá-la, mas também para sistematizar as ações dos gerentes em relação às oportunidades de melhoria da qualidade e produtividade. Esta ferramenta não é considerada importante meio de informações para a tomada de decisão; os gerentes apenas sabem que é necessária, mas não a adotam como instrumento de trabalho. Assim, na verdade, o que orienta a tomada de decisão dos gerentes não se relaciona com indicadores de qualidade e produtividade.

No QUADRO 22 apresentamos as respostas do médico do H.a. e do H.i. sobre ação gerencial. No H.e. e H.u. os médicos não participaram das entrevistas.

**QUADRO 22 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - médico.**

H.a	H.i
M	M
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeiro saber que tenho condições de pagar a folha.</li> <li>- Segundo manter a instituição neste tempo.</li> <li>- Manter é muito difícil; nós não temos um plano.</li> <li>- A firma trabalha tipo economia doméstica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bom, se administrava por sustos.</li> <li>- O hospital estava tão mal que não tinha tempo para fazer planejamento.</li> <li>- O que nós queremos do hospital mais ou menos a gente tem em mente.</li> </ul>

Em ambas as entrevistas fica claro que nenhum dos gerentes utilizam-se de um sistema de indicadores para a tomada de decisões. As variáveis utilizáveis para facilitar a ação gerencial são as práticas do dia-a-dia, e sem medi-las.

No QUADRO 23 estão as respostas das enfermeiras do H.a., H.i. e H.u. sobre ação gerencial. No H.i. a gerente de enfermagem não respondeu a questão.

**QUADRO 23 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por Hospital e por categoria profissional.**

H.a	H.i	H.u
E	E	E
- São as prioridades.	- Normas e técnicas uniformes para todo o hospital. - A organização em todos os setores.	- Normas da direção. - Normatização do serviço - São coisas do dia-a-dia que a gente vai sabendo manejar. - Eu acho que precisaria adotar indicadores.  - Treinamento em serviço.

A gerente de enfermagem do H.a. responde que, o que orienta sua ação gerencial são as prioridades. Uma maneira que ela teria para estabelecer essas prioridades, a nosso ver, seria construir uma planilha de indicadores dos eventos de maior risco da sua instituição ou do serviço o qual gerencia.

Quanto a gerente do H.u. refere que precisaria adotar indicadores. Esta resposta é coerente com as respostas, por exemplo, em relação a produtividade. A gerente do H.i. traz à tona a organização. Comparando as respostas dessa gerente com a do H.a., já que os dois hospitais são privados, apesar de possuírem características diferentes as respostas não enfocam aspectos diferentes.

O QUADRO 24 mostra a resposta do gerente do H.i. sobre ação gerencial.

**QUADRO 24 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - administrador.**

H.i
A
- Eu posso dizer não é fácil. Nós temos "n" projetos na cabeça.

Pela resposta desse gerente concluímos que para ele falta orientação sistemática, organização de trabalho.

O QUADRO 25 apresenta as respostas de um gerente do H.i. sobre ação gerencial.

QUADRO 25 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - farmacêutico.

H.i
F
- Eu acho que são os objetivos do hospital.
- Eu não tenho retorno, só informo.

Esta gerente demonstra dúvidas sobre o que orienta sua ação gerencial. Comenta que é limitada para gerenciar sua área, pois, esta mantém uma interdependência com outras do hospital.

O QUADRO 26 mostra as respostas dos gerentes sem formação superior do H.i., sobre ação gerencial.

QUADRO 26 - Respostas dos entrevistados sobre ação gerencial por hospital e por profissional - sem formação superior.

H.i
S
- Olha, eu muitas vezes penso bastante antes de tomar uma decisão.
- Muitas vezes Quando envolve uma decisão muito maior vou para administração.

O gerente do H.i. parece não ter autonomia dentro de processo decisório, ou não lhe é dada. Construção de um sistema de indicadores, a nosso ver, poderia auxiliar, de forma objetiva na orientação gerencial desse gerente, proporcionando-lhe segurança no momento da tomada de decisão.

Para os entrevistados, independente do que diga a teoria, os indicadores de qualidade e produtividade têm pouco ou nenhum valor para a tomada de decisão. Ao iniciarmos a pesquisa, considerávamos que estes indicadores seriam de grande valor para os gerentes, para a tomada de decisão. Fica claro que são outras variáveis que interferem nas decisões, como as necessidades financeiras, as prioridades, as normas técnicas, as idéias do próprio gerente e muitas outras. Assim, consideramos que a ação gerencial nos hospitais pesquisados poderia ser mais efetiva, se fosse baseada em indicadores; os processos poderiam ser mais bem monitorados; seria mais fácil identificar as causas de problemas, o que traria ganhos para o resultado final.



## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cada vez mais tomamos consciência de que as empresas não são estruturas sociais governadas única e exclusivamente pela racionalidade técnica. A dimensão subjetiva - que não pode ser medida - não deve ser ignorada, pois é ela que mantém, canaliza e influencia a ação das empresas, da mesma forma ou mais do que os planos estratégicos elaborados racionalmente.

Nas entrevistas, perpassa a idéia de que o comportamento dos gerentes é fruto tanto de forças objetivas, como de subjetivas. Assim, para ter uma compreensão profunda do fenômeno organizacional, não é possível a eliminação dos fatores subjetivos, buscando embasamento somente na sistematização e padronização de seus processos. Se analisarmos a história recente, vamos encontrar vários registros de empresas que obtiveram o sucesso através da busca decidida da melhoria continua de produtos e serviços. Isto aconteceu não só em empresas, mas também nos países que tiveram certeza de sua capacidade de crescimento através da qualidade. Esta mesma qualidade proporcionou uma nova relação de parceria entre fornecedores e consumidores. A qualidade provocou um re-pensar global da própria ciência da administração, dando prioridade à pessoa - ao cliente, como fundamento e razão de ser de todo esforço das empresas. A preocupação com a melhoria da qualidade tem mostrado que toda organização deve definir sua própria identidade, estabelecer sua missão, clareza dos valores que a caracterizam e os princípios que a orientam em sua atividade. Assim, a qualidade passa a ser o resultado do envolvimento de todos na busca da perfeição e na remoção das causas verdadeiras dos problemas que comprometem o desempenho da instituição.

Esta constitui uma perspectiva da análise. A comprovação dos fatos, através de dados é fator de suma importância para uma análise mais precisa dos processos para melhoria da qualidade e produtividade e para tomada de decisão para que essas melhorias possam se concretizar.

Por isso é necessário fazer uma análise mais profunda daquilo que leva as instituições de saúde a não utilizarem indicadores de qualidade e produtividade como ferramenta da ação gerencial. Muitos dos gerentes entrevistados consideraram importante trabalhar com indicadores apesar de não utilizá-los como ferramenta para a tomada de decisão. Informações sobre alguns indicadores existem, mas não são utilizadas. Parece que o setor de estatística tem a função de levantar esses dados, mas a importância dos mesmos ainda não é clara, talvez por falta de conhecimento, de envolvimento com as rotinas da instituição, pela departamentalização aí presente.

Não há interesse, nas instituições pesquisadas, em divulgar os resultados alcançados, nem internamente, nem para a comunidade externa. Com isso, muito trabalho realizado deixa de ser conhecido. A partir desta análise, concluímos que o re-pensar induz a um processo de mudança que, a nosso ver, engloba cinco etapas:

- ⇒ Definição clara do que se quer medir (problema).
- ⇒ Formação de um grupo iniciador do trabalho.
- ⇒ Legitimação do trabalho realizado.
- ⇒ Formação de grupos de apoio e difusão.
- ⇒ Percepção do problema ou problemas pela comunidade hospitalar.

Em nenhum momento, os entrevistados manifestaram interesse em traduzir a necessidade de organização dos processos, a satisfação do usuário, a resolutividade dos serviços prestados em indicadores com a finalidade de medir a qualidade e a produtividade. Na verdade, falta precisão naquilo que esperam alcançar. É preciso selecionar e priorizar elementos que sejam

significativos para o objetivo final da instituição de saúde, que é prestar uma assistência à saúde com qualidade.

A instituição de saúde precisam aprender a medir a qualidade das ações que são desenvolvidas e a produtividade dos processos para com essas medidas, alertar para possíveis problemas e soluções para os mesmos. A elaboração de uma série histórica de indicadores poderia contribuir para o estabelecimento de metas para o futuro. É neste aspecto que salientamos a importância da utilização de indicadores. Para que um sistema de indicadores venha a contribuir para a melhoria dos serviços, faz-se necessário estabelecer parâmetros como ponto de referência para a meta a ser atingida. Não consideramos de grande valia a comparação entre um serviço e outro, mas sim a formação de uma série histórica na própria instituição.

Mesmo sendo evidente a necessidade de utilizar uma planilha de indicadores como ferramenta para a tomada de decisão, os gerentes dos hospitais pesquisados desconhecem o benefício que isso traria para sua ação gerencial.

Ao mesmo tempo que os responsáveis pelos hospitais pesquisados ainda não despertaram para esta necessidade, há instituições, grupos e comissões empenhadas em mostrar sua importância e os benefícios advindos de um maior controle da qualidade e produtividade dos processos existentes na complexa empresa hospitalar. Com o crescimento acelerado da informática e a rapidez das informações, possivelmente, num curto espaço de tempo, os gerentes que hoje não se valem dos indicadores para a tomada de decisão passarão a considerá-los imprescindíveis ao seu trabalho.

No decorrer da mesma percebemos que, nas instituições em estudo, não há um sistema de indicadores que seja utilizado como ferramenta gerencial. Seria possível propor um, mas isto não se constitui em objetivo da pesquisa, pois já existem sistemas de indicadores desenvolvidos para as instituições hospitalares e que não são utilizados, considerando, também, que cada instituição deve desenvolver seu próprio sistema, seguido a realidade e as metas a serem alcançadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADDLEBY, Chuck. The Measure of Medical Services. *Hospitals / Health Networks*, p. 26-34, 1995.

AKMAN, Marco & NADANOVSKY, Paulo. Avaliação dos serviços de saúde - Avaliar o quê? *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, n. 8 (4), p. 361-365, out/dez. 1992.

AZEVEDO, Antonio Carlos. Classificação de estabelecimentos de saúde. Aspectos metodológicos e conceituais. Breve comentário sobre a realidade brasileira. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. XXXIX, n. 1/2/3/4, p. 3-8, jan/fev/mar/abr. 1991.

\_\_\_\_\_. Avaliação do desempenho de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, n. 25, p. 64-71, 1991.

\_\_\_\_\_. Perspectivas do hospital como elemento do sistema de saúde. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. XXXIX, n. 5/6/7/8, p. 55-63, mai/jun/jul/ago. 1991.

\_\_\_\_\_. Indicadores de Qualidade e Produtividade em serviços de saúde. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. Brasília, n.1, p. 48-54, 1993.

\_\_\_\_\_. O futuro dos hospitais e a gestão da qualidade. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. XL, n. 5-12, p. 53-59, 1992.

BARBOSA, Antonio Pires. *Qualidade em serviços de saúde*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 1995 (Dissertação de Mestrado).

BARROS, Aidil de J. Paes de e LEHFELD, Neide A. de Souza. *Projeto de pesquisa: propostas metodológicas*. Petrópolis: Vozes, 1991.

BERWICK, Donald M. et alii. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo, Makron Books, 1995.

BITTAR, Olímpio J.N.V. Marketing em hospitais que não visam lucro. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, n. 30 (1/2), p. 23-32, 1982.

BITTAR, Olímpio J. N. V. e MIELDAZIS, Elpídio José. Instrumentos para coleta de dados hospitalares. Produção de informações. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. XXXVII, n. 9/10/11/12, p. 94-97, set/out/nov. 1989.

\_\_\_\_\_. Marketing em hospitais que não visam lucro. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, n.1/2, 1992.

\_\_\_\_\_. *Produtividade em hospitais*. São Paulo: Escola de Saúde Pública/USP, 1994, (Tese de Livre Docência).

\_\_\_\_\_. *Hospital: Qualidade & Produtividade*. São Paulo: Sarvier, 1997.

BOOG, Gustavo G. *O desafio da competência: como enfrentar as dificuldades do presente e preparar sua empresa para o futuro*. São Paulo: Nova Cultura, 1991.

BORBA, Valdir Ribeiro. *Administração hospitalar: princípios básicos*. São Paulo: CEDAS, 1985.

BRUXEL, Romy. *Monitoramento da gestão estratégica com o emprego de indicadores: o caso de três hospitais*. Porto Alegre: Universidade Federal do RGS, 1997, (Dissertação de Mestrado).

BURMESTER, Haino, DUARTE, Ivomar Gomes e BERTOLUCCI, Renato. Programa de avaliação e controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. Brasília: IPEA, v.1, n.2, p. 8-19, set. 1993.

CAMPOS, Vicente Falconi. *TQC - Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia*. Rio de Janeiro: Bloch Editores S.A., 1994.

- CAMPOS, Francisco E. et alii. Produtividade e resolutividade dos serviços de saúde. *Caderno Ciência e Tecnologia - Divulgação em Saúde para Debate*. Paraná, n. 3, 1991.
- CASTRO, C. de M. *A prática da pesquisa*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1978.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Inventando a mudança na saúde*. Campinas: Hucitec, 1994.
- CIANCIARRULLO, Tamara Iwanow. Administração da assistência de enfermagem: uma questão de qualidade do cuidado. *Revista Paulista de Hospitais*. São Paulo, v. XXXIX, n. 9/10/11/12, p. 99-108, set/dez. 1991.
- CROSBY, Philip B. *Qualidade é investimento*. José Olímpio, 5. ed. Rio de Janeiro, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Qualidade sem lágrimas*. José Olímpio, 3. ed. Rio de Janeiro, 1994.
- DEMING, W. Edwards. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.
- DRUCKER, Peter. O espectro da guerra de classes. *Exame*. p. 56-63, fev. 1992.
- ECO, Umberto. *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 2.ed. Lisboa: Editorial Presença, s/d.
- FLEURY, Afonso e HUMPHREY, John. Recursos humanos e a difusão e a adaptação de novos métodos para a qualidade no Brasil. Serviço editorial, Brasília. Textos para discussão n. 326, IPEA, dez./1993.
- GILMORE, Carol M. *El proceso de acreditación: um panorama geral*. México: JCAH, 1993.
- GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de empresas*. São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar/abr. 1995.

\_\_\_\_\_. Pesquisa qualitativa - Tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun. 1995.

GONZALES, Celi. *Gerenciamento de qualidade nos serviços médicos-hospitalares*. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho, 1993.

HOLANDA, A. Buarque. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1988.

ISAIA, Antônio. *Os 80 anos do Hospital de Caridade Dr. Astrogildo de Azevedo*. Pallotti, Santa Maria - RS, 1983.

JURAN, J.M., e GRYNA, Frank M. *Controle da qualidade: componentes básicos da função da qualidade*. 4. ed. São Paulo: Mc Graw-Hill/Makron, 1991, v.II.

KAST, Fremont E. e ROSENZWIG, James E. *Organização e administração*. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1987, v.1.

KLIKSBERG, Bernard. A gerência no final do século XX. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, n. 27 (2), p. 183-201, 1993.

LEMME, Antonio C. et alii. A satisfação do usuário em hospitais universitários. *Revista de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 25, p. 61-66, 1991.

MALIK, Ana Maria. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 4, n. 32, p. 32-41, set./out. 1992.

\_\_\_\_\_. *Avaliação, Qualidade, Gestão... Para trabalhadores da área de saúde e outros interessados*. São Paulo: Senac, 1996.

MARTINELLI, Maria Cecília. Estudo dos indicadores do Hospital Ana Costa. *Qualimetria*. São Paulo, n. 24, p. 52-53, ago. 1993.

- MARTINS, Paulo Emílio Matos. O programa brasileiro da qualidade e produtividade e a questão da decisão pública em uma sociedade paradoxal. *Ciência & Tecnologia*. Paraná, v. 2, n. 4, p. 8-14, dez. 1993.
- MÉDICI, André Cezar. *A economia política das reformas em saúde*. IAHCS: Porto Alegre, 1997.
- MENDES, Vera Lúcia Peixoto. Gerenciando qualidade em serviços de saúde. *Rev. Bras. de Enf.*, Brasília, v. 46, n. 3/4, p. 211-225, jul./dez. 1993.
- MEZOMO, João C. Visando a qualidade hospitalar. *Hospital- Administração e Saúde*. São Paulo, v. 18, n. 1, jan./fev. 1994.
- \_\_\_\_\_. O modelo industrial de melhoria de qualidade aplicada aos serviços de saúde. *Hospital- Administração e Saúde*. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 155-160, mai/jun. 1994.
- \_\_\_\_\_. A qualidade da assistência à saúde e o ensino médico. *Hospital - Administração e Saúde*. v. 17, n. 4, p. 194-197, jul/ago. 1993.
- MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento*. 2.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.
- MIRSHAWKA, Victor. *Hospital: fui bem atendido a vez do Brasil*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- MOTTA, Ricardo. A busca da competitividade nas empresas. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 35, n. 1, p. 12-16, mar/abr. 1995.
- NETO, Antonio Quinto e GASTAL, Fábio Leite. *Acreditação hospitalar - proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre: Dacasa Editora-IAHCS, 1997.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.



\_\_\_\_\_. Metáforas da qualidade. *Saúde em Debate*. n. 47, Jun. 1995.

NORONHA, Marina F. et alii. O desenvolvimento dos "Diagnosis Related Groups"- DRGs. Metodologia de classificação de pacientes hospitalares. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 3, n.2 5, p. 198-208, 1991.

NOVAES, Humberto de Moraes. Qualidade Total. *Hospital - Administração e Saúde*. São Paulo, v. 18, n. 1, jan/fev. 1994.

NOVAES, Humberto de Moraes e PAGANINI, José Maria. *Padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)*. Washington, 1994.

NOVAES, Humberto de Moraes. Implementação de programas de garantia de qualidade em hospitais na América Latina e Caribe. *Hospital - Administração e Saúde*. São Paulo, v. 18, n. 3, mai/jun. 1994.

\_\_\_\_\_. Será que os hospitais Latino-Americanos e do Caribe já estão na fase da reengenharia. São Paulo, 1995.

OLIVEIRA, José Mauricio de. *Gerência em saúde e concepções sobre a natureza humana nas organizações: a visão dos diretores de hospitais gerais do município de Campinas - São Paulo*. FGV, 1995, (Dissertação de Mestrado).

OLIVEIRA, Mírian et alii. *Sistema de indicadores de qualidade e produtividade da construção civil*. Manual de Utilização. POA, 1993.

PALADINI, Edson Pacheco. *Qualidade total na prática*. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. *Gestão da Qualidade no processo*. São Paulo: Atlas, 1995.

PIRES, Silvio R. I. Produtividade e qualidade em engenharia de produção e industrial. *Ciência & Tecnologia*. n. 1, p. 7.13, nov. 1991.

RABELO, Flávio Marcílio et alii. Treinamento e gestão da qualidade. *Revista de Administração de Empresas*. n. 35 (3), p. 13-19, mai/jun. 1995.

REMPEL, Carl, G. *Filosofia da Ciência Natural*. Zahar: Rio de Janeiro, 1981.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et alii. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 6, p. 50-61, jan/mar. 1990

RIBEIRO, Carlos A.C. e CAMARGO, Manuela L. G. Programas de produtividade no setor público: uma discussão acerca de alguns elementos básicos. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. Brasília, IPEA, n. 1, p. 66-80, jun. 1994.

SCOCHI, Maria José. Indicadores da qualidade dos registros e da assistência ambulatorial em Maringá, Estado do Paraná, Brasil, 1991: um exercício de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 356-367, jul/set. 1994.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE QUALIDADE EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE, v. I, 1993. São Paulo. *Programa de Estudos avançados em administração hospitalar e sistema de saúde*.

SILVA, Ligia Maria V. da, e FORMIGHI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 80-91, jan/mar.1994.

SIMÕES Breno José Guanais et alii. Controle de qualidade de dados hospitalares. *Medicina, Ribeirão Preto*. Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 26-32, jan/mar. 1991.

SPERB, Ricardo. Qualidade total na saúde, uma meta a ser perseguida. *Jornal dos Hospitais*. Porto Alegre, p.6, jul.1997.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. A guerra sem fim sobre a produtividade administrativa. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 1, n. 31, p.37-46, out/set. 1991.

TIRONI, Luiz Fernando et alii. *Critérios para geração de indicadores de qualidade e produtividade no serviço público*. Brasília: IPEA/MEFP (Texto para Discussão 238), out. 1991.

TIRONI, Luiz Fernando. *Indicadores da qualidade e produtividade - Um relato de experiências no setor público*. Brasília: IPEA (Texto para Discussão 263), jun. 1992.

---

\_\_\_\_\_. Indicadores de qualidade e produtividade: conceitos e usos. *Revista Indicadores de qualidade e produtividade*. Brasília IPEA, n. 1 (1), p. 8-17, Fev. 1993.

TIRONI, L.F. e BATISTA, Fábio Ferreira. Ações governamentais para a qualidade e produtividade nos EUA. Brasília, IPEA (Texto para discussão 305), jun. 1993.

TOLOVI Jr., José. Por que os programas de qualidade falham? *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 6-11, nov/dez. 1994.

TRIGUEIRO, Michelangelo Giotto Santoro. Indicadores de qualidade na universidade - um desafio para a avaliação institucional. *Universidade*. USC, São Paulo, v. 1, n. 6, p. 320-330, nov/dez. 1994.

VALE, G. M. V. Desempenho Empresarial: Proposta de um sistema de indicadores para MPE. *Revista Indicadores de Qualidade e Produtividade*. n. 2 (1), p. 32-43, jun. 1994.

VUORI, Hannu. A qualidade da saúde. *Caderno de Ciência e Tecnologia - Divulgação em Saúde para Debate*. Paraná, n.3, p. 17-25, fev. 1991.

WOOD Junior, Tomaz e URDAN, Flávio Torres. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v. 34, n. 6, p. 46-59, nov/dez. 1994.

## **ANEXO**

1. que significa qualidade?
2. Existem programas, ações de qualidade ou melhoria da qualidade no hospital? Por quê? Quais são? Como funcionam ? Qual sua abrangência?
3. O que significa indicador de qualidade?
4. Como é medida a qualidade do serviço hospitalar? Como são definidos os padrões de qualidade para os serviços do hospital?
5. Quais indicadores de qualidade são utilizados no seu hospital?
6. Quais indicadores de qualidade são considerados mais importantes?
7. O que significa cada um?
8. A quais destes, no hospital, se dá mais importância?
9. Quais indicadores de qualidade precisam de maior atenção e que ainda não foram tão trabalhados?
10. Em que áreas do hospital os indicadores de qualidade têm sido mais aplicados?
11. O que significa produtividade?
12. Existem programas, ações de produtividade ou melhoria da produtividade no hospital? Por quê? Quais seriam? Como funcionam ? Qual sua abrangência?
13. O que significa indicador de produtividade?
14. Como é medida a produtividade do serviço hospitalar? Como são definidos os padrões de produtividade para os serviços do hospital?
15. Quais indicadores de produtividade são utilizados no hospital?
16. Em que nível de detalhamento?
17. O que significa cada um?
18. Como cada um desses indicadores orienta sua ação?
19. Quais indicadores de produtividade são considerados mais importantes?
20. A quais destes, no hospital, se dá mais importância?
21. Quais indicadores de produtividade precisam de maior atenção e que ainda não foram trabalhados? Ou foram pouco trabalhados?

1. Em que áreas do hospital os indicadores de produtividade têm sido mais aplicados?
2. Estes indicadores são discutidos com os diversos setores do hospital?
3. A diretoria do hospital está envolvida nestes programas de qualidade e produtividade? Como?
4. Há quanto tempo vem trabalhando com indicadores?
5. O que mudou depois da implementação deste trabalho?
6. Os programas de qualidade e produtividade estão vinculados?
7. Como o hospital toma consciência da satisfação do cliente? Quais indicadores utiliza para isso?
8. Os funcionários, de maneira geral, têm participação ativa na geração dos indicadores?