



(9)

**A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO META DA GESTÃO PELA QUALIDADE  
TOTAL**

**QUAL A SUA REAL DIMENSÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-  
HOSPITALAR**

**A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS**

**Banca examinadora**

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

**Prof.:**

**Prof.:**

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

**LEONARDO JUSTIN CARÂP**

**A SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO META DA GESTÃO PELA  
QUALIDADE TOTAL**  
**QUAL A SUA REAL DIMENSÃO NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA  
MÉDICO-HOSPITALAR**  
**A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS**

Dissertação apresentada ao Curso  
de Pós-Graduação da EAESP / FGV,  
Área de Concentração em Adminis-  
tração Hospitalar e de Sistemas de  
Saúde

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

**SÃO PAULO**

**1997**



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



660/97



1199700660

Carlo 0014-32960

Escola de Administração de Empresas de São Paulo	
Data	N.º de Chamada
04.7	64.024.8 (815.41)
Tombo	C2615
660/97	Dis. e. 1

CARÂP, LEONARDO JUSTIN

**A satisfação do usuário como meta da gestão pela qualidade total**  
**Qual a sua real dimensão nos serviços de assistência médico-hospitalar**

**A experiência do Hospital Orêncio de Freitas**

: EAESP/FGV, 1.997, 99 p. (Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação da EAESP / FGV, Área de Concentração em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

**Resumo:** Trata de analisar a importância da satisfação do usuário no processo de avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar prestada pelo Hospital Orêncio de Freitas - SUS - Niterói-RJ.

**Palavras-chave:** Gestão de Qualidade Total, Motivação, Informação, Gestão, Controle, Avaliação, Satisfação, Necessidades, Expectativas

**À minha mãe, Julia Carâp (*in memorian*).**

**À minha mulher, Adalgiza Maria.**

**Aos meus filhos Victor Tadeu e a você  
que vai chegar.**

## **AGRADECIMENTOS**

**À Ana Maria Malik - minha orientadora e amiga, pela participação segura, competente e estimulante.**

**Aos amigos José Luiz e Henrique por sua inestimável participação e apoio.**

**Aos pacientes e funcionários do Hospital Orêncio de Freitas pela oportunidade enriquecedora.**

**Se realmente entendemos  
o problema,  
a resposta virá dele,  
porque a resposta não está  
separada do problema.**

**Krishnamurti**

## SUMÁRIO

I	INTRODUÇÃO.....	1
	1. OBJETIVO.....	2
	2. JUSTIFICATIVA.....	3
II	REFERENCIAL TEÓRICO.....	6
	1. HISTÓRIA DA QUALIDADE.....	6
	1.1 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL.....	9
	1.2 A 2ª GUERRA MUNDIAL.....	14
	1.3 O MODELO DO DR. DEMING E O JAPÃO.....	16
	2. A GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL E A ÁREA DE SAÚDE.....	22
	2.1 ALGUMAS DIFICULDADES.....	30
	3. O CLIENTE EXTERNO E A MOTIVAÇÃO PARA A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	37
	3.1 OS CONCEITOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E SUA APLICABILIDADE PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE.....	40
	4. GARANTIA DE QUALIDADE EM SAÚDE.....	49
III	METODOLOGIA.....	54
	1. OBJETO.....	54
	2. O HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS.....	54

3. CLIENTELA.....	56
3.1 A CLIENTELA EXTERNA.....	57
3.2 A CLIENTELA INTERNA.....	59
4. INSTRUMENTOS.....	62
4.1 RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES.....	63
4.2 INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO.....	65
4.3 ENQUETE À CLIENTELA INTERNA.....	67
IV APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	70
1. APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS MENSAIS DE INDICADORES.....	70
2. RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO.....	73
3. DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DE ENQUETE À CLIENTELA INTERNA.....	76
V DISCUSSÃO E CONCLUSÕES.....	79
VI COMENTÁRIOS FINAIS.....	91
VII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
VIII ANEXOS.....	99

RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES  
INSTRUMENTO DA AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO  
ENQUETE À CLIENTELA INTERNA

## LISTA DE QUADROS

1	QUADRO GERAL DE PRODUÇÃO DO HOF.....	71
2	QUADRO DE DADOS MÉDIOS DE PRODUÇÃO HOF1994.....	71
3	QUADRO DE RELAÇÕES ENTRE PESSOAL E PRODUÇÃO.....	72
4	QUADRO DE DADOS REFERENTES À 1ª PARTE DA AVALIAÇÃO	73
5	GRÁFICO DE AVALIAÇÃO BOM/ÓTIMO.....	74
6	QUADRO REFERENTE À QUESTÃO Nº 1.....	76
7	QUADRO REFERENTE À QUESTÃO Nº 3.....	77
8	QUADRO REFERENTE À QUESTÃO Nº 4.....	77
9	QUADRO REFERENTE À QUESTÃO Nº 5.....	78
10	QUADRO REFERENTE À QUESTÃO Nº 9.....	78

## I. INTRODUÇÃO

O grande destaque que os programas<sup>1</sup> de gestão pela qualidade total vêm dando à questão da satisfação da clientela, chamou a atenção do grupo - no qual me incluo - que exerceu as funções de direção no hospital Orêncio de Freitas, no município de Niterói, entre 1992 e 1995.

Existiam algumas tentativas pontuais de aferir-se de alguma forma a satisfação da clientela ou de incentivar a sua participação, como por exemplo, mantendo no ambulatório do hospital uma caixa de sugestões à sua disposição. Entretanto, através do uso dessa caixa jamais conseguimos qualquer sugestão ou mesmo queixas quanto aos serviços prestados.

Na verdade esta caixa já se encontrava no ambulatório há muitos anos sem que ninguém se lembrasse ao certo desde quando, nem se em alguma época, mesmo que remota, havia cumprido a sua pretensa missão.

Em agosto de 1993, fomos convidados a participar do Programa de Monitorização de Indicadores de Qualidade e Produtividade na área hospitalar

---

<sup>1</sup> O termo programa deverá ser utilizado durante todo o estudo apenas como uma simplificação da expressão Gestão pela Qualidade Total, já que concordamos com NADLER (1994), em sua defesa de que o TQM (Total Quality Management) não pode ser visto como apenas um simples programa, e sim como fator básico e fundamental para a proposição estratégica da empresa.

(Programa IPEA-APM BRA 93/011), nascido de um convênio entre a Associação Paulista de Medicina e o Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada.<sup>1</sup>

A partir desse convite vislumbramos a oportunidade de conhecermos melhor o nosso hospital do ponto de vista de sua produção, da qualidade dos serviços prestados e das características de seus recursos humanos. Além disso, havia ainda a chance de observar a sua posição no universo de 25 hospitais estudados, assim como ouvir os pacientes do hospital quanto à suas necessidades e sua visão sobre os serviços que lhes eram oferecidos.

A idéia para a realização deste estudo transcendeu o escopo original do Projeto BRA 93/011, passando a orientar-se no sentido de conhecer a relação entre os diversos indicadores levantados e o nível de satisfação apurado entre os usuários do hospital.

## 1. OBJETIVO:

A satisfação das necessidades da clientela tem sido considerada como um fator de diferenciação e vantagem competitiva (DENTON,1990), pela admissão e assunção tácitas do valor implícito ao atributo qualitativo do serviço prestado cuja avaliação da clientela seja positiva (CAMPOS, 1992). Também tem sido considerada como meta indiscutível a ser alcançada por

---

<sup>1</sup> O detalhamento deste Projeto encontra-se no capítulo referente à metodologia. Basicamente, destinou-se a o acompanhamento e proposição de indicadores de qualidade e produtividade para a área hospitalar, pela análise mensal dos dados relativos a um conjunto preestabelecido de hospitais, a maioria de caráter público.

quem quer ter um produto ou serviço reconhecido quanto à sua qualidade e para quem busca uma forma melhor de dirigir um negócio (CORTADA E QUINTELLA, 1994).

O objetivo deste trabalho é analisar, a partir da experiência vivida no Hospital Orêncio de Freitas - Ministério da Saúde - S.U.S - Fundação Municipal de Saúde de Niterói, se a satisfação da clientela tem para as organizações prestadoras de serviços de assistência médico-hospitalar como um todo, particularmente para hospitais e mais especificamente para hospitais públicos, o mesmo significado que para as empresas fornecedoras de produtos e serviços em geral.

Como parâmetros para validação, serão confrontados dados obtidos a partir da *pesquisa de satisfação da clientela* que utilizou os serviços do Hospital Orêncio de Freitas em regime de internação, com os dados obtidos no levantamento dos *indicadores de qualidade e produtividade* do hospital e ainda, com um *questionário dirigido aos seus funcionários*.

## 2. JUSTIFICATIVA:

A justificativa do presente trabalho encontra-se apoiada nas seguintes premissas:

- a) A dimensão assumida pela crise no sistema de assistência médico-hospitalar brasileiro (RIBEIRO, 1993), principalmente, mas não exclusivamente, no setor público, pode vir a ser estudada e melhor entendida a partir também desse referencial.

- b) O custo crescente da assistência médico-hospitalar, já que este é um setor da economia no qual, pela lei de Roemer<sup>1</sup> (DEL NERO, 1995) a incorporação de novas tecnologias não reduz custos, ao contrário, aumenta-os, pode beneficiar-se com a adoção de técnicas de gestão que levem em conta a satisfação ou o estudo das necessidades e expectativas dos usuários.
- c) A escassez dos recursos financeiros disponíveis para a assistência médico-hospitalar, num ambiente cujas características de competição pelos mesmos e a exclusão de parte da população dos sistemas de atenção à saúde (MÉDICI, 1995) (REZENDE, 1992) são preocupantes, torna recomendável um diagnóstico ou no mínimo um reconhecimento da realidade, de modo que se possa reduzir o nível de incerteza para a tomada de decisão (MACHLINE, 1987) (CHIAVENATO, 1983).
- d) O esforço no sentido de ouvir os usuários de serviços de assistência médico-hospitalar quanto às suas necessidades, expectativas e aspirações, ao mesmo tempo em que permite o estudo dos conceitos estabelecidos na literatura com relação ao tema proposto, favorece e estimula o exercício de cidadania da clientela. Além disso, esse exercício pode vir a favorecer de alguma forma a diminuição ou a

---

<sup>1</sup> A lei de Roemer afirma que um novo serviço de saúde tem capacidade de gerar a sua própria demanda, mesmo em mercados saturados.

compreensão da dependência institucional (SIQUEIRA, 1988)<sup>1</sup>  
sofrida por esses pacientes quando de sua internação.

- e) A possibilidade de uso equivocado da pesquisa de satisfação do usuário ou de seus resultados (como único instrumento de aferição qualitativa) pela direção do hospital ou seus superiores, causando a partir de um conhecimento incompleto, mais malefício que benefício.

---

<sup>1</sup> A autora refere-se à obra de GEORGEPOULOS (1962), na qual este relaciona a dependência institucional dos pacientes hospitalizados com a função original dos hospitais, de encarceramento dos pobres e doentes como forma de proteção à sociedade.

## II. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1. HISTÓRIA DA QUALIDADE

A qualidade tem sido um atributo referido pela sociedade a seus produtos e serviços há já bastante tempo. Várias definições foram e continuam sendo formuladas, no sentido de tentar-se delimitar o que é e o que não é qualidade. Apenas como demonstração da duração deste esforço, podemos referir uma citação atribuída a Aristóteles (334 A.C.): "Qualidade não é um ato, é um hábito".

Podemos inferir então, que mesmo que absolutamente dissociado da realidade, existe um conceito qualitativo intrinsecamente ligado às nossas atividades. Conseqüentemente, aceitando que cada um faz o melhor que pode, há uma tendência muito grande a que ninguém admita que o produto ou serviço pelo qual é responsável não tem qualidade, a não ser por motivos que não lhe digam respeito.

DEMING (1990) contesta esse conceito corrente de "cada um dá o melhor de si e teremos qualidade". Defende que a resultante ficará sempre

muito aquém do desejável, pela dispersão de conhecimentos e esforços conseqüente à falta de liderança e trabalho em equipe.

Na definição de equipes, porém, é preciso atentarmos também para a existência de organizações cujas estruturas se configuram numa burocracia profissional (MINTZBERG, 1995), como são os hospitais. Nestes, a preocupação ética com a qualidade (aquela que tem a ver com o desempenho de nossas funções profissionais, com a execução de nossas tarefas dentro de uma escala de valores previamente definidos e aceitos, quer pela sociedade em geral quer pela sociedade profissional que a adota) manifesta-se e é conduzida através da padronização de habilidades e valorização do núcleo operacional. Esse núcleo operacional procura minimizar a influência dos administradores, buscando autonomia (idem).

Verificamos então que estamos falando de realidades distintas, mas que têm sido tratadas por alguns evangelizadores da qualidade como se fossem uma só, de modo que se possa adotar o discurso padrão que gerou a verdadeira febre que ora vivemos, e que cada vez mais nos leva em direção à Gestão pela Qualidade Total enquanto moda.

Essa febre, em boa parte disseminada pelos meios de comunicação, tem levado os dirigentes hospitalares mais desavisados a, inadvertidamente, partirem para a adoção da Gestão pela Qualidade Total como se esta fosse uma panacéia, capaz de resolver todos os seus problemas (NADLER, 1994), inclusive os de caixa, em curto prazo. É importante lembrar que estamos

falando dos mesmos dirigentes que, como visto acima, são preteridos pela burocracia profissional.

Além disso, o que se vê no cotidiano, são instituições ou empresas tentando adaptar-se a pacotes comprados prontos, às vezes apenas com pequenas modificações, ao invés de participarem da formulação e desenvolvimento de seus próprios programas de gestão da qualidade, o que permitiria levar em conta alguma coisa da cultura organizacional e das peculiaridades do setor em geral e de cada um desses organismos em particular.

Segundo JACOB (1993), se existem culpados pelas dificuldades dos programas de qualidade estes são os próprios gerentes, por sua crença em soluções mágicas e postura acrítica. Ressalta ainda que os casos de sucesso evitaram a criação de estruturas paralelas, absorvendo e incorporando os princípios aos seus processos organizacionais.

Podemos portanto concluir que o reconhecimento desta necessidade, para incorporação na forma de trabalho dirigido especificamente à área de saúde, ainda não faz parte do ambiente e da realidade da maior parte das empresas de consultoria.

A importância de equalizar a linguagem sobre o tema, é justamente criar uma base sobre a qual se possa sistematizar este estudo, possibilitando oferecer subsídios aos gestores e trabalhadores de nossas Instituições de Saúde.

De um modo geral, tudo o que existe em termos de modelo gerencial em uso nas nossas Instituições de Saúde, sejam postos de atenção primária, sejam hospitais e até mesmo secretarias e fundações de saúde, é importado do setor industrial e/ou de outras áreas do setor de prestação serviços, com algum grau de defasagem no tempo e algum índice de reconfiguração para o setor (sem contar a nossa natural capacidade de *tropicalizar* programas de outros países).

Portanto, estes setores e sua evolução são referências para iniciarmos nosso estudo.

### 1.1. A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL

Durante o processo de industrialização, iniciado com a 1ª Revolução Industrial (1780 - 1860) e que se justificava como sendo "da produção em massa para as massas", o trabalhador sequer conhecia o uso da peça que fabricava.

O sistema que vigira até então, dos artesãos organizados em *corporações de ofício* regidas por estatutos e nas quais um aprendiz para passar a artesão ou mestre era obrigado a produzir uma peça perfeita perante os jurados, é modificado pela introdução de máquinas com grande capacidade de produção, sem que houvesse sequer tempo suficiente para uma adaptação gradativa. (CHIAVENATO, 1983).

Somado a isso, temos um grande contingente de mão-de-obra que migrou dos campos para as cidades, também como consequência da

substituição de sua força de trabalho pela produção mecânica. Utilizadas na agricultura e agroindústria, essas máquinas eram superiores aos trabalhadores tanto em força quanto em velocidade.

Chegamos assim à condição ideal para que os detentores de recursos suficientes para fazer frente à necessária *maquinização das oficinas* viessem a dominar o sistema produtivo.

Quer pelas fusões de oficinas menores quer pelo aporte primário de capital, surgiam as fábricas. Estas, ao invés de substituírem totalmente os homens, na verdade criavam melhores condições de produção acelerando a realização de tarefas simples e repetitivas, pela sua automação. Essa nova realidade, reduziu custos, preços e expandiu mercados, o que veio a requerer grandes contingentes de mão-de-obra para fazer frente ao consumo crescente.

Ao mesmo tempo em que fortalecia o capitalismo, essa realidade reforçava o crescimento de uma nova classe social, o proletariado (*idem*).

Não se tratava mais de pequenos grupos de aprendizes e artesãos dirigidos por mestres habilitados. O problema que se afigurava agora era como dirigir batalhões de proletários, em grande parte de origem rural, cujas habilidades manuais com instrumentos rudimentares deveriam ser substituídas pela operação de máquinas de complexidade crescente.

Adam Smith (1723-1790), criador da Escola Clássica da Economia, em seu livro "*A Riqueza das Nações*" (1776), já visualizava o *princípio da especialização* e o *princípio da divisão do trabalho* como forma de racionalizar

a produção. Segundo o autor, era justamente sobre esses dois princípios que repousava a riqueza das nações. Enfatizava também a necessidade do estudo de *tempos e movimentos*, reforçando ainda a importância do planejamento e da organização dentro das funções administrativas.

Sob estas mesmas crenças desenvolveu-se posteriormente a Escola Científica de Administração (1903), na qual a preocupação de seu fundador Frederick Winslow Taylor (1856-1915) com a organização racional do trabalho foi canalizada para seu Estudo de Tempos e Movimentos.

Segundo Taylor, existe uma única maneira certa de executar um trabalho, que quando descoberta e adotada maximizará a sua eficiência; e que esta é a função primordial do administrador. (MOTTA, 1989)

Portanto estava resolvido o problema da inadequação da recém disponibilizada mão-de-obra; alguém pensava e decidia pelo operário, a quem cabia apenas executar as ordens e adaptar-se aos padrões de "tempos e movimentos" já descobertos e adotados pelos seus superiores. Se tudo corresse bem, seria remunerado pela quantidade de peças produzidas<sup>1</sup>. Para que isso não trouxesse qualquer tipo de injustiça, é claro que todas as peças com defeito eram descontadas do seu pagamento. E para garantir - definitivamente - a justiça do sistema, o método empregado era o da *inspeção em massa* em todas as peças acabadas.

---

<sup>1</sup> outra das "idéias centrais" do movimento da Administração Científica é o incentivo monetário, baseado no conceito do "homo economicus", ser eminentemente racional que escolhe sempre a alternativa que maximiza a retribuição ou os lucros (MOTTA, 1989).

Em 1924, Walter A. Shewhart - estatístico da Bell Telephone Laboratories - introduz as técnicas que desenvolvera para o que chamou de *controle estatístico dos processos industriais*. Havia estudado a variação aleatória possível para o trabalho de um operário, definindo assim os limites superior e inferior entre os quais dever-se-iam manter quaisquer aspectos observados no processo de produção. Assim, pontos fora dos limites preestabelecidos tornavam-se facilmente detectáveis e suas causas poderiam ser rapidamente estudadas, possibilitando correção *ao longo* do processo de produção e não mais ao final (Walton, 1989).

W. Edwards Deming, matemático e estatístico discípulo de Shewhart, desenvolveu técnicas de amostragem - cujo conceito era muito controvertido àquela época - que veio a aplicar no censo norte-americano de 1940. Era a primeira vez em que se utilizavam amostras para a efetivação do censo. A partir de seu aprendizado com Shewhart, Deming também conseguiu demonstrar a utilidade da inferência estatística tanto no trabalho do escritório quanto na fábrica (idem).

Voltando ao pagamento por peça produzida, podemos reportar-nos à experiência profissional de Deming nas instalações da Western Electric Company em Hawthorne<sup>1</sup>, Chicago, quanto ao tema.

Algumas de suas idéias sobre administração foram adquiridas ali. O ambiente era quente e sujo, o que fazia com que ao término do turno de

---

<sup>1</sup> Hawthorne e as instalações da Western Electric adquiriram destaque nos estudos de administração, pela experiência conduzida com seus 46.000 operários pelo pesquisador de Harvard, Elton Mayo, sobre a relação entre as condições de iluminação na área de produção e produtividade.

trabalho os operários, a maioria mulheres - que trabalhavam muito e recebiam pouco - saíssem em desabalada carreira escadas abaixo em direção à saída.

Conforme já descrito acima, o sistema de pagamento era por peça produzida e eram descontadas as peças rejeitadas na inspeção. Sobre esse tema, Deming veio a concluir : "O trabalho pago por peça é a pior degradação do homem" (WALTON, 1989, p.6).

Podemos afirmar sem qualquer medo de errar, que este sistema de pagamento encerra em si conceitos sobre os trabalhadores que em nada os dignificam, demonstrando para com estes absoluta falta de consideração e respeito, assim como em relação a sua capacidade, habilidades e necessidades, e que estes conceitos estão vigentes, podendo ser encontrados ainda hoje, inclusive em algumas de nossas Instituições de Saúde.

Quem não conhece o termo "manda quem pode, obedece quem tem juízo", que tanto sucesso faz entre alguns de nossos dirigentes e deixa bem clara a sua crença na divisão precisa entre aqueles a quem cabe pensar e o resto, a quem cabe o privilégio de cumprir e executar o que foi previamente definido?

Podemos nos arriscar a inferir também, que aqueles que pensam assim em relação aos trabalhadores, na verdade pensam assim com relação ao todo. Ou seja, no seu conceito de mundo haveria aqueles que podem mandar e aqueles a quem cabe obedecer, independentemente da atividade exercida ou da situação vigente. Este conceito não subentende nem requer qualquer predicado de liderança, apenas de domínio e poder.

A esse respeito, cabe outra citação atribuída a Aristóteles (334 A.C.):

*" ... em geral procura-se examinar se o ser feito pela natureza para mandar e o ser feito para obedecer devem ter as mesmas virtudes ou virtudes diferentes. Se é necessário que a honra e a probidade se encontrem igualmente nos dois seres, por que precisaria um mandar e o outro obedecer em tudo?..."*

## 1.2. A 2ª GUERRA MUNDIAL

Durante a 2ª Grande Guerra, o esforço de guerra efetuado pelas empresas que tiveram que mudar seu "portfólio" de produtos para atender às necessidades do Estado por produtos bélicos e de apoio, gerou a obrigatoriedade de garantir-se um mínimo de regularidade no processo de modo que o resultado final de sua produção não ocasionasse mais problemas que soluções. Fabricados nas mais diversas fábricas, onde a vocação pela produção bélica não era necessariamente a tônica, estes itens passaram a ser produzidos de acordo com especificações, protocolos e rotinas previamente definidas para todas as empresas. Era a consagração da padronização como garantia de homogeneidade do produto e passo forte no sentido da produção com garantia de qualidade.

Para isso, Deming desenvolveu e introduziu conceitos do método de Controle Estatístico da Qualidade ou Controle Estatístico do Processo, como forma de propiciar garantia de qualidade ao processo produtivo e conseqüentemente ao seu resultado. Em julho de 1941, começaram os cursos de métodos estatísticos por todo o país. Deming e outros, deram cursos para 31.000 participantes. A ênfase na qualidade, em escala nacional, levou à

formação da Sociedade Americana de Controle da Qualidade, em fevereiro de 1946 (WALTON, 1989).

Nos anos que se seguiram à guerra, porém, a produção vinha antes da qualidade. As técnicas ensinadas pelo Dr. Deming eram agora consideradas demoradas, desnecessárias e caíram em desuso. Em 1949, dizia com pesar: "Não sobrou coisa alguma - nem fumaça". Desta frustração, Deming tirou a lição da necessidade do compromisso da alta gerência para a consecução da qualidade (idem).

Olhando para a outra ponta do processo produtivo, o período que se seguiu à 2ª Guerra Mundial, apresenta como característica um mercado europeu grande "comprador" de bens de consumo, e os Estados Unidos da América como o grande "vendedor", quer para o mercado interno quer para o resto do mundo, o que fez com que não houvesse necessidade de uma maior preocupação com a qualidade, a não ser a já descrita anteriormente - como forma de rejeitar o defeito e o pagamento "indevido" ao trabalhador responsável pelo erro.

Deming e seu método foram rapidamente esquecidos nos Estados Unidos, como já visto, cujo comércio e indústria prosperavam sem qualquer necessidade de sua ajuda.

Isto fez com que reformulasse alguns de seus conceitos, que veio a aperfeiçoar e desenvolver, dando início aos seus princípios administrativos, que variaram de número até fixarem-se em 14 (DEMING, 1990).

### 1.3. O MODELO DO DR. DEMING E O JAPÃO

Os 14 Princípios administrativos de Deming, que fundamentaram os ensinamentos ministrados a altos executivos japoneses, a partir de 1950, são um indicativo de que a administração pretende manter a empresa em atividade, proteger os investidores e os empregos. Aplicam-se indistintamente a empresas pequenas e grandes, tanto na indústria de serviços quanto na de transformação. São eles:

1. Estabeleça constância de propósito para a melhoria do produto e do serviço.
2. Adote a nova filosofia.
3. Cesse a dependência da inspeção em massa.
4. Acabe com a prática de aprovar orçamentos apenas com base no preço.
5. Melhore constantemente o sistema de produção e de serviço.
6. Institua treinamento no local de trabalho.
7. Institua liderança.
8. Afaste o medo.
9. Elimine as barreiras entre os departamentos.
10. Elimine "slogans", metas e exortações para a mão-de-obra.
11. Elimine as quotas numéricas para a mão-de-obra.
12. Remova as barreiras ao orgulho pelo trabalho bem feito.
13. Institua um forte programa de educação e desenvolvimento.
14. Empreenda as ações para realizar a transformação."

(DEMING, 1990)

No Japão - derrotado e destruído - para onde foi em 1947, inicialmente recrutado pelo governo de ocupação do general MacArthur para ajudar a preparar o censo japonês e depois como convidado pela JUSE (Associação

Japonesa de Ciência e Engenharia) teve seu trabalho e sua responsabilidade reconhecidos na reconstrução da Indústria japonesa<sup>1</sup>.

A evolução da produção industrial japonesa deu-se de forma bastante diferente da ocorrida nos Estados Unidos, já que como país vencido não teve acesso ao grande mercado consumidor do pós-guerra. Por isso mesmo, seu desenvolvimento em direção à qualidade total deu-se antes que ocorresse o mesmo nos países vencedores.

Houve aí - sem dúvida - um forte componente de sobrevivência envolvido. Mantiveram o Dr. Deming por perto durante duas décadas, não apenas para ensinar métodos estatísticos mas também como conselheiro de altos gerentes. Com o passar do tempo seu nome passou a ser sinônimo de qualidade, graças em parte ao Prêmio Deming, estabelecido pela JUSE com a renda doada por Deming, das suas publicações (WALTON, 1992).

Com o passar dos anos os resultados japoneses impressionaram o mundo e assustaram os Estados Unidos. Em junho de 1980, a rede de televisão americana NBC levou ao ar um documentário intitulado; "Se o Japão Pode... Por Que Nós Não Podemos?" que apresentava o fenômeno industrial japonês, cujo patrono era Deming. A partir daí empresas americanas voltaram a buscar sua ajuda como tentativa de recuperar parte do terreno perdido para o Japão (idem).

Então, a crescente competição entre as empresas e a globalização da economia é uma das razões para a adoção das técnicas de gestão da

---

<sup>1</sup> Também teve destaque no Japão o trabalho de J.M.Juran, autor da trilogia da qualidade: planejamento, controle e melhoramento da qualidade (JURAN, 1988).

qualidade. Porém, competição entre empresas existiu durante um bom tempo, mesmo que em menor escala, sem que houvesse necessidade de mudanças tão radicais. Existia - no máximo - a preocupação com a necessidade de redução nos custos de produção (vantagem de custo) como estratégia competitiva (PORTER, 1996).

Porém, para que não houvesse risco de diminuição dos atributos de qualidade especificados e/ou requeridos, com perda potencial de clientes, a redução dos custos (às vezes executada como uma finalidade em si mesma), encontrava um limite na impossibilidade de alteração desses atributos, garantidos pelas normas e rotinas preexistentes para o processo produtivo.

Houve portanto algo maior e muito mais importante que essas alterações internas às empresas, que foi a tomada de posição dos consumidores e trabalhadores em relação aos seus direitos. MOTTA (1995) refere-se às bases da participação social como segue: pelos mecanismos de *democratização das relações sociais*, pelo *desenvolvimento da consciência de classes* e do *agrupamento entre trabalhadores*, pelo *aumento do nível educacional*, pela *velocidade das mudanças*, pela *facilidade de acesso à informação* e *intensidade da comunicação*.

Há também sua mobilização para que esses direitos sejam respeitados e suas necessidades reconhecidas. Conforme CAMPOS (1992)<sup>1</sup>, esta é em última análise, a razão de ser do trabalho das organizações quaisquer que sejam essas necessidades. Ou seja, passava a ser fundamental a satisfação

---

<sup>1</sup> Falconi desenvolve um conceito no qual ..."o grande objetivo das organizações humanas é atender às necessidades do ser humano na sua luta pela sobrevivência na Terra".

das necessidades do cliente, como um novo fator de diferenciação e vantagem competitiva da empresa. Fica então bem claro que estamos falando sobre cidadania e que este foi o grande marco sobre o qual as empresas tiveram que repensar a sua forma de ver o mundo.

Isto nos esclarece então, que os programas de Gestão da Qualidade Total nas empresas foram implementados como consequência de um processo crescente de competição entre estas, de sua luta pela conquista e manutenção de seus clientes - satisfazendo cada vez mais as suas necessidades - e da importância da redução dos custos de produção. Na prática, tudo isto estava ligado à sua sobrevivência.

Ocorre, que se fosse só isso, estaríamos falando apenas em custos e vendas. A tomada de consciência do consumidor - como explicada acima - e o exercício pleno de sua condição de cidadania são então fatores de fundamental importância para que o foco dos negócios sofra algum tipo de deslocamento para o cliente, propiciando condições para a adoção de técnicas que preconizam - por definição - a defesa da dignidade do ser humano - seja qual for a sua inserção no processo produtivo.

No tocante à redução de custos, temos como fator indissociável deste esforço, a necessidade de incrementar a produtividade na empresa, o que fez com que os dirigentes concentrassem esforços visando melhorar seus indicadores nessa área. Na evolução dos estudos e análise das diversas atividades internas pertinentes ao processo de produção de bens ou serviços, destacaram-se os muitos entrelaçamentos existentes, revelando uma cadeia

CLIENTE-FORNECEDOR em muito assemelhada às relações externas da empresa. Na prática, descobriu-se que o trabalhador ora se inseria no processo produtivo como seu cliente, ora como seu fornecedor (JURAN, 1990), e que satisfazer as suas necessidades - enquanto cliente - era uma forma de comprometê-lo no processo, aumentando a qualidade do produto ou serviço e a produtividade da empresa.

Juran apresenta o conceito de relação cliente-fornecedor através da "espiral do progresso na qualidade", na qual mostra uma seqüência típica de atividades visando colocar um produto no mercado. Cada departamento efetua um processo da operação, cujo resultado é um produto que é fornecido a outro departamento ou a clientes externos. Os departamentos que recebem os produtos são considerados "clientes" dos departamentos fornecedores.

A espiral é uma versão extremamente simplificada do que ocorre numa grande empresa (JURAN, 1990).

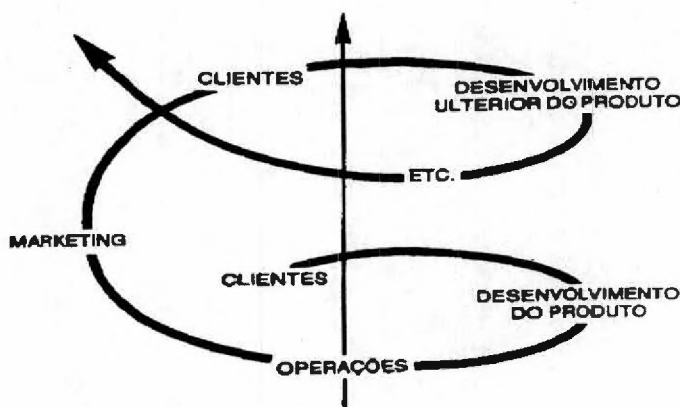


Figura 1-1 — A espiral do progresso em qualidade

A tabela abaixo mostra algumas relações evidenciadas através da Espiral

Note que alguns clientes são internos à empresa e outros externos.

FORNECEDOR	PRODUTOS (BENS E SERVIÇOS)	CLIENTE
CLIENTE	INFORMAÇÃO SOBRE SUAS NECESSIDADES	DESENVOLVIMENTO DE PRODUTO
DESENVOLVIMENTO DE PRODUTO	PROJETOS DE PRODUTO	OPERAÇÕES
OPERAÇÕES	BENS E SERVIÇOS	MARKETING
MARKETING	BENS E SERVIÇOS	CLIENTES

Fonte: Juran Planejando Para a Qualidade (1990, p.7)

Resumindo, podemos afirmar que um Programa de Gestão da Qualidade Total deverá contemplar ou buscar a satisfação do cliente (interno e externo) e custos decrescentes com produtividade crescente. Seguem-se algumas definições de "Total Quality Management" para ilustração e continuidade no desenvolvimento destas considerações preliminares:

♦ "Um sistema administrativo orientado para pessoas, cujo objetivo é o incremento contínuo da satisfação do cliente a custos reais decrescentes. É uma abordagem sistêmica e parte de uma estratégia de alto nível; funciona horizontalmente através de funções e departamentos, envolve todos os funcionários, fornecedores e clientes da empresa. Enfatiza o aprendizado e a adaptação às mudanças como fator - chave para o sucesso organizacional". (BECKER, 1993)

♦ "Um sistema permanente e de longo prazo, voltado para alcançar a satisfação do cliente através da melhoria contínua da qualidade dos serviços e produtos da empresa".(MEARS, 1993)

♦ "Filosofia para conquistar a confiança do cliente e garantir a rentabilidade de longo prazo da empresa".(AGGARWAL, 1993)

## 2. A GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL E A ÁREA DA SAÚDE

Tentemos agora enquadrar estes descritores à realidade de nosso Sistema de Saúde, avaliando como, e com que impacto se dariam as tentativas de implantar semelhantes programas neste ambiente.

Admitindo que a implantação de um Programa de Gestão pela Qualidade Total, apesar de apresentar vertentes dignificantes para o trabalhador e o consumidor, e sem ignorar a importância do papel que estes desempenham para a sua adoção pelas empresas, dá-se de um modo geral por motivos primários mais para financeiro-econômicos que para humanísticos, devemos levar em consideração se o momento atual nos revela um contexto apropriado à sua adoção em nossos serviços de assistência médico - hospitalar, enquanto filosofia, e quais as diferenças existentes entre os Setores Público e Privado que julgamos merecedoras de atenção.

A necessidade de remunerar o capital investido, perpetuando-se, crescendo e gerando riqueza para seus proprietários ou acionistas, é função indiscutível da empresa privada, independentemente de sua atuação dar-se na área de saúde ou não, e está fortemente ligada à sua sobrevivência.

Então, se considerarmos apenas o aspecto do retorno sobre o investimento, podemos inferir que a empresa privada do setor saúde estaria mais interessada, ou mesmo obrigada, a adotar algum tipo de programa de qualidade (pelo menos do ponto de vista de seus controladores e acionistas), do que outra, de caráter público,

É bom, no entanto, atentarmos para as doenças mortais<sup>1</sup> da qualidade, entre as quais verificaremos que a 2ª - "ênfase nos lucros de curto prazo" - nos mostra o risco de situações nas quais a empresa pode gerar lucros e dividendos excelentes no trimestre, por exemplo, sem nenhum significado do ponto de vista de solidez, crescimento e perpetuação.

A constância de propósitos (1º princípio de Deming) é então, a forma de lidar com a situação. Conforme encontramos em DEMING (1990. p. 74-75):

*"Parte dos problemas industriais dos Estados Unidos é representada pelos objetivos de seus administradores empresariais. A maioria dos executivos norte-americanos acha que está no negócio para fazer dinheiro, e não produtos e serviços. O credo da empresa japonesa, pelo contrário, é de que uma empresa deve se transformar no fornecedor mundial mais eficiente de quaisquer produtos e serviços que ofereça. Desde que ela se transforme no líder mundial e continue oferecendo bons serviços, os lucros são uma decorrência natural. "*

---

<sup>1</sup> Deming contrapôs aos 14 princípios administrativos, 7 doenças mortais que permanecem no caminho das empresas, impedindo sua transformação. São elas: 1. Falta de constância de propósito; 2. Ênfase nos lucros de curto prazo; 3. Avaliação de desempenho; 4. Mobilidade da administração (mudança de emprego); 5. Administração com base nos números visíveis; 6. Custos excessivos da assistência médica; 7. Custos excessivos com responsabilidade civil. (DEMING, 1990)

Ou seja: cuide da qualidade que os lucros cuidarão de si mesmos!

O princípio da constância de propósito também é de mais fácil consecução nas instituições privadas, pela continuidade administrativa que costuma caracterizá-las, em oposição à situação verificada na maioria das instituições públicas, que sofrem de outro impeditivo para a qualidade, descrita por Deming (1990) como a 4ª doença mortal: mobilidade da administração. É comum termos alterações consecutivas e até sistemas de *rodízio* para a ocupação de cargos de gerência em serviços públicos, com novas diretrizes à cada entrada.

Então, posto que os lucros não são móbil para as instituições públicas de saúde, e que a mobilidade de sua administração dificulta a implantação e a manutenção de programas de qualidade, nos resta o pressuposto da validade da Teoria Y formulada por Douglas McGregor, em contraposição às conclusões de Taylor sobre o comportamento da média dos trabalhadores, que McGregor denominou Teoria X (HAMPTON, 1990, p).

A Teoria Y (idem, p.66-7) baseia-se nas seguintes premissas:

1. O dispêndio de esforço físico e mental no trabalho é tão natural quanto o descanso ou a diversão. A média da humanidade não herda o desgosto pelo trabalho. Dependendo das condições controláveis, trabalho talvez seja a fonte de satisfação ou a fonte de punição.
2. O controle externo e o medo da punição não são as únicas formas de orientar os esforços para os objetivos organizacionais. As pessoas, desde que comprometidas, exercitarão a autodireção e o autocontrole a serviço dos objetivos.
3. O compromisso com os objetivos é função das recompensas associadas à sua realização. As mais significativas dessas recompensas, por exemplo a

satisfação do ego e das necessidades de auto-realização podem ser resultado direto do esforço dirigido para os objetivos organizacionais.

4. Em condições adequadas, a média da humanidade aprende não apenas a aceitar mas também a buscar responsabilidades. A fuga da responsabilidade, a falta de ambição e a ênfase na segurança são em geral decorrentes da experiência, e não características inerentes aos seres humanos.
5. A aptidão para exercitar um nível relativamente alto de imaginação, engenhosidade e criatividade na solução de problemas organizacionais está distribuída na população de modo disperso, e não concentrado.
6. Sob as condições da moderna vida industrial, as potencialidades intelectuais da média da humanidade são usadas apenas de forma parcial.

A vontade do trabalhador buscar responsabilidades e orgulhar-se de seu desempenho seria, então, o móbil para a implantação de um programa de qualidade em serviços públicos.

Ou, na idéia subjacente à formulação do 12º princípio administrativo de DEMING (1990): "Remover as barreiras ao orgulho da execução do trabalho", que claramente formula que o trabalhador busca sua motivação no próprio trabalho que executa.

Dessa forma, teremos condições de observar nossas instituições a partir de um outro foco, o que poderá nos abrir a perspectiva de implantação de um programa de qualidade pelo incremento à dignidade do trabalhador, através do atendimento às suas necessidades básicas, colocando peso nos fatores motivacionais.

A esse respeito podemos consultar os fundamentos da teoria da motivação de Maslow, que hierarquiza as necessidades humanas utilizando-se

do recurso gráfico de uma pirâmide, onde a base acomoda as necessidades mais primárias (necessidades fisiológicas), seguindo-se as necessidades por segurança, necessidades sociais, necessidades por estima (ego) e finalmente, no topo, as mais elevadas (necessidades de auto-realização).

Segundo Maslow, somente quando um nível inferior de necessidades está adequadamente atendido é que o nível imediatamente mais elevado surge no comportamento (CHIAVENATO, 1983).

A teoria dos dois fatores de Herzberg (fatores higiênicos e fatores motivacionais), foi formulada para explicar o comportamento das pessoas em situação de trabalho. Julgamos, portanto, que seja de melhor aplicação neste caso. Afirma que:

- ♦ a *satisfação no cargo* é função do conteúdo ou das atividades desafiantes e estimulantes do cargo que a pessoa desempenha: são os *fatores motivacionais* ou *satisfacientes*.
- ♦ a *insatisfação no cargo* é função do contexto, isto é, do ambiente de trabalho, do salário, dos benefícios, da supervisão, dos colegas e do entorno geral relativo ao cargo: são os *fatores higiênicos* ou *insatisfacientes*. (idem)

Consideramos que os fatores satisfacientes são o ponto de partida para que se possa dar início a qualquer programa que vise gestão pela qualidade.

Se estamos nos referindo ao setor saúde, creio que mais ainda, pois é impensável trabalhar aqui com a idéia de ter fatores higiênicos não atendidos. Infelizmente, porém, esta situação ainda é bastante comum.

Há casos em que o setor público pode ser até beneficiado em algum aspecto específico, como por exemplo o salário e benefícios de um determinado cargo, cuja comparação com a média do setor privado, em determinada época, tenha revelado vantagens. No todo, porém, a desassistência e o descaso dos gerentes ou dos formuladores das políticas do setor para com as necessidades dos trabalhadores, pode vir a deixá-lo em desvantagem.

Um processo de recrutamento e seleção que leve em conta a grande vantagem ocasionada pela contratação de pessoas com capacidade de auto-motivação ou motivação intrínseca, tem um papel enorme de facilitação para o tema em questão.

Restam porém outros ensinamentos de Deming, que dizem respeito às dificuldades criadas pela administração para que os trabalhadores possam desempenhar bem suas funções; a Regra 85-15, apenas para exemplificar, prega que somente 15% das dificuldades e problemas enfrentados pela empresa são consequência da ação dos executores, enquanto 85% delas são causadas pelo sistema, que é responsabilidade da administração (WALTON, 1989, 1992)<sup>1</sup>.

Ao falar da administração, é possível que estejamos tocando numa das maiores dificuldades para a implantação desses programas em serviços

---

<sup>1</sup> No estilo gerencial americano, quando algo sai errado busca-se a quem culpar e punir, visando acalmar o sistema. Deming lembra, porém, que os trabalhadores executam suas tarefas em sistemas sobre os quais não têm controle, individualmente. A regra dos 85-15 afirma que 85% daquilo que sai errado se deve ao sistema, e só 15% a indivíduos ou coisas isoladas. Dessa forma, a inversão existente no estilo descrito acima impede que se busque a solução através do olhar crítico sobre o sistema.

públicos de assistência médico - hospitalar, já que de uma maneira geral o nível de profissionalização gerencial dos membros de seu corpo diretivo é baixo ou inexistente (CREPALDI, 1996).

Além disso, a forma de acesso destes profissionais ao quadro gerencial não costuma estar vinculada a qualquer norma tecnicamente estabelecida ou orientada, tampouco sua saída, o que pode acarretar distorções como por exemplo a troca de um diretor por ano durante anos a fio, ou a troca de um quadro de diretores que seja efetivo, porque as eleições foram ganhas pelo partido oposto.

Devemos levar em conta, sobretudo, que as relações de poder no local de trabalho, o sistema de informações, a cultura organizacional (SASHKIN, 1994), a identificação e o incremento de lideranças, o processo de formação de grupos (BOWDITCH E BUONO, 1992) e a política de recursos humanos (MALIK, 1992), são fatores de sucesso ou fracasso no desenvolvimento e implantação de um programa de qualidade total, devendo ser alvo de atenção constante do grupo, com espaço obrigatório no processo de planejamento estratégico da Instituição de Saúde, seja ela pública ou privada.

Se na empresa privada a motivação da administração for a busca pura e simples de lucros, existe até a possibilidade de engodo dos trabalhadores (durante algum tempo) pelos controladores da empresa e de lideranças carismáticas, fazendo crer que haja um processo de Gestão da Qualidade Total em curso. Normalmente, este processo estará associado a alguma forma

de remuneração variável, porém com características que lembrarão muito um sistema de pagamento por peça produzida.

Por outro lado, este tipo de engodo torna-se mais difícil nas Instituições Públicas, talvez na mesma proporção das dificuldades encontradas para a implantação de um programa de remuneração variável como o descrito acima.

Finalmente, existe uma posição dogmática com relação à necessidade de compromisso da alta gerência para que a implantação de um programa de qualidade tenha sucesso (Deming: 14º princípio). Porém, MALIK (1992) relata experiências em hospitais do Município de São Paulo, nos quais surgem iniciativas em setores de localização distante da direção para uma posterior tentativa de sensibilizar e comprometer os dirigentes com o programa. Assim sendo a autora constata, nos serviços públicos, a possibilidade de relativização da necessidade da iniciativa partir da alta gerência, mesmo que futuramente o programa não possa sobreviver sem o seu comprometimento. Em outras palavras, é válido dizer que a direcionalidade inicial dos programas de qualidade no setor público de saúde poder-se-á dar de baixo para cima, coisa impensável nas empresas privadas.

A vantagem seria podermos contar com alguma forma de apropriação da cultura da Qualidade Total pelos trabalhadores das Instituições de Saúde, o que - como já dito - num ambiente cujo tempo de duração das administrações é muito fugaz e os dirigentes costumam ser das mais variadas procedências e formações, acabaria por funcionar como mecanismo de garantia de qualidade,

desde que viesse a ser aceito e compartilhado no conjunto das crenças e valores do grupo.

## 2.1. ALGUMAS DIFICULDADES:

Há particularidades do setor saúde que podem gerar algum tipo de dificuldade para o desenvolvimento de uma política de qualidade. Dentro do setor, a organização hospitalar tem essa potencialidade exacerbada pelas muitas categorias de trabalhadores que compõem seus quadros e que têm como primeiro compromisso, prestar contas à corporação profissional à qual pertencem.

Além disso os hospitais são caracterizados por MINTZBERG (1995), conforme visto no início deste capítulo, como burocracias profissionais. Estas caracterizam-se pela enorme autonomia do núcleo operacional, no qual os profissionais atuam de maneira independente com respaldo na sua própria perícia, que é a base do poder nessas organizações. As relações com o administrador hospitalar são ambíguas; ao mesmo tempo em que a administração é freqüentemente desprezada e desconsiderada pelo profissional que quer ser deixado livre para exercer suas atividades, estas dependem do administrador para que levante os fundos necessários, resolva os problemas e conflitos, enfim permita a viabilização dos objetivos do profissional em seu núcleo operacional.

Este profissional enfrenta então o seguinte dilema: Fazer ele mesmo o trabalho administrativo, ou deixá-lo a cargo de outrem, o que significa transferir-lhe alguma parcela do seu próprio poder. O autor enfatiza, no

entanto, que esse poder só é conservado enquanto utilizado para servir eficazmente os interesses dos profissionais.

Segundo ETZIONI (1989), nas organizações especializadas<sup>1</sup> os administradores se encarregam das atividades secundárias, provendo e administrando meios para que a atividade principal seja desempenhada pelo especialista. Aos administradores cabe orientar quanto à aspectos específicos e até mesmo levantar objeções, porém o poder para decidir está com os especialistas.

A outra característica que muito interesse desperta para o tratamento do tema em questão, é que não há, praticamente, controle do trabalho, a não ser aquele que a profissão faz de si própria.

Outro aspecto importante nos hospitais é que as diversas corporações terminam por travar, em grau maior ou menor, uma luta pelo poder institucional. Como já vimos que os administradores ficam de fora da disputa, essa termina por envolver os grupos que desempenham atividades finalistas, junto à clientela.

LUNARDI FILHO e MAZILLI (1996), estudando aspectos e características do trabalho de enfermagem no hospital, descrevem o trajeto percorrido por esses profissionais rumo à sua administração, assumindo suas funções burocráticas (no sentido Weberiano)<sup>2</sup>, para atender às expectativas

---

<sup>1</sup> Denominação utilizada pelo autor que equivale às burocracias profissionais de Mintzberg.

<sup>2</sup> Max Weber, sociólogo alemão considerado o primeiro teórico das organizações. Estudou-as do ponto de vista estruturalista, preocupando-se fundamentalmente com sua racionalidade, no sentido de organizar detalhadamente e de dirigir rigidamente as atividades da empresa com a maior eficiência possível (CHIAVENATO, 1983).

dos médicos e da administração, afastando-se do seu verdadeiro foco de atuação, que deveria ser "administrar a assistência norteada por valores de enfermagem e não por valores institucionais e de outras profissões" (idem, p.63).

Esta incompatibilidade entre a burocracia mecanizada<sup>1</sup> e a burocracia profissional é fonte de forte conflito, enfatizando a já existente disputa pela hegemonia dentro do hospital, acirrando ânimos e dificultando a realização das atividades propostas para o hospital, conforme podemos depreender, do mesmo autor referindo-se ao trabalho de Leopardi et alii (idem, p.60):..."Entretanto, apesar de seu preparo para assumir um trabalho mais intelectual e mais complexo, o enfermeiro tem permanecido sujeito ao trabalho médico, não lhe sendo permitido ter acesso ao poder que socialmente seria esperado de um profissional de nível universitário".

Devemos levar em consideração as peculiaridades do modelo de gestão hospitalar apresentado. Conforme ETZIONI (1989), o hospital foi citado como uma organização com duas hierarquias de autoridade, uma especializada e outra administrativa, devendo ser considerado como uma organização funcional. Considerando então a já citada disputa de poder interna à organização hospitalar, sobressaem-se as desvantagens dessa forma de organização, com diluição e perda de autoridade, subordinação múltipla, concorrência entre especialistas, conflito e confusão quanto aos objetivos (CHIAVENATO, 1983).

---

<sup>1</sup> Conceituada por Mintzberg (1995) e que muito se assemelha aos conceitos Weberianos de burocracia.

Por outro lado, exemplificando dificuldades que só poderão ser contornadas com a sensibilização e a participação efetivas, citamos a dificuldade de estabelecermos relações cliente-fornecedor entre médicos e seus supostos subordinados.

A cultura organizacional existente nas Instituições de Saúde tem seus traços mais marcantes desenhados a partir das características hegemônicas da classe médica no setor, o que é um grande complicador na formação dos grupos (times)<sup>1</sup> de qualidade e o desenvolvimento de seu trabalho, principalmente quando no entrelaçamento das atividades surge a figura do médico como fornecedor interno, o que seria algo parecido com um general aceitar (e acreditar) que em determinado momento seu papel seja o de fornecedor de um tenente.

Sem tecer juízo de valor, temos que na caserna - e a classe médica estaria propensa ao mesmo raciocínio com relação ao seu papel no hospital - a mesma hierarquia que mantém as coisas sob controle, fazendo o sistema rodar, sendo na medida do possível, responsável por alguma garantia de qualidade do produto/serviço, é também o grande empecilho ao desenvolvimento de um Programa de Gestão pela Qualidade Total.

Continuando, temos nos hospitais a hegemonia médica como um traço marcante da cultura organizacional - apesar da luta que se vem travando em busca de espaço e poder por outros grupos profissionais - que ainda

---

<sup>1</sup> Times de Qualidade (SCHOLTES, 1992) publicação que combina os conceitos da teoria de administração do Dr. Deming com as técnicas de aprendizado adulto e dinâmica de grupo, visando oferecer estratégias e respostas àqueles que têm dificuldade de aplicação dos princípios e das ferramentas gerenciais e estatísticas para a implantação de programas de qualidade, podendo assim equipes de projeto exitosas.

permanece, no modo clássico de crenças e valores compartilhados, ou segundo Schein (MALIK, 1992, p.35), como "um conjunto estruturado de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna. Se estes pressupostos foram validados pela prática, devem ser ensinados aos membros da organização como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação àqueles problemas".

Pode ser missão razoavelmente difícil disseminar os princípios da Qualidade Total, enquanto filosofia de Gestão, para um grupo cujos conceitos de qualidade estão contidos tão somente na execução de suas atividades-fim, não cabendo outro tipo de discussão. Ou seja, o grupo médico, que detém o conhecimento mais abrangente sobre o produto, estando inclusive familiarizado com técnicas de análise estatística e metodologia científica, tem dificuldade - até por formação - em participar de um programa cuja filosofia possa por em risco suas condições de ego e status - conforme descrição de Maslow<sup>1</sup> em sua pirâmide de necessidades humanas básicas - e que afinal também são fatores motivacionais e que podem estar mantendo o sistema em equilíbrio.

BERWICK (1994) tece algumas considerações sobre as dificuldades de conseguir-se envolver o grupo médico no processo, ressaltando porém a necessidade de fazê-lo e correlacionando a sua participação de liderança com "brilhantes sucessos" (p.155) obtidos em alguns hospitais.

---

<sup>1</sup> Ver referência completa à pg. 30

Das dificuldades reconhecidas por BERWICK (idem) para a participação do médico nos programas de qualidade, e que o autor julga deverem ser objeto da atenção dos hospitais para sua solução, uma diz respeito à preocupação dos médicos, principalmente os mais antigos em estarem sendo vigiados; outra diz respeito ao fato do médico estar exercendo trabalho não remunerado nos programas de qualidade (apesar de não achar justificável remunerá-los para isso) e finalmente, aborda e defende a necessidade das organizações hospitalares concentrarem-se nos processos que preocupam os médicos, quer como fornecedores, quer como clientes internos fundamentais.

Diz ele: "Os médicos são responsáveis pelos 'momentos da verdade' que caracterizam o verdadeiro output das organizações de serviço; para trabalharem mais efetivamente, eles devem ser ouvidos e apoiados por essas organizações". (idem, p.156)

A dificuldade está em conseguir-se contornar o conceito de grupo médico estanque e auto-suficiente, tornando-o permeável à idéia de organização enquanto conjunto de grupos inter-relacionados. Conforme diz A.V. Feigenbaum (EQUIPE GRIFO, 1994 p.34):

*"As tentativas de melhoria que são direcionadas para o trabalhador individual, e não incluem também o grupo do qual ele faz parte, estão fadadas a ter um resultado mínimo, independentemente de quanto bem inspiradas forem as técnicas. Ainda, se o trabalhador pensa que seu grupo é apenas um pequeno grupo dentro da empresa - ao invés de*

*pensar na equipe inteira - ele terá sua mente pouco aberta, orientada pelos critérios fechados do seu subgrupo. Assim também, nenhuma "atividade motivacional" vai mudar a situação no sentido do benefício de todos e da organização. No entanto, se a percepção do trabalhador for a de considerar-se parte do grupo total da organização, então as possibilidades de melhoria na qualidade e na produtividade se tornam rapidamente significativas."*

### 3. O CLIENTE EXTERNO E A MOTIVAÇÃO PARA A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Voltando agora ao cliente externo (paciente ou usuário ou consumidor)<sup>1</sup>, devemos julgar o seu papel como motivador na implantação de um programa de qualidade ou ainda, a sua real contribuição na avaliação dos serviços médico-hospitalares aos quais é submetido.

A avaliação pelo usuário é a definitiva medida da qualidade. De uma forma ou de outra não há mais como pensar na produção de algum bem ou serviço sem que se pense também na criação de algum mecanismo ou canal de comunicação efetivo para que se possa colher informações pertinentes aos resultados alcançados, expectativas atendidas, qualidade percebida, estrutura disponível e processo de produção.

Nem sempre, porém, as pessoas conseguem comunicar o que estão pensando ou fazendo, apesar de julgarem que sim. Desentendimentos ocorrem quando o receptor compreende a mensagem de forma diferente daquela que o emissor supõe ter transmitido.

Embora a informação seja impalpável, ela circula entre as pessoas, sendo armazenada de forma material. A idéia de informação pressupõe um código que lhe dê corpo e sirva de veículo até um receptor habilitado a entender o significado do código. Dessa forma introduz-se o conceito de comunicação (CHAVES, 1978).

---

<sup>1</sup> Apesar de poderem ter significados diferentes, posto que nem sempre os conceitos de paciente, usuário, consumidor e cliente são coincidentes optou-se por utilizá-los de forma indistinta.

A informação é, em última análise, a redução do nível de incerteza, podendo ser vista também, matematicamente, como a diferença entre duas incertezas. Ainda, não pode ser vista como propriedade de uma mensagem, mas do conjunto de mensagens possíveis do qual provém, devendo ser analisada a partir da redução de incertezas que proporciona pela quantidade de mensagens eliminada, ou seja: a informação está relacionada com o número de alternativas que descarta<sup>1</sup> (EPSTEIN, 1988).

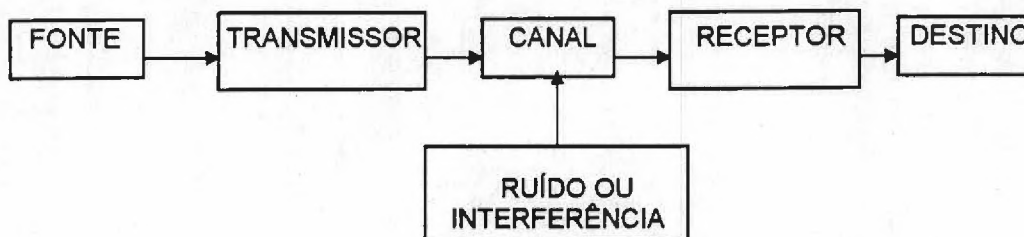
Nas organizações hospitalares existem fluxos contínuos e permanentes de informação entre todos os seus setores, departamentos, clientela interna e externa, fornecedores internos e externos, dando origem a sistemas de comunicação que deverão dar conta da complexidade de cada uma dessas relações. No caso de relações interpessoais, estabelecem-se sistemas de comunicação simples, como os diálogos. Já nas relações interdepartamentais ou interinstitucionais, são utilizados sistemas mais complexos de comunicação social (CHAVES, 1978).

CHIAVENATO (1983), reproduz o Sistema de Comunicação segundo Shanon e Weaver.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Este conceito é introduzido por Hartley em 1928, quando salienta em seu livro "Transmissão da Informação" que a informação é tanto maior quanto mais possibilidades forem excluídas. Dessa forma, a frase "as maçãs são vermelhas" carrega mais informação que "as maçãs são de cor", pela exclusão de todas as outras cores que não o vermelho (CHIAVENATO, 1983)

<sup>2</sup> Claude E. Shanon e Warren Weaver desenvolveram definitivamente a teoria da informação a partir de seu trabalho para a Bell Telephone Company, em 1949. Sua Teoria Geral da Informação introduziu métodos estatísticos para medir e calcular a *quantidade de informação*.



Considerando a necessidade e a importância da informação e do processo de comunicação para a efetividade de um sistema de avaliação da qualidade, podemos inferir que um processo de comunicação eficaz deverá envolver:

- ◆ Descrição do serviço.
- ◆ Definição do custo do serviço.
- ◆ Explicitação das relações entre o serviço, sua prestação e custo.
- ◆ Explicação aos clientes do efeito causado pelos problemas e de como estão sendo resolvidos.
- ◆ Dar ciência aos clientes de como podem contribuir para a qualidade do serviço.
- ◆ Ter recursos disponíveis para a implantação de um sistema de comunicação eficaz.
- ◆ Determinar a relação entre o serviço e as necessidades reais do cliente.

Há, porém, várias fontes de ruído que podem interferir na obtenção de uma interface clara com os clientes, prejudicando o processo de comunicação. Entre elas podemos citar:

- ◆ Desconhecimento da língua

- ◆ Escolha errada de canal
- ◆ Técnica inadequada
- ◆ Falta de treinamento
- ◆ Experiências negativas
- ◆ Preconceitos

Finalmente, não devemos esquecer (EPSTEIN,1988, p.12) em sua afirmação: ..."o que é ruído para um intérprete, pode ser informação para outro,".... Na verdade o que nos interessa é o reverso dessa afirmação, que nos mostra o quanto errados podemos estar, ao julgarmos ser responsáveis pela disseminação da mais pura, cristalina e acessível informação, quando na realidade pode ser que muito poucos a estejam compreendendo.

### 3.1. OS CONCEITOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE E SUA APLICABILIDADE PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Os conceitos de satisfação do usuário têm feito parte de toda e qualquer discussão que envolve o tema qualidade, onde satisfazer as necessidades do cliente tornou-se uma regra, aceita sem muita discussão. Toda a literatura sobre qualidade e marketing assume posição de forte defesa em relação à necessidade da busca da satisfação do cliente como garantia de diferencial competitivo. No entanto, muitas vezes até numa organização bem administrada predominam as opiniões internas e contrárias, que conduzem as ações apenas em direção ao controle das realizações na perspectiva da produtividade, o que deve ser contornado direcionando a cultura da empresa para fora, na direção da satisfação do cliente e dando prioridade às suas necessidades (CORTADA E QUINTELA,1994).

É evidente que o interesse pela medição da satisfação da clientela tem crescido nos últimos anos, e que o setor saúde não é uma exceção. Entre os fatores de influência na satisfação/insatisfação da clientela, podemos considerar suas expectativas como elemento de grande importância.

De qualquer forma, ainda que esta afirmação seja conceitualmente acertada, a idéia de "expectativa" pode ser empregada de formas variadas, ora como o que se espera, ora como o que se idealiza, ora como o que deveria ser ou mesmo como o que se admite que seja.

Por conseguinte, poderemos ter dificuldades para estabelecer uma relação de síntese entre expectativa e satisfação, considerando que a primeira encontra-se no campo cognitivo e a segunda no campo da afetividade. (SUNÖL, 1996).

Além disso, conforme MALIK (1996) há que sabermos em primeiro lugar quem é nosso cliente, principalmente no Brasil, onde os conceitos expostos mais acima não estão necessariamente contemplados e onde temos cidadãos e cidadãos, dos quais alguns sequer podem ser considerados consumidores - no sentido completo da palavra, que pressupõe garantia de direitos e deveres claramente estabelecidos e reconhecidos por ambas as partes - apesar de usuários do sistema de saúde ou do hospital que queremos que venham a avaliar.

Além disso, apesar de não nos aprofundarmos nessa discussão, não devemos esquecer que muitas vezes quem paga a conta não é quem recebe o serviço. Isto significa dizer que nem sempre aquele que está recebendo

atenção médico-hospitalar e cujas expectativas deveriam estar sendo atendidas, é efetivamente considerado cliente pelo prestador do serviço; ou seja, é possível que os esforços desse último no sentido de satisfazer o cliente estejam voltados para as necessidades do financiador, independentemente do que isso possa significar para o usuário do serviço.

Temos então dois aspectos a considerar: o do conhecimento que esse cliente tem ou deveria ter do produto ou serviço que está adquirindo e a do reconhecimento por parte de seus fornecedores, ou mesmo de seus financiadores, de que ele está apto a proceder à sua avaliação e que este é um de seus direitos. Em outras palavras, estamos discutindo se o conceito de satisfação da clientela não se torna apenas retórica vazia, onde os fornecedores e financiadores concordam com o conceito, desde que eles mesmos sejam os responsáveis por definir as necessidades do cliente e da melhor forma de satisfazê-las.

O reconhecimento, pelo prestador do serviço, de que o usuário tem carga suficiente de informação sobre o produto ou serviço que irá consumir e conseqüente capacidade de avaliação sobre o mesmo, pode permitir que sua atuação sirva como ferramenta para uma eventual tomada de decisão sobre o tema. Estas perspectivas estão bem exemplificadas em JURAN (1990, p.60):

*"Um arquiteto especializado em projetar parques infantis, sempre começa seus projetos com uma longa entrevista com um grupo de crianças da comunidade onde o parquinho será construído. Ele enfatiza às crianças que elas é que são as entendidas no assunto. Numa sessão altamente interativa, as*

*crianças dão muitas sugestões sobre os brinquedos que um parque ideal conteria.*

*Mais tarde, no mesmo dia, as crianças verão um esquema preliminar do projeto e poderão comentá-lo. O plano do projeto inclui a obtenção de doações de materiais da comunidade. No dia marcado os voluntários da comunidade, incluindo pais e crianças se reúnem para construir o parque infantil.*

*De maneira semelhante, os projetistas de brinquedos usam as crianças como fonte de informações sobre as necessidades dos clientes..."*

Continuando, podemos inferir que seja relativamente simples decidir que automóvel adquirir, por exemplo. Costumamos nos julgar muito bons para procedermos a esta análise. Analisamos os benefícios oferecidos por determinada marca e modelo, confrontamo-los com o preço de venda, fazemos com que estas informações passem por uma escala interna de valores, aspirações e expectativas e tomamos nossa decisão. Por mais que essa escala interna seja complexa, a decisão baseia-se em conhecimentos prévios de fácil compreensão e assimilação, ou pelo menos assim o consumidor julga que seja.

Baseada em grande parte nos avanços teóricos da psicologia, a mercadologia tem-se concentrado nos meios de identificar e classificar os setores do mercado de forma a influenciar na realização de novas compras e fomentar sua repetição. Trata de conseguir seus objetivos através da compreensão ou criação de conjuntos de expectativas que possam ser satisfeitas através do fornecimento de bens e serviços.

A esse respeito, DEMING (1990, p.125) cita Irwin Bross (Design for Decision): *"O objetivo dos estudos sobre a preferência do consumidor é ajustar o produto ao público e não, como é o caso da propaganda, ajustar o público ao produto"*

Ainda que existam muitas formas de monitorar a satisfação dos clientes, é claro que isso é crítico para a manutenção do serviço que o cliente deseja. O monitoramento permite que as companhias ofereçam a qualidade e as mercadorias que os clientes esperam, fornecendo serviços que signifiquem algo para estes.

DENTON (1990, p.24) cita:

*... "um bônus freqüente de um processo de monitoramento é que o mesmo parece aumentar a satisfação. Geralmente os clientes apreciam o fato de que alguém peça suas opiniões e pareça realmente interessado em suas respostas."*

Este fato coincide com alguns dos resultados colhidos durante o experimento de Hawthorne (Western Electric Company), no qual a taxa de produção crescia como resultado do interesse demonstrado pelos controladores do experimento pelas condições de iluminação existentes na fábrica. Conforme TSCHOHL E FRANZMEIER (1996) o renascimento do efeito Hawthorne é decorrência direta de prestar atenção às pessoas. Este efeito faz com que ouvir o cliente seja, por si, só uma fonte de satisfação para este.

"É como uma celebridade dizendo, 'não me importo o que você disser sobre mim. Apenas anote o meu nome corretamente' "( idem, p.306).

Voltando à aquisição de bens e produtos que signifiquem algo para o cliente, SUÑOL (1996) cita o trabalho no qual Parasuraman sita cinco itens considerados importantes por dezesseis grupos de clientes de automóveis, seguros, consertos, leasing e hotéis, a saber:

- ◆ Confiabilidade
- ◆ Bens tangíveis
- ◆ Responsabilidade
- ◆ Garantia
- ◆ Empatia

Sob esta perspectiva, da importância do conhecimento do cliente a respeito do produto ou serviço que irá adquirir para que possa ter um papel pró-ativo de avaliador e auxiliar na formatação dos serviços que consome, verificamos que HALL E DORNAN (1988), procedendo à meta-análise de 221 estudos investigativos sobre a satisfação de clientes com serviços de saúde, reuniram a partir das opiniões colhidas, aspectos empíricos sobre qualidade considerados importantes. Os itens abaixo foram codificados e referidos a partir dos resultados obtidos em cada estudo analisado, listados e explicados como segue:

*Satisfação geral:* refere-se a uma avaliação conjunta de todos os itens, ou sobre aspectos não identificados precisamente.

*Satisfação com acesso:* inclui conveniências, tempo, distância, disponibilidade percebida e facilidade de agendamento.

*Satisfação com as relações humanas:* inclui calor humano, respeito, gentileza, disponibilidade para ouvir, atitudes convenientes (comportamento não verbal) e habilidades no trato interpessoal.

*Satisfação com competência:* inclui desempenho técnico e competência definível em termos médicos.

*Satisfação com a quantidade de informação* oferecida pelo responsável, explicações sobre o tratamento, procedimentos, exames e diagnóstico.

*Satisfação com a burocracia:* refere-se à administração, organização e seus membros, incluindo também localização e área física.

*Satisfação com custos.*

*Satisfação com facilidades,* o que inclui aspectos funcionais e de beleza, estacionamento e também a adequação de equipamentos e laboratórios.

*Satisfação com atenção psicossocial* aos problemas dos pacientes, por parte dos responsáveis pelo tratamento.

*Satisfação com a continuidade da atenção ou tratamento.*

*Satisfação com o resultado do tratamento.*

De 418 itens levantados a partir de 107 estudos, foram obtidos em ordem decrescente de importância, os seguintes:

1. Satisfação geral,

2. Trato humano
3. Competência técnica
4. Resultados
5. Instalações
6. Acompanhamento
7. Acesso
8. Quantidade de informação
9. Custo
10. Organização/Burocracia
11. Atenção aos problemas psico-sociais

Podemos verificar que a *competência técnica na atenção* é o terceiro colocado. Uma possível explicação para esse fato é a excessiva medicalização da atenção à saúde, com grande ênfase nos seus aspectos técnicos, o que tenderia a explicar também porque os últimos cinco colocados na classificação não têm relação com aspectos físicos do tratamento.

Outra interpretação para a alta pontuação da competência técnica é que os pacientes ao mesmo tempo em que se julgam incapazes de avaliá-la corretamente, apavoram-se com a perspectiva de escolherem uma atenção médica que não seja da melhor qualidade.

Do ponto de vista de comparação entre os trabalhos de Parasuraman e Hall e Dornan, SUNÖL (1996) destaca a diferença entre o estado afetivo de quem sofre e de quem compra um automóvel, não julgando serem passíveis de comparação. Afirmar ainda que devemos levar em conta, ao tentarmos dar

conta das expectativas dos consumidores, que a atenção sanitária está mais voltada às necessidades que aos desejos e que estas necessidades raramente se encontram no âmbito das trivialidades, o que acontece com frequência em relação à maioria dos desejos e expectativas dos pacientes. Em suas palavras (idem, p.82) *"Hace tiempo que somos conscientes de la frágil relación entre competencia técnica profesional y satisfacción del paciente, debido a la dificultad del paciente a la hora de emitir juicios sobre ella."*

Cita ainda, que a capacidade técnica do profissional (definida como um diagnóstico e tratamento corretos) explica a satisfação do paciente em não mais que 12% dos casos (idem).

CALNAN (1988) relata que a tendência de pesquisar a satisfação dos pacientes no Reino Unido é justificada como uma forma de não se proceder à avaliação da qualidade da assistência médico-hospitalar apenas por critérios de efetividade médica e eficiência econômica, mas também por medidas de aceitabilidade social. Além disso, alguns defendem que a satisfação do paciente deve ser vista como um componente do processo de atenção à saúde.

A interpretação dessa avaliação, porém, ainda é de difícil entendimento. O nível de satisfação manteve-se sempre alto, com 36% de muito bom e extremamente bom, que chegaram aos 62% quando a clientela teve algum tipo de experiência ligada diretamente com o atendimento hospitalar. Porém, constatou-se também que 26% da clientela utilizou-se de formas de medicina alternativa, o que poderia ocasionar uma leitura de insatisfação. Ainda assim,

não se pode determinar ao certo se é um caso de insatisfação com a medicina, de um modo geral, ou apenas uma forma de buscar atendimento para condições específicas, sem ter portanto conotação de insatisfação (idem).

JUNQUEIRA E AUGÉ (1996), estudando a avaliação da satisfação dos usuários com a qualidade dos serviços de assistência médica recebidos no município de Guarulhos, na grande São Paulo, obtiveram resultados que não retratam a péssima imagem veiculada sobre o assunto. A maioria da clientela (48,1%) considera-se bem atendida, mesmo que 10,2% desse total declarar não teve seus problemas de saúde resolvidos.

Finalmente, CALNAN (1988) diz que há que se perceber a necessidade de desenvolver-se uma diferente metodologia e uma nova perspectiva para a avaliação leiga da atenção médico-hospitalar. Esta metodologia deverá substituir as explicações e explicitações de situações médicas, com sua racionalidade própria, assumindo uma direcionalidade que leve ao entendimento dos conhecimentos, lógica, crenças e contextos sociais próprios à realidade dos pacientes, tendo como princípio fundamental que a razão de ser do trabalho médico é a satisfação das necessidades e aspirações dos pacientes, assim como promover o seu bem estar.

#### 4. GARANTIA DE QUALIDADE EM SAÚDE

Garantia de qualidade é a função da empresa que confirma que todas as atividades da qualidade estão sendo conduzidas da forma requerida (CAMPOS, 1992).

A garantia da qualidade passou por vários estágios no decorrer dos anos. Tendo sido inicialmente orientada para a inspeção, migrou para o controle dos processos, o que permitiu que várias etapas de controle de qualidade fossem desenvolvidas simultaneamente (idem).

Controle pode ser definido como um conjunto de ações direcionadas para produzir os efeitos desejados sobre determinada situação, visando sua manutenção ou mudança. É uma das ferramentas que garantem a concretização do planejamento.

Avaliação é um processo realizado natural e continuamente pelos indivíduos, através de seus filtros pessoais de critérios, valores e preferências.

Podemos definir como eixo de mudança na saúde a mudança cultural em direção à responsabilidade social e conseqüente controle social.

Lee e Jones definiram oito "artigos de fé", onde a qualidade da atenção médica fica assim definida:

- ◆ Bases científicas para a prática da medicina
- ◆ Prevenção
- ◆ Cooperação entre consumidores e provedores de serviços
- ◆ Tratamento integral do indivíduo
- ◆ Relação estreita e contínua entre médico e paciente
- ◆ Serviços médicos integrados e coordenados
- ◆ Coordenação entre atenção médica e serviços sociais
- ◆ Acessibilidade da atenção médica para toda a população

Algumas ações no sentido de criar padrões foram desenvolvidas por Codman (1913) e Ward (1918). Em 1952, a Joint Comission instituiu a acreditação hospitalar, cujos padrões, se cumpridos habilitam os hospitais a terem acesso aos programas de atenção médica-hospitalar com financiamento do governo.

Como exemplos atuais de programas de garantia de qualidade, inclusive com participação social, podemos citar a reforma do sistema de saúde do Reino Unido, onde cada hospital passa a ter sua auditoria interna.

Nos Estados Unidos, os estados do Colorado e Pensylvânia divulgam seus dados de produção médico-hospitalar na mídia.

Os conceitos de garantia de qualidade em saúde baseiam-se nos estudos que analisam a relação entre estrutura, processo e resultado. Tem como fundamentação teórica a Teoria de Sistemas (Bertalanfy, 1968 e Chaves, 1970) e a Teoria sobre Economia de Escalas (Levit, 1992) aplicadas às organizações complexas como são os hospitais (PAGANINI, 1993).

O enfoque de Donabedian para analisar estrutura, processo e resultado visando avaliar a qualidade da atenção, guarda uma estreita relação com a Teoria de Sistemas (idem).

Estrutura, processo e resultado é um sistema baseado na construção de indicadores de avaliação para a garantia de qualidade.

Indicadores, por sua vez, são uma representação quantitativa ou não de ocorrências ou eventos de um sistema. É um instrumento gerencial de

mensuração. Para que possa ser considerado como tal, um indicador necessita cumprir determinados requisitos:

- ◆ Estabilidade
- ◆ Baixo custo
- ◆ Simplicidade
- ◆ Padronização
- ◆ Flexibilidade

Podemos definir **estrutura** como: características relativamente estáveis de quem cuida da atenção à saúde, os meios ou equipamentos e recursos, os aspectos físicos e o desenho organizacional. Inclui recursos humanos físicos e financeiros. Inclui também a capacidade e experiência dos profissionais.

É um indicador indireto de qualidade de atenção, posta a nossa incapacidade de relacionar perfeitamente estrutura e resultados.

A definição de **processo** importa em um conjunto de atividades que ocorrem entre profissionais de saúde e pacientes, tais como: exame médico, cumprimento de normas da boa prática, reconhecimento de problemas, diagnóstico, métodos diagnósticos, tratamento e assistência.

Como **resultado** podemos definir a alteração no estado de saúde atribuível à atenção recebida, incluída a satisfação do paciente. São descritores de resultado: longevidade, atividade, comodidade, satisfação, enfermidade, sucesso, fracasso e resistência.

No Brasil a OPAS e o PROAHSA- FGV vem desenvolvendo trabalho no sentido de desenvolver padrões de garantia de qualidade em saúde com objetivos que incluem:

Oferecer maneiras dos hospitais brasileiros melhorarem continuamente a qualidade de sua estrutura, processos e resultados e, conseqüentemente, dos serviços por eles prestados à população.

Estimular o desenvolvimento e a implantação de sistemas de melhoria contínua da qualidade na rede hospitalar.

Definir e atualizar periodicamente padrões mínimos de assistência médico-hospitalar.

Definir a metodologia de acreditação no Brasil

Implantar e coordenar o sistema de acreditação no Brasil

Avaliar e divulgar experiências e instrumentos de interesse para a melhoria da qualidade no setor hospitalar e

Organizar e manter um sistema de informações.

DONABEDIAN (1990) definiu 7 atributos ( os 7 pilares da qualidade) que definem a qualidade da atenção à saúde, sendo reconhecidos como metas a serem atingidas por serviços orientados para a qualidade de seus serviços. São eles: eficiência, eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

### III. METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido a partir da participação do Hospital Orêncio de Freitas no Programa BRA 93/011, é uma pesquisa descritiva, na qual busca-se fazer uma inferência da realidade a partir da descrição, registro, análise e interpretação dos fenômenos (MARCONI E LAKATOS, 1982)

#### 1. OBJETO:

A satisfação dos usuários internados no hospital Orêncio de Freitas em relação à assistência médico-hospitalar recebida, confrontada com os indicadores de qualidade levantados no hospital, é o objeto deste estudo,.

#### 2. O HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS

O hospital Orêncio de Freitas - Ministério da Saúde - S.U.S. - Fundação Municipal de Saúde de Niterói, antigo hospital dos marítimos, foi um hospital próprio do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) até 1990.

Hospital de referência em cirurgia abdominal não traumática, foi reconhecido como centro de excelência na especialidade, inclusive como

formador de recursos humanos na área da cirurgia gastroenterológica através de seu programa de residência médica.

Com 58 leitos gerais e 04 de tratamento intensivo, sofreu grandes reformas para ampliação na segunda metade da década de 80. Passaria a contar com 140 leitos , dos quais 12 destinados a tratamento em unidade intermediária. Além disso foram construídos um novo centro de diagnóstico por imagem, um novo laboratório de análises clínicas, uma unidade de hemoterapia e um centro de tratamento intensivo com capacidade para 6 leitos

De 1990 a 1991, com sua obra de ampliação já concluída, enfrentou dificuldades de toda ordem. Destinado à municipalização desde o primeiro momento da extinção do INAMPS, sofreu com as medidas protelatórias de grupo ou grupos que não queriam as mudanças.

O resultado prático dessa ação foi o da desestruturação do hospital, que durante algum tempo passou a ser *terra de ninguém*. O INAMPS em extinção não o reconhecia mais como sua responsabilidade e o contabilizava como unidade municipalizada. A Prefeitura do Município de Niterói através de sua Secretaria Municipal de Saúde alegava não ter recebido a documentação devida, não podendo portanto assumir as responsabilidades de sua gestão e manutenção. O hospital de referência tornou-se mais uma lembrança que uma realidade.

Em 1991, finalmente oficializada a cessão para a Fundação Municipal de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, o hospital Orêncio de Freitas passou a ser a unidade de referência do município para cirurgia geral,

gastroenterológica, colo-proctológica, urológica, ginecológica e mais recentemente como hospital de referência em cirurgia para o programa "médico de família" do município.

Entretanto, a ampliação de sua capacidade de atendimento em regime de internação não chegou a concretizar-se. Apesar da obra concluída e de contar com uma área construída total de aproximadamente 10.000 m<sup>2</sup>, o hospital conta atualmente com 48 leitos de internação geral, 12 de unidade intermediária e os mesmos 4 leitos de terapia intensiva, porém alocados em sua nova área física.

O laboratório de análises clínicas, o centro de diagnóstico por imagem e a unidade de hemoterapia foram postos em funcionamento e também foram designados como referência para a região norte do município (antigo Distrito Sanitário).

### 3. A CLIENTELA

Cliente designa normalmente aquela pessoa que compra algum produto ou serviço, alguém a quem habitualmente se vende algo, o freguês. Entretanto, para efeito deste trabalho a terminologia utilizada é decorrente do conceito de cliente utilizado por JURAN (1990).

Conforme já visto, o autor parte do princípio de que clientes são "... todas as pessoas que são afetadas por nossos processos ou nossos produtos"...(idem, p. 9). Dessa forma, o autor lança mão do termo *cliente externo* para designar aqueles que não pertencem à empresa mas são, de

alguma forma, afetados por seus produtos ou serviços, enquanto a expressão *cliente interno* refere-se àquelas pessoas ou organizações que fazem parte da companhia (*idem*).

### 3.1. A CLIENTELA EXTERNA

A clientela externa do Hospital Orêncio de Freitas é formada principalmente (mais de 90% do total de atendimentos) pela clientela do SUS dos municípios de Niterói e São Gonçalo, cuja população conjunta beira 1.800.000 habitantes. Além disso, atende também aos municípios vizinhos de Itaboraí, Tanguá, Maricá, Rio Bonito, Araruama, Silva Jardim, Cachoeiras de Macacú e outros de menor participação.

Com a crescente saída dos hospitais privados da rede de assistência aos pacientes do SUS, o hospital Orêncio de Freitas, mais que uma referência, tornou-se em muitos casos o único caminho para a assistência médico-hospitalar dessa clientela, que praticamente não tem outra opção de atendimento.<sup>1</sup>

Isto se reflete na grande demanda reprimida por atendimento e internações, principalmente na especialidade de urologia, cujo tempo de espera já chegou a alcançar dois anos.

A explicação para essa enorme fila é o fato do hospital ter sofrido uma mudança em seu perfil assistencial. Esta mudança ocorreu tanto por decisão

---

<sup>1</sup> A existência de um hospital universitário no município (Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense) não ameniza a situação, posto que esse também enfrenta grave crise e é responsável pelo atendimento emergencial de uma população superior a 2.500.000 de habitantes.

dos gestores do sistema de saúde de Niterói, quanto pelo descredenciamento progressivo da maioria dos hospitais privados que faziam parte da rede de assistência médico-hospitalar, obrigando os demais, principalmente públicos, a assumirem o atendimento à população cliente do SUS.

Entretanto, não foram previstas, planejadas ou executadas as ações necessárias em sua estrutura, nem mesmo a adequação de seus recursos humanos, para o atendimento nessas especialidades e nessas novas quantidades.

Como ilustração, podemos lembrar que o hospital contava com dois urologistas para o necessário apoio à cirurgia geral e gastroenterológica.<sup>1</sup> Eventualmente, na medida de sua disponibilidade, esses profissionais também atendiam pacientes referenciados, mantendo uma atividade de clínica urológica complementar às suas atividades de apoio.

Na atualidade, porém, esses mesmos dois profissionais são responsáveis, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, por todo o atendimento em cirurgia urológica do município e de uma parcela dos municípios vizinhos, com uma fila de espera que freqüentemente chega à casa dos 400 pacientes, entre eles alguns com neoplasias malignas e muitos com cateterismo vesical.

### 3.2. A CLIENTELA INTERNA

A clientela interna do Hospital Orêncio de Freitas reflete as várias fases

---

<sup>1</sup> No caso da correção cirúrgica de hérnia inguinal, inguino-escrotal ou crural em pacientes do sexo masculino com mais de 40 anos é mandatório o exame urológico para a verificação de uma possível hipertrofia prostática, o que demanda seu tratamento prévio à cirurgia.

de sua história. Composta inicialmente por funcionários do INAMPS, seus trabalhadores consideravam-se "a nata" do funcionalismo público. Havia ainda um pequeno grupo de médicos anestesiistas autônomos, que prestava serviços ao hospital com um sistema de remuneração bastante assemelhado aquele criticado por Deming com relação ao pagamento por peça produzida (WALTON, 1989). Os recursos orçamentários e financeiros eram abundantes e todos viviam felizes e despreocupados.

Com a municipalização do hospital, a primeira consequência com relação às pessoas que ali trabalhavam foi a sua vinculação e subordinação aos novos controladores. Em decorrência dos conceitos desairosos e recíprocos entre os grupos "*do Inamps*" e "*da Secretaria*", configurou-se um conflito de proporções bastante grandes, que assumiu duas características. Uma, relacionada ao auto-conceito de elite existente entre os servidores federais e não compartilhado pelos novos colegas e outra, de cunho ideológico, decorrente da posição dos controladores sobre o papel coadjuvante que o hospital deveria desempenhar no sistema de saúde, sem nenhum eco no grupo original.

O choque entre duas culturas tão distintas, gerando essa disputa, às vezes surda outras nem tanto, foi uma das causas da desestruturação que ainda atinge o hospital.

Com o passar do tempo houve uma certa diminuição dos problemas, até mesmo pelo efeito de diluição ocasionado pela contratação de novos funcionários, mas muito mais pela retomada oficiosa do comando e da

capacidade de traçar as diretrizes e ditar as normas conseguida pelos antigos controladores.

Existem também alguns servidores estaduais e professores da Universidade Federal Fluminense cedidos ao hospital, o que em última análise só serve para complicar um pouco mais as coisas, já que cada esfera tem a sua própria tabela de vencimentos e os benefícios não são os mesmos.

Seguem alguns quadros relativos à força de trabalho do hospital:

#### **DISTRIBUIÇÃO DE SERVIDORES DO HOF POR PROCEDÊNCIA**

ORIGEM DO SERVIDOR	Ministério da Saúde	F.Municipal de Saúde de Niterói	Secretaria de Estado da Saúde	Univ. Federal Fluminense
PARTICIPAÇÃO NO QUADRO	58,88%	38,64%	2,07%	0,4%

FONTE: divisão de administração do hospital Orêncio de Freitas

#### **DISTRIBUIÇÃO POR ESCOLARIDADE E CARGA HORÁRIA**

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	HORAS SEMANAIS
NÍVEL SUPERIOR	145	3.662
NÍVEL MÉDIO	251	7.344
NÍVEL OPERACIONAL	67	2.030
TOTAL	463	13.036

FONTE: divisão de administração do hospital Orêncio de Freitas

**DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

CATEGORIA FUNCIONAL	QUANTIDADE	% DE PARTICIPAÇÃO
MÉDICO	96	66,21
ENFERMEIRO	22	15,17
ASSIST. SOCIAL	06	4,14
FARMACÊUTICO	09	6,21
PSICÓLOGO	01	0,69
NUTRICIONISTA	09	6,21
CONTADOR	01	0,69
ADMINISTRADOR	01	0,69
TOTAL	145	100

FONTE: divisão de administração do Hospital Orêncio de Freitas

**DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

CATEGORIA FUNCIONAL	QUANTIDADE	% DE PARTICIPAÇÃO
ENFERMEIRO	22	11,96
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	10	5,43
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	152	82,61
TOTAL	184	100

FONTE: divisão de administração do Hospital Orêncio de Freitas

#### 4. INSTRUMENTOS

Foram utilizados três instrumentos para o levantamento de dados. O primeiro é oriundo do modelo para monitoramento de indicadores de qualidade do Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina de São Paulo. Este modelo foi utilizado para o convênio "PROJETO BRA 93/011" entre a APM - Associação Paulista de Medicina e o IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, no qual a APM passava a prestar serviços de consultoria ao IPEA na monitorização de indicadores de qualidade e produtividade na área hospitalar.

Este projeto teve por objetivo geral implantar um modelo de monitoramento de indicadores de qualidade e produtividade num grupo definido de hospitais.

Secundariamente, objetivava desenvolver indicadores de qualidade na área hospitalar, a partir da avaliação pelo usuário e pelo trabalhador do hospital.

Para esta finalidade foram utilizados outros dois instrumentos, um desenvolvido pela própria APM para aferição do nível de satisfação do usuário com os serviços recebidos, e outro, desenvolvido internamente pela direção do hospital Orêncio de Freitas para ouvir seus trabalhadores<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Este questionário não foi alvo de processo de validação, posto que inicialmente visava basicamente abrir um canal de comunicação com seus funcionários.

O período de levantamento dos dados ocorreu entre janeiro e dezembro de 1994, para o instrumento mensal de indicadores de qualidade e para o instrumento de avaliação de satisfação do usuário. O instrumento de avaliação da satisfação do trabalhador<sup>1</sup> foi aplicado apenas uma vez, ao fim do trabalho de campo, sendo distribuído para os aproximadamente 460 funcionários do hospital, que o foram devolvendo ao longo dos três meses seguintes.

#### 4.1. RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES.

Os indicadores de qualidade e produtividade foram distribuídos num *relatório mensal de indicadores*, composto de 23 itens, dos quais 16 relacionados com a produção mensal e 7 com os recursos humanos do hospital.

Dos 23 itens que compõem este instrumento, 4 tem relação com serviços de maternidade e neonatologia, que por não ser o caso do hospital Orêncio de Freitas deixamos de listar entre os demais, como segue:

- ◆ N° de leitos funcionantes no mês (inclusive UTI)
- ◆ N° de leitos - dia (soma do total de leitos disponíveis para internação a cada dia)
- ◆ N° de internações (qualquer permanência superior a 24:00h)
- ◆ N° de pacientes - dia (soma do número dos pacientes registrados diariamente no censo hospitalar)
- ◆ N° de saídas (descriminadas entre: altas, óbitos e transferências)
- ◆ N° de cirurgias (exceto as cirurgias ambulatoriais)

---

<sup>1</sup> Na verdade, o objetivo deste questionário tinha alguns objetivos a mais, conforme será na continuação do trabalho, item 4.3. do cap.III

- ◆ N° de óbitos operatórios (total de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico ou até o 7º dia de pós operatório)
- ◆ N° de cirurgias suspensas por fatores extra-paciente
- ◆ N° de casos de infecção hospitalar
- ◆ N° de necropsia, em óbitos ocorridos no hospital
- ◆ N° de exames de imagem em internados
- ◆ N° de exames laboratoriais em internados

Na parte relativa a recursos humanos temos:

- ◆ N° de admissões
- ◆ N° de desligamentos (por iniciativa própria ou da empresa, afastamentos prolongados e sem vencimentos)
- ◆ N° de funcionários contratados e em atividade no mês ( no 1º e 30º dias)
- ◆ N° de horas/homem trabalhadas (carga horária contratual x n° de funcionários)
- ◆ N° de horas/homem ausentes no mês (n° de ausências x a carga horária que deveria ter sido cumprida em cada jornada)
- ◆ N° de horas/médico dedicadas à assistência do paciente internado
- ◆ N° de horas/enfermeiro universitário contratadas (exceto as dedicadas ao atendimento ambulatorial e para SADT - serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica.

Este instrumento teve seus dados levantados mensalmente a partir de informações dos setores de documentação médica, enfermagem e pessoal.

Uma vez feitas as compilações e o fechamento, o documento era remetido para a Associação Paulista de Medicina, onde seus dados eram submetidos a tratamento estatístico, de modo a serem incluídos na população estudada. Dessa forma passava a ocupar uma localização relativamente aos demais hospitais do grupo. Era então devolvido em forma de gráficos estatísticos bastante simples, no qual estava marcada sua posição relativa na população, identificado por um nº de conhecimento individualizado para cada hospital.

#### 4.2. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO

O segundo instrumento diz respeito à satisfação dos usuários do hospital Orêncio de Freitas. Trata-se de um questionário, que após a devida identificação do hospital (o instrumento é para uso comum a todos os hospitais) e da data de preenchimento é dividido em duas partes, ambas compostas por perguntas fechadas, sendo que a primeira é para ser respondida dentro de uma escala de satisfação (ruim - regular - tenho dúvidas - bom e ótimo)<sup>1</sup> e diz respeito a aspectos mais gerais do atendimento, a saber:

- ◆ Atendimento em recepção
- ◆ Atendimento em Geral
- ◆ Enfermagem
- ◆ Médicos
- ◆ Alimentação

---

<sup>1</sup> Tecnicamente denominada "Escala de Rateio" é normalmente utilizada para atribuir e aferir valores para produtos e serviços. Costumam apresentar 5 níveis de graduação que variam de excelente a ruim (KOTLER, 1993).

- ♦ Limpeza
- ♦ Acomodações

A segunda parte é composta por perguntas para serem respondidas SIM ou NÃO<sup>1</sup>, porém admite (e pede) comentários. As perguntas são:

- ♦ Você foi informado(a) de todos os aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento do seu caso?
- ♦ As etapas previstas para o diagnóstico e tratamento foram seguidas?
- ♦ Você está satisfeito(a) com o resultado do tratamento ?
- ♦ Você recomendaria este hospital para seus parentes e amigos?
- ♦ Você voltaria a se internar neste hospital, se necessário?

Ao final deste instrumento existe uma parte em aberto para comentários e sugestões. Há ainda espaço para a identificação do paciente que não é obrigatória, porém incentivada.

Este instrumento foi distribuído aos pacientes durante a entrevista de internação feita no Serviço Social do hospital, ou durante a internação, pela Chefia de Enfermagem. Em ambos os casos os pacientes eram informados da intenção da pesquisa, ou seja conhecer sua opinião e seu nível de satisfação com o atendimento médico-hospitalar recebido durante o período em que permaneceram internados.

A orientação era para que ninguém do quadro de servidores ajudasse os pacientes durante as respostas, sendo que os analfabetos deveriam valer-se de algum parente ou amigo para ajudá-los. Tentou-se com isso impedir a

---

<sup>1</sup> Tecnicamente, perguntas fechadas de espécie ambígua (KOTLER, 1993).

obtenção de uma amostra viciada pela participação de pessoas com conceitos já formados a respeito dos assuntos pesquisados.

Após responder o questionário, o paciente ou seu preposto deveria depositá-lo numa urna localizada na entrada das enfermarias. Explicava-se que a sua identificação não era indispensável, porém deveria ser avaliada quanto à sua propriedade, já que o exercício da cidadania também estava em pauta. Buscava-se mostrar que seria impossível a ocorrência de represálias ou qualquer outro tipo de ação indesejada, posto que estes dados eram levantados, compilados e analisados diretamente na diretoria do hospital.

Estes dados também eram submetidos à uma descrição estatística, bastante simples, que objetivava apenas, no dizer de LEVIN (1987 p.12) ... "redução de dados quantitativos a termos descritivos mais convenientes e em menor número."

Ainda com relação à estatística descritiva, forma utilizada para tratamento dos dados obtidos durante o trabalho, podemos citar STEVENSON (1981, p.2) .em sua afirmação de que a mesma ... "compreende organização, resumo e, em geral a simplificação de informações...".

Dessa forma, não se busca fazer aqui qualquer tipo de inferência estatística a partir dos dados coletados, que julgamos de difícil agrupamento.

#### 4.3. ENQUETE À CLIENTELA INTERNA

O terceiro instrumento é dirigido ao trabalhador do Hospital Orêncio de Freitas. Havendo sido previsto inicialmente pelo projeto IPEA-APM (apesar de

não ter sido desenvolvido pelos seus responsáveis), também foi reconhecida a sua necessidade pelas muitas cartinhas e bilhetinhos que "surgiam", às vezes identificados outras vezes não, durante a fase de aplicação dos questionários aos usuários.

Foi precedido de uma carta de explicação e de pedido de colaboração para a construção de um diagnóstico que pudesse servir de base para a implantação de modificações que pudessem atender aos interesses da maioria dos trabalhadores ao mesmo tempo em que servisse de apoio para decisões no campo assistencial e complemento dos outros dois instrumentos.

Composto por perguntas abertas, buscava ao mesmo tempo criar um canal de comunicação entre a direção e os diversos setores do hospital, conhecer seus pontos críticos a partir da visão dos trabalhadores e identificar o clima organizacional do momento. As perguntas que o compõem estão listadas a seguir:

- ♦ O hospital atende ao seu interesse de trabalho? Por que?
- ♦ O que lhe desperta atenção e interesse no HOF?
- ♦ Quais as deficiências que você identifica no HOF?
- ♦ O que você julga prioritário na administração do HOF?
- ♦ Quais as suas sugestões para melhorar o HOF?
- ♦ Em que setor você trabalha?
- ♦ Gostaria de mudar de setor? Para qual?
- ♦ Alguma vez você foi chamado(a) a opinar sobre o processo de funcionamento do HOF? A sua sugestão foi posta em prática? Qual o resultado obtido?

- ◆ Quanto às dificuldades financeiras do sistema, você tem alguma idéia que pudesse contribuir para o aumento na arrecadação? Como você poderia contribuir?
- ◆ Você já ouviu falar em círculos de controle de qualidade? Se afirmativo, qual a sua opinião a respeito?
- ◆ Em que setor do HOF você acha que seu trabalho seria mais proveitoso? Por que?
- ◆ Se você pudesse, deixaria seu trabalho no HOF? Se positivo, você gostaria de:

a) Trabalhar em outro hospital [ ] Qual? .....

b) Mudar de profissão [ ] Para qual? .....

\*\*\*\*\* SE VOCÊ QUISE, IDENTIFIQUE-SE \*\*\*\*\*

#### **IV. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os dados obtidos com os três instrumentos durante o período da pesquisa, estão apresentados a seguir, em forma de quadros nos quais os dados já estão compilados de forma a facilitar a sua visualização.

##### **1. APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS MENSAIS DE INDICADORES**

Os dados obtidos com os relatórios mensais de indicadores são apresentados nos quadros a seguir:

**QUADRO GERAL DE DADOS DE PRODUÇÃO DO H.O.F. ANO 1994**

HOF/1994	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
LEITOS	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
LEITO/DIA	1984	1792	1984	1920	1860	1920	1860	1984	1920	1984	1824	1824
INTERN.	157	129	149	150	129	161	161	161	189	169	187	154
PAC/DIA	1526	1170	1876	1450	1396	1743	1671	1742	1706	1724	1529	1433
SAÍDAS	128	128	175	138	123	150	170	155	196	174	175	193
ÓBITOS	06	03	09	05	07	07	07	06	09	05	09	04
CIRURG.	128	108	170	122	108	120	118	161	155	157	158	158
IMAGENS/ PAC/DIA	0,43	0,30	0,27	0,22	0,26	0,16	0,32	0,23	0,32	0,25	0,27	0,32
LABORAT PAC/DIA	4,4	7,1	3,4	5,2	7,1	6,7	7,9	5,2	6,6	5,4	4,2	4,2

FONTE: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DO HOF

**H.O.F. DADOS MÉDIOS DE PRODUÇÃO MENSAL DURANTE O ANO DE 1994**

LEITOS	LEITO/DIA	INTERN.	PAC/DIA	TMP (DIAS)	CIRURGIA	CIR.SUSP	IMAGEM	PAT.CLIN
64	1904	158	1578	8,4	138	25	0,28	5,64

OBS1: CIRURGIAS SUSPENSAS POR FATORES NÃO RELACIONADOS AO PACIENTE.

OBS2: O TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA EM PRÉ-OPERATÓRIO É IGUAL, NA MÉDIA AO TEMPO DE PÓS-OPERATÓRIO.

**RELAÇÕES ENTRE PESSOAL E PRODUÇÃO**

RELAÇÃO FUNCIONÁRIO - LEITO: 7,23
RELAÇÃO CIRURGIAS POR CIRURGIÃO / MÊS: 3,28
RELAÇÃO CIRURGIAS POR ANESTESISTA / MÊS: 6,27
TAXA DE ABSENTEÍSMO: 11,76%

OBS: A TAXA DE ABSENTEÍSMO FOI OBTIDA POR EXTRAPOLAÇÃO, A PARTIR DOS DADOS DO SETOR DE ENFERMAGEM. FORAM UTILIZADOS OS PARÂMETROS HORAS CONTRATADAS - HORAS TRABALHADAS PARA A OBTENÇÃO DA TAXA.

Além dos dados acima, cabe explicar que o Hospital Orêncio de Freitas apresenta uma situação bastante peculiar em relação ao cumprimento de algumas exigências, quer sejam de cunho legal, quer sejam de reconhecida necessidade para manutenção de padrões mínimos de qualidade em gestão, ou mesmo indispensáveis para a boa prática médica da atualidade. A realidade é a seguinte:

- a) Não tem comissão de controle de infecção hospitalar
- b) Não tem comissão de ética
- c) Não tem comissão de verificação de óbito
- d) Não tem protocolos clínicos
- e) Não tem comissão de revisão de prontuários
- f) Não tem padronização de materiais e medicamentos

Obs.: Por esses motivos, o indicador taxa de infecção deixou de ser apresentado.

## 2. RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS DE AVALIAÇÃO PELO USUÁRIO:

Houve uma taxa de retorno dos questionários distribuídos que situou-se na casa dos 15%. O índice de abstenção situou-se entre 1% e 3%, dependendo do item analisado.

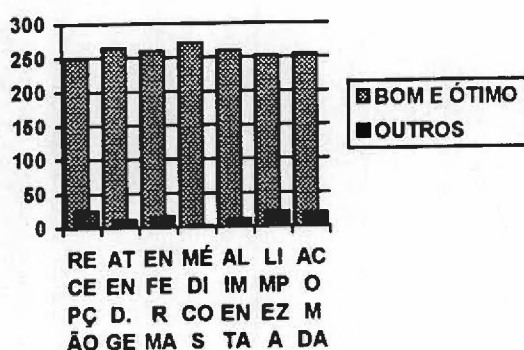
A compilação dos instrumentos de avaliação pelo usuário, que foram devolvidos por 278 dos 1896 pacientes internados entre janeiro e dezembro de 1994 revela os seguintes dados:

### DADOS REFERENTES À PRIMEIRA PARTE DA AVALIAÇÃO

HOF 1994	ruim	regular	dúvidas	bom	ótimo
recepção	01	23	01	116	134
atend. geral	00	09	02	121	144
enfermagem	01	12	03	105	155
médicos	00	01	01	58	213
alimentação	01	09	02	89	171
limpeza	03	15	04	105	147
acomodações	00	17	03	108	146

FONTE: RESPOSTAS ESPONTÂNEAS DOS PACIENTES INTERNADOS

obs: a classificação bom e ótimo alcançou a taxa média de 93,11%



A segunda parte do instrumento obteve uma média de respostas SIM de 94,03 % , sendo que o item de maior expressão foi o que pergunta: "você recomendaria este hospital para seus parentes e amigos?", que obteve uma resposta positiva de 97,48% .

A média de respostas negativas foi de 2,18%, com seu limite superior situado na casa dos 7,19%, resultante da pergunta: "Você foi informado(a) de todos os aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento do seu caso?"

Houve ainda 133 comentários espontâneos, que pudemos separar como sendo 67 positivos e 66 negativos, além de 49 sugestões. Estes comentários e sugestões foram motivo de atenção do serviço social do hospital, com vistas a resolver os problemas detectados.

São listados a seguir, os problemas relatados com maior frequência e confirmados pelas assistentes sociais:

- ♦ Aparelhagem para exames quebrada
- ♦ camisolas e toalhas rasgadas e em número insuficiente
- ♦ sistema de informações sobre os pacientes é ruim

- ◆ calor e falta de conforto nas enfermarias
- ◆ a enfermagem noturna dorme toda ao mesmo tempo
- ◆ o hábito de fumar nas enfermarias incomoda os pacientes
- ◆ comida muito salgada
- ◆ telefonista não atende
- ◆ espera excessiva no centro cirúrgico
- ◆ espera excessiva para internar e ter alta, esperando cirurgia
- ◆ enfermagem atende de mau humor
- ◆ falta de treinamento da enfermagem
- ◆ pessoal de enfermagem fica vendendo coisas durante o trabalho
- ◆ falta de remédios
- ◆ colchões rasgados
- ◆ hospital barulhento
- ◆ faltam leitos para internação
- ◆ a roupa suja não é recolhida com regularidade
- ◆ a limpeza não é boa
- ◆ faltam médicos para o atendimento na sala de urgência

### 3. DADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ENQUETE À CLIENTELA INTERNA

O instrumento utilizado para ouvir os servidores do Hospital Orêncio de Freitas teve uma taxa de retorno de 15%, como acontecera com aquele destinado aos pacientes.

Algumas perguntas, ao terem suas respostas avaliadas, mostraram-se redundantes, pelo que não terão tratamento destacado.

Como o questionário é composto predominantemente por perguntas de caráter aberto, algumas questões contiveram respostas divididas em vários itens, que necessitaram de alguma forma de agrupamento e sistematização para que se pudesse utilizar toda a carga de informação nelas contida.

#### Questão nº 1

O hospital atende ao seu interesse de trabalho? Por que?

RESPOSTA	PERCENTUAL
SIM	45,90
NÃO	54,10

O Grupo que respondeu afirmativamente era composto por médicos e pessoal de nível operacional, e os motivos da resposta foram: *um bom campo de prática, bons colegas e gosto daqui*."

O grupo que respondeu negativamente era composto por profissionais de nível superior não médicos e pessoal de nível médio. Suas justificativas foram: "*a direção do hospital, desmotivação e falta de pessoal*".

### Questão nº 3

Quais as deficiências que você identifica no HOF?

Foram selecionados 5 itens que agruparam 84% das respostas.

REC. HUMANOS	ORGANIZAÇÃO	MANUTENÇÃO	REC.MATERIAIS	PLANTA FÍSICA
34,09%	18,94%	15,15%	9,09%	6,82%

O item recursos humanos apresentou a seguinte subdivisão:

PERTINÊNCIA	QUALIDADE	FALTA	MOTIVAÇÃO	EXCESSO
33,33%	26,67%	22,22%	15,56%	2,22%

O item organização pôde ser agrupado em 2 sub-itens, a saber: Alta direção, com 84% da do total, e gerências técnicas com 16%.

### Questão nº 4

O que você julga prioritário na administração do HOF?

DIREÇÃO	R.H. QUALIFICADOS	INSTRUM. E EQUIP.	VALORIZAR O PAC.	MANUT.E OBRAS
29,58%	23,94%	8,45%	7,04%	5,63%

### Questão nº 5

Quais as suas sugestões para melhorar o HOF?

INVESTIMENTO EM R.H.	MECANISMOS DE DIREÇÃO	OBRAS E REFORMAS	EQUIPAMENTOS	AUMENTAR A PRODUÇÃO	DOSE UNITÁRIA
36,36%	16,67%	9,09%	6,06%	6,06%	4,55%

A questão nº 7 revela que 21,31% dos servidores querem mudar de setor de trabalho.

A questão nº 8 mostra que 71,67% dos servidores jamais foi chamado a opinar e, dos que foram, 70% declaram que sua idéia não foi implantada.

### Questão nº 9

Quanto às dificuldades financeiras do sistema, você tem alguma idéia que pudesse contribuir para o aumento na arrecadação? Como você poderia contribuir?

GESTÃO ESTRUTURA	EFICIÊNCIA	PRODUTIVIDADE	AÇÃO POLÍTICA	NÃO SABE
23,91%	20,65%	19,57%	9,78%	16,30%

A questão nº 12 mostra que 18,03% dos servidores gostariam de mudar de hospital e 19,67% gostariam de mudar de profissão.

## V. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Segundo CALNAN (1988), em referência à psicologia social, a satisfação é o resultado da expectativa do cliente com relação a alguma coisa, menos a percepção que este venha a ter sobre essa alguma coisa, quando efetivamente vier a recebê-la.

Então, na avaliação leiga de serviços de saúde haverá uma correlação de forças entre fatores que incluem: imagens leigas sobre saúde, nível de experiência acumulada com o uso do sistema, valores sócio-políticos do sistema de assistência médico-hospitalar e a busca por atendimento específico.(idem)

Por isso o autor conclui que se deva utilizar uma metodologia diferente ou desenvolver-se uma nova perspectiva para a avaliação leiga da atenção médica.

Como vimos, grande parte da garantia de satisfação das necessidades do cliente que adquire produtos e serviços em geral, encontra-se justamente no conhecimento que este detém sobre o que está adquirindo, e aí é que

começam a surgir as diferenças entre as empresas em geral e as nossas Instituições de Saúde.

Para romper a barreira do desconhecimento desse produto/serviço, inerente à imensa maioria dos usuários de sistemas de saúde em geral e de assistência médica em particular e para que o mesmo movimento em direção à Gestão da Qualidade Total, fenômeno ocorrido em outras áreas da atividade humana possa repetir-se também nessa, o conhecimento passível de aquisição pela clientela externa é o fator de estímulo ao desenvolvimento de um PGQT, desde que, nesta área específica da atividade humana as dimensões técnicas e éticas do trabalho desempenhado não se sobreponham ou se julguem fatores suficientes, e que o controle interno e a garantia de qualidade atendam às necessidades do paciente através da estabilização dos processos e não como seus substitutos no processo decisório.

A satisfação das necessidades da clientela externa de serviços de assistência médica engloba alguns itens bastante subjetivos, como a relação médico-paciente e o atendimento das expectativas pessoais com respeito ao tratamento em curso.

Talvez por este motivo, os aspectos de hotelaria - mais objetivos - estejam sendo alvo de maior atenção por parte dos prestadores de serviços, assim como o grande investimento na aquisição e uso ostensivos de equipamentos de última geração. Este aspecto de abordagem encerra em si uma lógica, que é a da pretensa facilidade com que o paciente consegue reconhecer se a hotelaria de "A" é melhor que a de "B", ou se "A" tem maior

quantidade de equipamento que "B" e se este é mais moderno, sendo natural esperar-se que a correlação entre a qualidade da hotelaria, equipamentos e assistência médica prestada venha a ser a conclusão desta clientela. Deste ponto de vista é fácil entender porque alguns hospitais públicos, que muitas vezes oferecem atendimento diferenciado, com recursos humanos e tecnológicos de qualidade superior, possam vir a ser preteridos pela população leiga. Porém, o conhecimento da qualidade intrínseca do serviço oferecido faz com que a clientela externa, quando composta por médicos e outros profissionais de saúde venha a procurar estes mesmos hospitais públicos, que deixam muito a desejar no aspecto hotelaria, desde que a necessidade técnica suplante a necessidade por conforto.

Considerando o desconhecimento do cliente externo do sistema de saúde sobre o produto ou serviço que lhe é oferecido, seria lógico concluir-se pela propriedade da oferta de informação para que sua atuação pudesse dar-se de forma mais consciente e motivadora para a adoção de programas de qualidade por parte das instituições de prestação de assistência médico-hospitalar.

Muito se tem discutido sobre esse tema, com opiniões divididas a respeito. Posto que, de um modo geral e dada a especificidade do assunto o nível de informação dos pacientes sobre atenção à saúde é muito baixo, temos de um lado profissionais que julgam prioritário disseminar conhecimentos com programas de educação em saúde, ao mesmo tempo em que defendem completa transparência no processo de evolução da doença e seu tratamento, mantendo o paciente informado e participativo, tirando-o do papel passivo e

dando-lhe condições para que exerça seu papel, como já dito, de forma pró-ativa.

Por outro lado há os que preferem adotar a ausência de informações ao paciente, ou mesmo alguma forma de seletividade das mesmas como forma de protegê-lo, assumindo desta forma total e absoluta tutela sobre sua condição, ficando definida desde então a sua incompetência para a participação no processo, restando-lhe apenas cumprir as ordens de quem "sabe o que é melhor para ele", o seu médico.

A impressão que fica é que esta discussão tende a eternizar-se, com a polarização das discussões e a formação de grupos de defesa de cada *modus faciendi*, com variações das mais complexas, inclusive sobre conceitos de cidadania, que levarão muito tempo para a sua maturação e o surgimento de qualquer vislumbre de solução consensual.

É muito simples constatarmos a dimensão desta dificuldade, que temos por obrigação superar, bastando que nos reportemos à implantação do projeto IPEA - APM, objeto desse estudo, assim como de seu questionário de avaliação de satisfação do usuário. As dificuldades que se configuraram vão desde a aceitação - pelo grupo profissional - do que seria da "competência" do usuário avaliar, até o limite imposto pela sua ignorância sobre os processos, já descrita acima, passando pela natural resistência do médico em ter o produto do seu trabalho avaliado.

Com relação à falta de conhecimento específico sobre os temas de saúde, CALNAN (1988) nos mostra situações de doenças crônicas,

principalmente em crianças, que fazem com que o acompanhamento prolongado dos responsáveis venha a refletir-se no conhecimento que se vai acumulando sobre aquele processo de saúde-doença em particular. Nessas situações, refere o autor, a falta de informações começa a ser sentida e o incremento no conhecimento pode ser origem de insatisfação.

No Reino Unido a qualidade da informação ao paciente é uma meta de governo e promover o envolvimento do consumidor nas decisões sobre saúde individual tem tido lugar de destaque na agenda dos planejadores. Também a importância ética de respeitar a autonomia dos pacientes tem sido salientada nos últimos anos. Essa autonomia é compreendida como a capacidade geral do paciente para a autodeterminação, estando no controle da própria vida. Para isso o fornecimento de informações sobre as opções de tratamento é considerada um pré-requisito para a tomada de decisão autônoma (ENTWISTLE, SHELDON, SOWDEN E WATT, 1996).

Os fatores descritos com relação ao nosso mercado, de falta de informação, falta de processos educacionais que permitam a compreensão dos processos de saúde-doença, de resistência por parte dos gestores e dos profissionais médicos que lidam diretamente com os pacientes, podem ser responsáveis por distorções graves, fazendo com que muitas vezes os esforços porventura empenhados sejam absolutamente inócuos, ou o que é pior, dêem indicações erradas aos controladores sobre a propriedade dos rumos tomados ou a tomar.

No caso específico do Hospital Orêncio de Freitas, podemos verificar sem muito esforço que a qualidade não é uma prioridade de gestão, nem mesmo uma prioridade técnica, se observado o hospital como um todo.

A cultura organizacional diversa entre os servidores do INAMPS e da Secretaria de Saúde de Niterói criando os conflitos já descritos, favorece o surgimento da primeira grande dificuldade para a implantação de um programa de qualidade; essa diversidade das culturas tem-se mostrado uma barreira de difícil transposição que requer ações específicas no sentido de encontrar-se soluções eficazes.

Como pudemos constatar, um grande problema que o Hospital Orêncio de Freitas enfrenta são seus recursos humanos. Temos um hospital com mais de 7 funcionários por leito, porém a participação do enfermeiro na composição do quadro de assistência de enfermagem não chega à 12%. Enquanto a quantidade de médicos lotados no hospital aumenta dia a dia, as especialidades com carência já demonstrada não recebem necessariamente qualquer reforço.

Os instrumentos de pesquisa e coleta de dados tiveram seus pecados, como qualquer instrumento, porém possibilitaram uma visualização bastante clara a partir dos três ângulos que se pretendiam utilizar para atingir o objetivo do trabalho.

Do ponto de vista da garantia de qualidade, não há qualquer ação nesse sentido, sequer o programa IPEA-APM conseguiu sucesso, conforme se pode verificar na lista das deficiências referidas quando da descrição dos

resultados do relatório mensal de indicadores. Durante mais de um ano foi cobrada a instalação de uma comissão de infecção hospitalar, porém ninguém se dispôs ao trabalho extra.

A taxa de óbitos, em torno dos 4%, é praticamente o dobro do que se deveria esperar de um hospital que tem predomínio absoluto de cirurgias eletivas e não tem pronto-socorro.

Os tempos de permanência também demonstram a inexistência de mecanismos de garantia de qualidade, já que, como foi visto, o tempo médio de permanência em pré-operatório pode igualar ou ultrapassar o tempo de internação em pós-operatório.

Finalmente, a falta de protocolos clínicos, para um hospital de corpo clínico fechado, é a demonstração definitiva da situação do hospital.

Com estes fatores descritos e documentados, vamos analisar o 2º instrumento, que se propõe ser um questionário de avaliação da qualidade pelo usuário.

FEIGENBAUN (1994) diz que qualidade é o que o cliente diz que é. Se estivermos dispostos a aceitar esta afirmação, significa dizer que: ou o Hospital Orêncio de Freitas é um *hospital de ponta*, considerado o alto nível de aceitação entre seus clientes, ou poderemos ouvir conceitos piores, dependendo de quem interpreta. Entretanto, além do exposto acima sobre a necessidade de informação, que o paciente do HOF hoje certamente não tem, deveremos também analisar a pesquisa sob alguns outros aspectos.

Segundo FLEGNER (1995), toda aplicação de questionário ou entrevista, deve ser criticada quanto à eficiência das respostas. Aqui já não se trata de discutir se o respondente tem capacidade ou competência para exercer esta função, mas sim de saber se é sincero, preciso, honesto, motivado e colaborador.

Também são questões relevantes a auto proteção, quanto a dados sociais, econômicos e religiosos, que, em princípio, não parece ser o caso. Mas, continuando, o autor caracteriza aquele que tem por intenção produzir impressão favorável diz então:..."Sujeitos cuja metodologia e opinião diferem do padrão, podem não devolver o questionário, o que resulta na polarização, pois só retornam o questionário se for favorável às próprias concepções" (idem,p.81).

Além disso há os agradecidos, que uma vez conseguida sua internação esquecem todo e qualquer dissabor, até mesmo porque é possível que venham a precisar do hospital novamente e não querem correr o risco de criar alguma inimizade.

Utilizando essa linha de raciocínio, podemos inferir que as queixas e reclamações deverão sofrer um tratamento especial, posto que podem estar representando um grupo enorme de insatisfeitos. Este raciocínio torna-se bastante atraente se, associado aos indicadores de qualidade, usarmos as queixas dos usuários. Além do mais, é difícil crer que um hospital possa ser tão bom, que mesmo com todas aquelas queixas sobre falta de roupa, equipamentos quebrados, enfermagem que dorme toda ao mesmo tempo,

médicos que fumam nas enfermarias e outras tantas queixas comprovadas, os índices alcançados sejam a verdadeira representação da realidade.

Para concluir o tema da relação entre a qualidade e o alto índice de avaliação positiva pelo usuário, não devemos esquecer HALL E DORNAN (1988) e SUÑOL(1996) quando afirmam que os pacientes ao avaliarem os aspectos técnicos, inclusive preferencialmente aos demais, estão avaliando aspectos sempre muito subjetivos, conforme já descrito, ou apenas expressando o seu medo de terem escolhido errado.

Com relação ao questionário dos servidores, podemos perceber a enorme desmotivação de todos, à exceção dos médicos para quem o hospital funciona como campo de práticas.

Apesar de não caracterizarem uma soma nem serem dados complementares, se, apenas para fins de buscar uma boa caracterização do clima organizacional do hospital, olharmos para os 54,10% de servidores cujos interesses de trabalho o hospital não atende, ou os 21,31% que querem mudar de setor de trabalho, ou os 18,30% que gostariam de mudar de hospital e ainda os 19,67% que gostariam de mudar de profissão, sem esquecer os mais de 70% que nunca foram chamados a opinar, podemos perceber bem o clima vigente.

O clima organizacional, se reconhecido como indicador de satisfação das necessidades e expectativas dos trabalhadores (BOWDITCH E BUONO, 1992), nos mostra que no Hospital Orêncio de Freitas, este aspecto tem deixado muito a desejar.

Com uma parte expressiva da clientela interna não satisfeita do ponto de vista de suas necessidades e expectativas, com os indicadores de qualidade ruins e uma série de requisitos qualitativos não cumpridos, podemos inferir que o hospital não se encontra em boa posição qualitativa ou de produtividade.

Porém, por todas as justificativas apresentadas até aqui, não se pode negar validade ao questionário de avaliação pelo usuário, mesmo que num primeiro momento o índice de satisfação seja discrepante.

O principal motivo pelo qual o instrumento do usuário se justifica é como processo de aprendizado e desenvolvimento, quer de cidadania, quer de avaliação. Ainda, se usado em conjunto com os outros dois fornece um terceiro ponto de apoio, podendo servir de ferramenta para o decisor, tendo condição de vir a funcionar como *fiel* da balança para os outros dois instrumentos.

Para encerrar o tema relativo ao 3º instrumento, pode-se dizer que o questionário ao mesmo tempo em que identifica o problema, dá a solução.

Se nos utilizarmos dos padrões recomendados no documento OPAS-PROAHSA<sup>1</sup>, *Roteiro para a acreditação de hospitais*, veremos que em: Padrões Obrigatórios Para Todas as Instituições, capítulo *administração geral do hospital*, item *garantia de qualidade* (p.5-6) veremos que no nível 1 consta a

<sup>1</sup> Projeto OPAS de acreditação hospitalar para a América Latina e Caribe, adaptado para o Brasil pelo grupo técnico coordenado pela Dra. Ana Maria Malik - Proahsa - FGV. Tem como objetivo geral oferecer maneiras de os hospitais brasileiros melhorarem continuamente a qualidade de sua estrutura, seus processos e seus resultados. Busca definir e atualizar periodicamente padrões mínimos de assistência médico-hospitalar. Seus padrões são divididos em 3 níveis, dos quais o 1º contém as exigências mínimas para a acreditação, o 2º já apresenta padrões de atendimento que podem ser considerados de qualidade e o 3º aponta para instituições que buscam a melhoria contínua, apresentando padrões de excelência

necessidade de atualização periódica dos prontuários funcionais de todos os profissionais e do de certificados de habilitação especializada.

O Hospital Orêncio de Freitas teve, em alguma época remota da gestão do INAMPS, um órgão de pessoal que mantinha todos estes registros e pastas funcionais que de alguma forma mantinham-se razoavelmente atualizados. Hoje não só não se tem mais um órgão de pessoal no hospital que possa receber este nome, como não existe mais em lugar algum - no âmbito da secretaria municipal de saúde - qualquer setor onde essas funções continuem a ser exercidas.

Logo, a quantidade de queixas e reclamações contra o pessoal do hospital não deve causar estranheza. Muito menos as demandas dos próprios servidores por recursos humanos qualificados. Porém, se não existem mais dados atualizados sobre os recursos humanos do hospital, muito menos há quem cuide do levantamento das suas necessidades de treinamento e desenvolvimento.

A perda decorrente dessa falha na política de recursos humanos é bilateral e retroalimentada, com perdas para o trabalhador e para a instituição.

De uma forma ou de outra, se avaliarmos com atenção as sugestões e reclamações dos servidores contra a direção do hospital, ainda estaremos trabalhando no âmbito da qualificação de nossos recursos humanos, já que a inexistência de regras preestabelecidas para assumir cargo diretivo e a falta de obrigatoriedade de aquisição de formação e treinamento para permanecer

nele, nada mais são que, novamente, falhas da política de recursos humanos e da política institucional.

## VI. COMENTÁRIOS FINAIS

A realização de um trabalho desse tipo, no qual se parte de uma proposta estruturada sobre premissas metodológicas como as que deram origem ao projeto IPEA-APM BRA 93/011, de cunho estatístico e voltadas para a inferência estatística, pressupõe um só final, que realmente o projeto teve.

Porém, a oportunidade de começar-se a perceber e compreender gradativamente as interrelações existentes dentro do Hospital Orêncio de Freitas, em seu atual contexto, nos possibilita a compreensão do significado de certos comportamentos que tenderão a fugir à análise estatística.

As características necessárias para a consecução de uma pesquisa descritiva, como foi essa, com abordagem de ênfase qualitativa a partir do tratamento de dados numéricos, necessita segundo ALVES (1991) de características holísticas como a descrita no parágrafo anterior; indutivas, que permitam ao observador partir de observações mais livres e naturalistas, com o processo de intervenção reduzido ao mínimo.

Essa experiência, que espero tenha sido tão útil para os pacientes do Hospital Orêncio de Freitas quanto foi enriquecedora para mim, me mostra através dos meus erros e acertos, que este é um método que não deve ser abandonado, posto que como processo estará direcionado em função de uma meta, que nesse caso encerra um componente de dignidade que motiva e legitima, sendo ao final (se é que esse processo tem fim) perfeitamente capaz de obter êxito em sua busca pela atenção médico-hospitalar de resolutividade superior com o reconhecimento das condições de cidadania de nossos pacientes.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGGARWAL, Sumer. A quick guide to total quality management Business Horizons, Greenwich, v.36, p.66-8, may/june 1993.
- ALVES, Alda Judith. Cadernos de Pesquisa. São Paulo, Fundação Carlos Cha-gas. n.77. maio 1991. P.53-61.
- BECKER, Selwyn W. TQM does Work: ten reasons why misguided attempts fail (discussion of O.Harari's jan.1993 article). Management Review, Saranac Lake, v.82 n.5, p.30, may 1993.
- BERWICK, Donald M, GODFREY, Blanton A, ROESSNER, Jane. Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde. São Paulo: Makron Books, 1994. 296p. Tradução José Carlos Barbosa dos Santos; revisão técnica Joaquim Emanuel Santini.
- BOWDITCH, James L, BUONO, Anthony F. Elementos de Comportamento Orga- nizacional. São Paulo: Enio Matheus Guazzelli e Cia. Ltda, 1992. 305p.
- CALNAN, Michael. Towards a Conceptual Frame-Work of Lay Evaluation of Health Care. Soc.Sci.Med. Great Britain. V.27, n.9, p.927-933, 1988.
- CAMPOS, Vicente Falconi. TQC: Controle da Qualidade Total. Rio de Janeiro: Bloch, 1992. 229p.

- CHAVES, Mário de Magalhães. Saúde e Sistemas. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1978. 205p.
- CHIAVENATO, Idalberto. Introdução à Teoria Geral da Administração. 3.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983. 617p.
- CORTADA, James w, QUINTELLA, Heitor Luiz Murat de Meirelles. TQM: Gerência da Qualidade Total. São Paulo: Makron Books, 1994. 356p. Tradução de Eliane Kanner.
- CREPALDI, R. A Profissionalização da Gerência nos Hospitais Privados do Estado do Rio de Janeiro. Niterói, 1996. Curso de Pós-Graduação em Administração Hospitalar.
- DEL NERO, Carlos R. O Que é Economia da Saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. 293p. Capítulo I, p.5-21. Série IPEA n. 149.
- DEMING, William Edwards. Qualidade: a Revolução da Administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990. 367p. Tradução de Clave Comunicações e Recursos Humanos.
- DENTON, D Keith. Qualidade em Serviços: o atendimento ao cliente como fator de vantagem competitiva. São Paulo: Makron: McGraw-Hill, 1990. 222p. Tradução Flávio Deny Steffen; revisão técnica José Carlos de Castro Walny.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med. São Paulo, v.114, p.1115-1118, novembro 1990.
- EPSTEIN, Isaac. Teoria da Informação. 2.ed. São Paulo: Ática, 1988. 77p. Série Princípios.
- EQUIPE GRIFO. Iniciando os Conceitos de Qualidade Total. São Paulo: Pioneira, 1994. 61p. Série Qualidade Brasil.

- ETZIONI, Amitai. Organizações Modernas. 8.ed. São Paulo: Pioneira, 1989. 163p. Tradução de Miriam L. Moreira Leite.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986
- FLEIGNER, Átila Jozsef e Dias, João Carlos. Pesquisa & Metodologia: manual completo de pesquisa e redação. Rio de Janeiro, Ministério do Exército. 1995.
- GEORGEPOULOS, Basil S. & MANN, Floyd C. The Community General Hospital. New York, Macmillan, 1962. P.225.
- HALL, Judith A and DORNAN, Michael C. What Patients Like About Their Medical Care and How Often They Are Asked: a meta analysis of the satisfaction literature. Soc.Sci.Med. v.27, n. 9, p.935-939. 1988.
- HAMPTON, David R. Administração: processos administrativos. São Paulo: Mc-Graw-Hill, 1990. 494p. Tradução de André Olympio Mosselman Duchenary Castro; revisão técnica Eunice Lakava Kwasnicka.
- JACOB, Rahul. TQM: more than a dying fad? Fortune, New York, v.128,n.9, p.52-4, oct.18 1993.
- JUNQUEIRA, Luciano A Prates, AUGÉ, Antonio Pedro F. Qualidade dos Serviços de Saúde e Satisfação do Usuário. Cadernos Fundap, São Paulo, n.19, p.60- 78, jan/abr 1996.
- JURAN, Joseph M. Juran Planejando para a Qualidade. São Paulo: Pioneira, 1990. 394p. Coleção Novos Ubrais.Tradução João Mário Csillag, Cláudio Csillag.
- KOTLER, Philip. Administração de Marketing: análise, planejamento, implementação e controle. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1993. 848p. Tradução Ailton Bomfim Brandão; revisão técnica José Antonio Gulo.

- LAKATOS, Eva Maria e MARCONI, Marina de Andrade. Técnicas de Pesquisa: planejamento e execução de pesquisas. Amostras e técnicas de pesquisa. Elaboração, análise e Interpretação de dados. São Paulo: Atlas, 1982.
- LEVIN, Jack . Estatística Aplicada às Ciências Humanas. 2. ed. São Paulo: Har- bra, 1987.
- LUNARDI Fº, Wilson Danilo, MAZZILLI, Cláudio. Contribuição ao estudo qualitativo do trabalho na área de enfermagem. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, v.1, p.57-73, jul/ago 1996.
- MACHILINE, Claude et al. Manual de Administração da Produção. 7.ed. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1987. 569p.
- MALIK, Ana Maria . Avaliação, Qualidade, Gestão... para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. São Paulo: senac, 1996. 38p.
- MALIK, Ana Maria. Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Quali- dade e Cultura das Organizações de Saúde. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v.4 , p.32-41, set/out 1992..
- MANUAL DE ACREDITAÇÃO HOSPITALAR. Proposta de Roteiro Para a Acredi- tação de Hospitais. São Paulo, OPAS-PROAHSA, dez 1996.
- MEARS, Peter. How to stop talking about, and begin progress toward, total quality management. Business Horizons, Greenwich, v.36, p.11-4, may/june 1993.
- MÉDICI, André Cezar. Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde. In: PIOLA, Sergio Francisco, VIANNA, Solon Magalhães (orgs.). Economia da Saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA, 1995. 293p. Capítulo II, p.23-68. Série IPEA n. 149.
- MINTZBERG, Henry. Criando Organizações Eficazes: estrutura em cinco configu- rações. São Paulo: Atlas, 1995. 304p. Tradução Cyro Bernardes.

- MOTTA, Fernando C Prestes. Teoria Geral da Administração. 15.Ed. São Paulo: Enio Matheus Guazzeli e Cia Ltda, 1989.
- MOTTA, Paulo Roberto. Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 5. Ed. Rio de Janeiro: Record, 1995. 256p.
- NADLER, David, GERSTEIN, Marc S, SHAW, Robert B. Arquitetura Organizacional. Rio de Janeiro:Campus, 1994. 265p. Tradução Waltensir Dutra.
- NOVO MICHAELIS. Dicionário Ilustrado 26.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1981. 4v.
- PAGANINI, José María. Calidade y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Washington, D.C.: OPS, 1993. 95p. HSS/SILOS-30.
- PORTER, Michael E. Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1996. 512p. Tradução Elizabeth Maria de Pinho Braga; revisão técnica Jorge A. Garcia Gomez.
- REZENDE, Fernando. O Financiamento da Saúde no Marco das Propostas de Reforma do Estado e do Sistema Tributário Brasileiro. Brasília: OPAS, 1992. 42p. Série Economia e Financiamento n.3.
- RIBEIRO, Herval Pina. O Hospital: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993. 135p.
- SASHKIN, Marshal, KISER, Kenneth J. Gestão da Qualidade Total na Prática. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 188p. Tradução Outras Palavras Consultoria Lingüística.
- SCHOLTES, Peter R. Times da Qualidade: como usar as equipes para melhorar a qualidade. Rio de Janeiro:Qualimark,1992.330p.Tradução de Elenice Mazzielli, Lúcia Faria Silva, Associação Alumni.

- SIQUEIRA, Moema Miranda de. Atendimento hospitalar: o que importa para o paciente? Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.10-16, out/dez 1988.
- STEVENSON, William J. Estatística Aplicada à Administração. São Paulo: Harbra, 1981.
- SUÑOL, Rosa, THOMPSON, Andrew G.H. Las Expectativas como Factores Deter- minantes en la Satisfacción de los Pacientes: conceptos, teorías e pruebas. Revista de Calidad Asistencial, Barcelona, v.11, p.74-86, abril 1996.
- TSCHOHL, John, FRANZMEIER, Steve. A Satisfação do Cliente. São Paulo: Ma- kron Books, 1996. 375p. Tradução Anna Terzi Giova; revisão técnica de Luci- ano Sabóia Lopes Filho.
- WALTON, Mary. O Método Deming de Administração. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1989. 276p. Tradução José Ricardo Brandão Azevedo.
- WALTON, Mary. Método Deming na Prática. Rio de Janeiro: Campus, 1992. 210p. Tradução Nivaldo Montingelli Jr.
- WATT, Ian S et al. Supporting Consumer Involvement in Decision Making: what constitutes quality in consumer health information? International Journal for Quality in Health Care, Great Britain, 1996. V.8 n.5 p. 425-437.

**PROJETO IPEA - APM**

**HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS, / .**

**RELATÓRIO MENSAL DE INDICADORES**

1. Nº de leitos funcionantes no mês (inclusive leitos extras, cti e todos os leitos onde o paciente permaneceu mais de 24h)	
2. Nº de leitos dia (somar do censo diário dia a dia)	
3. Nº de internações (total de pacientes que permaneceram mais de 24h no hospital)	
4. Nº de pacientes dia (somar do censo diário dia a dia)	
5. Saídas	
nº de altas.....>	
nº de óbitos após 48h de internação.....>	
nº de óbitos antes de 48h de internação.....>	
nº de transferências / remoções.....>	
6. Nº de cirurgias (excluir cir.ambulatoriais)	
7. Nº de óbitos operatórios	
8. Nº de cirurgias suspensas por fatores extra-paciente	
9. Nº de casos de infecção hospitalar	
10. Nº de partos ( todos )	
11. Nº de cesarianas	
12. Nº de recém-nascidos avaliados por neo-natologista na sala de partos	
13. Nº de nascidos	
14. Nº de necrópsias em óbitos ocorridos no hospital	
15. Nº de exames de imagem em internados (Raio X convencional, Ultra Som, tomografia, etc)	
16. Nº de exames laboratoriais em internados	

## RECURSOS HUMANOS

17. Nº de admissões	
18. Nº de desligamentos	
19. Nº de funcionários contratados, em atividade:	
no 1º dia do mês.....>	
no 30º dia do mês.....>	
(não incluir pessoal exclusivo do ambulatório) <i>e médicos.</i>	
20. Nº de horas/homem trabalhadas	
21. Nº de horas/homem ausentes no mês	
22. Nº de horas/médico dedicadas à assistência do paciente internado.	
23. Nº de horas/enfermeiro universitário contratadas	
(não incluir horas dedicadas ao atendimento em ambulatório e SADT )	

HOSPITAL ORENCIO DE FREITAS

CONTINUAÇÃO MES     /     .

# PROJETO IPEA-APM

## AVALIAÇÃO DO USUÁRIO

Prezado usuário,

Gostaria de conhecer a sua opinião. Respondendo este questionário, você está contribuindo para a melhoria do atendimento médico hospitalar. Após preenchê-lo, coloque na urna designada pelo hospital.

INTERNADO NO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINALE COM X O ESPAÇO ESCOLHIDO

	RUIM	REGULAR	TENHO DÚVIDAS	BOM	ÓTIMO
Atendimento em recepção .....	( )	( )	( )	( )	( )
Atendimento geral .....	( )	( )	( )	( )	( )
Enfermagem .....	( )	( )	( )	( )	( )
Médicos .....	( )	( )	( )	( )	( )
Alimentação .....	( )	( )	( )	( )	( )
Limpeza .....	( )	( )	( )	( )	( )
Acomodações .....	( )	( )	( )	( )	( )

Você foi informado(a) de todos os aspectos relativos ao diagnóstico e tratamento do seu caso?

SIM ( ) NÃO ( )

Comente: \_\_\_\_\_

As etapas previstas para o diagnóstico e tratamento foram seguidas?

SIM ( ) NÃO ( )

Comente: \_\_\_\_\_

Você está satisfeito(a) com o resultado do tratamento?

SIM ( ) NÃO ( )

Comente: \_\_\_\_\_

Você recomendaria este hospital para seus parentes/amigos?

SIM ( ) NÃO ( )

Comente: \_\_\_\_\_

Você voltaria a se internar neste hospital se necessário?

SIM ( ) NÃO ( )

Comente: \_\_\_\_\_

Comentários e sugestões: \_\_\_\_\_

(Se o espaço for insuficiente, favor utilizar o verso)

Querendo, identifique-se. É uma maneira de valorizar a sua opinião.

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

**Amigo servidor do H.O.F.**

Dentro de nossas diretrizes de gerência, começamos, há um ano, um programa de avaliação de indicadores de qualidade. Sem dúvida temos atravessado momentos difíceis, que de alguma forma vamos conseguindo contornar, à duras penas, com resultados - às vezes - até melhores que a média do que é visto em outros hospitais públicos.

Entretanto, a comparação com unidades em pior situação que a nossa é inaceitável como "consolo" a profissionais sérios como você, que tem no desempenho diário de suas funções a maior fonte de motivação (ou de frustração).

Como componente importante de nosso programa de qualidade, temos um questionário de avaliação do H.O.F. pelo usuário (clientela externa), que nos ajuda a visualizar as distorções existentes, de forma a podermos traçar planos e metas de melhoria contínua. Para que este propósito possa ser alcançado, julgamos que, junto com o levantamento dos indicadores tradicionais de qualidade, o questionário dirigido à clientela externa seja acompanhado de outro, com outra perspectiva e dirigido - desta vez - à clientela interna, você! Verificamos, ao iniciar o recolhimento dos questionários destinados ao usuário, que você tentava comunicar-se, explicitando ansiedades e expectativas, ou apenas sugerindo melhoras pontuais. Agora é a hora! Sua colaboração é de suma importância! A pesquisa visa apreciar o desenvolvimento de seu trabalho nesta Unidade, seus anseios, suas dificuldades, suas alegrias e angústias. Seus pontos de vista serão analisados e aproveitados, ajudando a formular um diagnóstico preciso de nossa Instituição.

A presente enquete complementa o estudo já em curso a partir da coleta de dados fornecidos pelos usuários e, como já foi dito, necessitamos fechar o ciclo com suas apreciações, reivindicações e propostas, para podermos ter uma Unidade Hospitalar coesa e de poucas arestas, onde a qualidade do atendimento prestado à população coincida com a qualidade de vida de nós todos, servidores que aqui trabalhamos.

Se, ao término de suas respostas, ainda houver o que dizer, coisas mais subjetivas, sentimentos, críticas etc... Sinta-se à vontade! A sua identificação não é obrigatória, mas é um bom treino de cidadania.

**Obrigado**

**OBS: Para receber suas opiniões, haverá uma coletora na Recepção do 3º Andar.**

# HOSPITAL ORÊNCIO DE FREITAS SUS - FMS

## ENQUETE À CLIENTELA INTERNA

PELA DEMANDA ESPONTÂNEA VERIFICADA JUNTO À CAIXA DE SUGESTÕES, APRESENTAMOS ESTE PEQUENO QUESTIONÁRIO DIRIGIDO À VOCÊ, QUE COMO NÓS SE PREOCUPA COM A QUALIDADE, NÃO SÓ DOS SERVIÇOS PRESTADOS COMO TAMBÉM DO AMBIENTE DE TRABALHO. VALORIZE SEU TRABALHO RESPONDENDO-O. VOCÊ NÃO É OBRIGADO A SE IDENTIFICAR, PORÉM A IDENTIFICAÇÃO VALORIZA SUA OPINIÃO. OBRIGADO.

1. O hospital atende a seu interesse de trabalho ? Por que ?

---

---

---

---

---

---

---

---

2. O que lhe desperta atenção e interesse no HOF ?

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Quais as deficiências que você identifica no HOF ?

---

---

---

---

---

---

---

---

4. O que você julga prioritário na administração do HOF ?

---

---

---

---

---

5. Quais as suas sugestões para melhorar o HOF ?

---

---

---

---

---

6. Em que setor você trabalha ?

---

7. Gostaria de mudar de setor ? Para qual ?

---

8. Alguma vez você foi chamado(a) a opinar sobre o processo de funcionamento do HOF ?  
A sua sugestão foi posta em prática ? Qual o resultado obtido ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. Quanto às dificuldades financeiras do sistema, você tem alguma idéia que pudesse contribuir para o aumento na arrecadação ? Como você poderia contribuir ?

---

---

---

---

---

---

---

---

10. Você já ouviu falar em círculo de controle da qualidade ? Se afirmativo, qual sua opinião a respeito ?

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Em qual setor do HOF você acha que seu trabalho seria mais proveitoso ? Por que ?

---

---

---

---

12. Se você pudesse, deixaria seu trabalho no HOF ? Se positivo, você gostaria de

a. Trabalhar em outro hospital [ ] Qual ? \_\_\_\_\_

b. Mudar de profissão [ ] Para qual ? \_\_\_\_\_

SE VOCE QUISER, IDENTIFIQUE-SE : \_\_\_\_\_

