

UNIVERSIDADE GAMA FILHO
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE HOSPITAIS PARTICULARES

GERMANO LEITÃO DE ANDRADE

FORTALEZA, CE

2005

GERMANO LEITÃO DE ANDRADE

A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE HOSPITAIS PARTICULARES

Monografia apresentada à Universidade Gama Filho,
para conclusão do curso de Pós-graduação em
Administração Hospitalar.

FORTALEZA, CE

2005

A QUALIDADE NO ATENDIMENTO DE HOSPITAIS PARTICULARES

Aprovada em: _____

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

Dedico este trabalho à minha família e à DEUS por mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos professores das disciplinas do curso, pelos ensinamentos valiosos utilizados no embasamento teórico desse trabalho.

A todos colegas e amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A Universidade Unimed de Fortaleza pela oportunidade oferecida.

" Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria o acesso ao sentimento de amor à vida dos seres humanos, à consciência de aprender tudo que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria dos erros que foram cometidos, com os sinais para que não mais se repetissem."

Mahatma Gandhi

RESUMO

É notório que as questões ligadas à garantia de qualidade são de domínio pelas organizações industriais de uma forma geral. Destes, os serviços de saúde - o

objeto de estudo de nosso interesse, especificamente hospitais particulares - buscam cada vez mais resgatar o saber dos profissionais que desempenham suas funções neste e proporcionar uma estrutura de trabalho adequada, flexível, para atender as suas necessidades. Esse trabalho não visa ser a solução e o ponto final para a temática apresentada, e sim busca identificar novos caminhos que conduzam a melhoria do processo de trabalho daqueles que são os responsáveis pela garantia da qualidade dos serviços de saúde. Para garantir a qualidade destes serviços é necessário trabalhar algumas variáveis como qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente de recursos, minimização de risco de lesões associadas aos serviços de saúde oferecidos; satisfação do paciente em suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde. Necessitam de serviços de qualidade, que atendam, principalmente, as suas necessidades emergenciais. Cabe lembrar que vários estudos desenvolvidos em hospitais com o objetivo de implementar princípios e/ou ferramentas da área de Gestão da Qualidade, até então utilizadas em outros tipos de serviços e na indústria, trouxeram melhorias aos serviços hospitalares e redução de custos. Estas são as ferramentas com as quais pretendemos desenvolver e aprofundar o presente trabalho, adaptando às características do serviço que se pretende estudar.

PALAVRAS-CHAVE:QUALIDADE,SERVIÇOS HOSPITALARES, SAÚDE.

ABSTRACT

It is well-known that the questions about the quality assurance are of domain for the industrial organizations of a general form. Of these, the health services - the object of study of our interest, specifically particular hospitals - more search each time to rescue knowing of the professionals that play its functions in this and to provide an adjusted structure of work, flexible, to take care of its necessities. This work does not aim at to be the solution and the presented end point for the thematic one, but it searches to identify new ways to lead the improvement of the work process of that they are the responsible ones for the guarantee of the quality of the health services. To guarantee the quality of these services it is necessary to work some variable as quality technique of the professionals, efficient use of resources, minimização of risk of injuries associates to the offered services of health; satisfaction of the patient in its demands, expectations and accessibility to the health services. They need quality services, that take care of, mainly, its emergenciais necessities. It fits to remember that some studies developed in hospitals with the objective to implement principles and/or tools of the area of Quality Management, until then used in other types of services and the industry, had brought improvements to the hospital services and reduction of costs. These are the tools with which we intend to develop and to deepen the present work, adaptando to the characteristics of the service that if it intends to study.

KEYWORDS: HOSPITAL QUALITY, SERVICES, HEALTH.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1- INTRODUÇÃO	10
2 - METODOLOGIA	18
3 – O PROCESSO DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR	
3.1- CONTEXTUALIZAÇÃO.....	20
3.2- O SISTEMA DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS.....	23
3.3- PROBLEMAS DO MODELO ATUAL DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR.....	25
4 - SERVIÇOS DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO, QUALIDADE E CRITÉRIOS GERAIS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	
4.1- DESENVOLVIMENTO DO SETOR DE SERVIÇOS.....	31
4.2- DEFINIÇÃO DE QUALIDADE.....	33
5 - A IMPORTÂNCIA DO FATOR HUMANO NO SETOR DE SERVIÇOS	
4.1 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	36
4.2 - DEFINIÇÃO DE HOSPITAL.....	40
4.3 - DEFINIÇÃO DE CLIENTE.....	41
4.4 - A QUESTÃO DA QUALIDADE.....	42
4.5 - E AS MEDIDAS DE DESEMPENHO.....	54
CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA	66

1 - INTRODUÇÃO

A estrutura de uma organização influencia o desempenho dos profissionais e estes influenciam também a estrutura. Dentro deste enfoque, sabe-se que é necessário resgatar o saber dos profissionais que desempenham suas funções no setor de serviços de saúde e proporcionar para que tenham disponibilidade de uma estrutura de trabalho adequada, flexível, para atender as suas necessidades BARLEY (1986).

Existe, ainda, a necessidade de encontrar as causas das falhas dos processos de produção hospitalares, buscando mecanismos para prevenção das mesmas e para melhorar a alocação de recursos para esses serviços.

Os processos organizacionais são afetados por vários fatores e cada fator é ainda influenciado por outros tantos. O mesmo acontece no ambiente interno da organização, há influência de uma multiplicidade de fatores sobre os processos produtivos, o que torna os processos variáveis, LANZER(1995).

Essa variabilidade merece monitoração e a identificação de pontos de controle. No setor saúde esse aspecto merece uma atenção especial, pois como refere SANTOS(1995), talvez em nenhuma outra área da atividade humana a conceituação da qualidade e sua aplicação seja tão importante. A falha de procedimentos traz conseqüências sérias, expondo ao risco o usuário.

A dificuldade no setor de serviços de saúde está, também, na mensurabilidade dos resultados, pois o serviço ocorre de forma imediata, ou seja, a execução do serviço ocorre na presença do cliente CASAS(1994); GIANES(1994); FIATES(1995).

Existe uma grande dificuldade em se trabalhar desempenho no setor de serviços de saúde, inclusive pela falta de padrões pré-determinados de assistência ao cliente. Além disso, os serviços de saúde ainda estão carentes de metodologias de avaliação de processos/atividades.

É preciso proceder uma análise detalhada para identificar as causas que atuam sobre os processos, como foi citado, bem como, de outros fatores que podem estar influenciando os níveis de qualidade e a produtividade destes serviços.

O resultado dessa carência é o desgaste dos profissionais, frustração por parte dos pacientes e limites financeiros. Por outro lado, esse trabalho não visa ser a solução para a problemática apresentada, e sim busca identificar novos caminhos que conduzam a melhoria do processo de trabalho daqueles que são os responsáveis pela garantia da qualidade dos serviços de saúde.

O presente trabalho pretende uniformizar os sistemas de avaliação dos processos e/ou atividades hospitalares. Para esse alcance, serão utilizadas bases teóricas sobre qualidade, identificação das necessidades dos clientes internos, a análise dos processos de produção e identificação de processos críticos, entre outros.

Os hospitais ainda estão carentes de um sistema para controle da qualidade dos serviços por eles oferecidos e a formação da estrutura, dessas organizações, na grande maioria não absorve as necessidades dos clientes. O setor de serviços de saúde, atualmente vem carecendo de investimentos em equipamentos, estoques mínimos e pessoal, e de investimentos em sistemas para melhoria contínua do aprendizado dos profissionais de saúde; o que tem levado, entre outros aspectos, à dificuldades em elevar os níveis de qualidade e produtividade destes serviços.

Uma coisa que se pretende ressaltar é a importância da adaptação das normas federais a realidade dos hospitais, e as características das normas federais que procuram regulamentar as atividades de interesse da saúde pública. Dentro dessas atividades as atividades hospitalares. A legislação na área de saúde não está adaptada e faltam instrumentos de avaliação para a prática fiscal nestes estabelecimentos.

A falta de metodologias de avaliação hospitalar dificulta o desenvolvimento do perfil de cada hospital, principalmente a visualização de todas as suas deficiências e os danos que decorrem destas aos pacientes e profissionais. Inclusive de difícil visualização por parte da própria organização avaliada durante o processo de inspeção, tornando a ação fiscal bastante frágil.

O problema está, na verdade, na ineficiência do próprio processo de avaliação hospitalar, pela falta de instrumentos e normas, como citado. Atualmente, estão sendo desenvolvidos trabalhos que buscam melhorar a qualidade dos serviços de saúde através da identificação de indicadores de qualidade em saúde.

Para garantir a qualidade dos serviços de saúde é necessário trabalhar algumas variáveis como qualidade técnica dos profissionais, uso eficiente de recursos, minimização de risco de lesões associadas aos serviços de saúde oferecidos; satisfação do paciente em suas demandas, expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde, NOVAES(1996).

Refere que a estrutura física representa uma face do problema, a outra é a qualidade técnica dos profissionais, citada acima, ou seja depende do fator humano (qualidade subjetiva). A qualidade subjetiva muitas vezes é ignorada porque torna-se difícil especificar padrões de qualidade para os itens relacionados ao comportamento humano, FIATES(1995); CASAS(1994). Mas a qualidade objetiva depende da qualidade subjetiva e vice-versa.

O presente trabalho é uma oportunidade para mudança do processo de qualidade de hospitais, deixando de utilizar apenas normas gerais de alcance nacional editadas pelo Ministério da Saúde, adaptando-as a realidade local e facilitando o trabalho de avaliação desses serviços, bastante difícil na prática e que necessita de decisões precisas e rápidas.

Além disso, existe a representatividade dessa inércia para os clientes que utilizam os serviços hospitalares. Necessitam de serviços de qualidade, que atendam, principalmente, as suas necessidades emergenciais. O estudo apresentado aqui trará subsídios que podem favorecer a implementação de novos métodos gerenciais às organizações do setor serviços de saúde, possibilitando a elevação dos níveis de qualidade e produtividade.

Cabe lembrar que vários estudos desenvolvidos em hospitais com o objetivo de implementar princípios e/ou ferramentas da área de Gestão da Qualidade, até então utilizadas em outros tipos de serviços e na indústria, trouxeram melhorias aos serviços hospitalares e redução de custos. Ferramentas estas que precisam ser adaptadas às características do serviço que se pretende estudar.

São exemplos os trabalhos de BURMESTER(1996) e NOVAES(1996) sobre indicadores de qualidade para hospitais, EINSRUICH(1996) sobre o uso do *QFD (Quality Function Deployment)* para melhorar o atendimento em serviços de reabilitação, dados apresentados por CASAS(1994) onde refere que a implantação de um programa de qualidade no hospital São Luiz, em São Paulo, resultou em uma economia de 3,7 milhões de dólares e redução do número de reclamações de clientes em 70%, dentre outros trabalhos.

Isso reforça outro aspecto importante: o governo arca com a maior parte do valor despendido para o setor saúde, na iniciativa pública e privada, no entanto os serviços geram insatisfação nos clientes. O governo precisa saber que tipo de serviço está pagando.

O Programa Nacional de Inspeções em Unidades Hemoterápicas do Ministério da Saúde, segundo os critérios de excelência da FUNDAÇÃO PARA O PREMIO NACIONAL DA QUALIDADE(1996), é uma iniciativa do governo federal para verificar a qualidade do sangue processado no Brasil e trouxe conclusões que levam a falta de controle constante dos Serviços de Vigilância Sanitária Estaduais, onde em muitas cidades o governo arcava com serviços de péssima qualidade.

O Serviço de Vigilância Sanitária precisa desenvolver mecanismos mais eficazes de controle da qualidade dos serviços de saúde, uma vez que a competência é sua legalmente, sob risco de omissão.

Quando se pensa no por quê da qualidade em serviços, a resposta é que a qualidade nesse setor parece trazer redução de custos e melhoria na alocação de recursos. Suprindo carências e eliminando desperdícios.

Serviços de saúde necessitam de forma emergente participar desse processo de mudança. Não se pode pensar em lucro nesse setor sem qualidade e produção efetiva, tendo como referência o paciente, primeiramente, e as condições de trabalho para os profissionais de saúde.

Além disso, melhorar a qualidade da assistência hospitalar e das demais organizações de saúde é uma obrigação ética e moral. A instituição hospitalar, a priori, tem uma missão social, que implica em qualidade de vida.

Todos temos direito à vida e a saúde, Constituição da República Federativa do Brasil (1988). Há um ganho para o homem e para a sociedade. Uma pessoa “doente” que retorna “curada” ao trabalho e à sociedade traz muitos benefícios do ponto de vista social (qualidade de vida), e para economia do país (trabalho/produção), principalmente quando se compara aos custos de doenças preveníveis em nível primário de saúde.

Outro fato importante é que, vários hospitais nos EUA implantaram programas de qualidade a fim de melhorar a assistência prestada aos pacientes e reduzir

custos. Foram apoiados por órgãos do setor (*Harvard Community Health Group, West Paces Ferry Hospital de Atlanta, Hospitais da Universidade de Michigan, Institute for Health Care Improvement em Boston*).

Sendo que todos referem que o controle dos processos traz diminuição de custos através da redução do tempo de internação, admissão e prevenção de patologias decorrentes da internação.

A qualidade nos serviços de saúde é uma questão de vida ou morte. Qualidade em saúde é uma questão de sobrevivência (redução de custos) e melhoria da qualidade de vida. É preciso avaliar o custo da não-qualidade nesse setor. O resultado das ações muitas vezes geram problemas como contaminações por vírus e bactérias (trazem custo econômico para o Estado e para a vida do paciente, onde o dano muitas vezes é irreparável), GREEN(1995).

Além destes fatos, pode-se dizer que esgotaram-se os recursos para a saúde, não há mais recurso financeiro que financie o modelo de atenção a saúde do tipo hospitalar, enquanto não se investir em prevenção, ou seja, na atenção primária à saúde, OMS – Organização Mundial de Saúde (1996).

Nos países que implantaram programas de qualidade, além de aumentar a qualidade, houve melhoria da confiança no governo. Aumentar a qualidade dos serviços governamentais requer as mesmas etapas necessárias ao setor privado. Significa prestar atenção no processo, envolver profissionais e prestar mais atenção ao paciente, GREEN(1995); NOVAES(1996).

O objetivo geral deste trabalho é demonstrar como permanece a qualidade dos serviços hospitalares e seus medidores de desempenho. São objetivos específicos desse trabalho:

- Especificar os processos que formam o serviço de saúde;
- Conhecer os níveis de qualidade exigidos pelos clientes internos;
- Estabelecer as correlações entre requisitos técnicos e itens da qualidade exigida.

Enfim, conclui-se que este é um trabalho novo, com o propósito de melhorar o processo de qualidade nos hospitais e unificar a linguagem interna. Busca-se modificar o perfil dos hospitais e da qualidade dos mesmos, de apenas ser um detector de falhas para também um mediador na resolução dos problemas encontrados, identificando os processos afetados, os riscos de exposição aos problemas e propor soluções.

2 METODOLOGIA

Este trabalho obedeceu às seguintes etapas:

1. Diagnóstico: identificação dos problemas práticos na aplicação do modelo atual de avaliação hospitalar.
2. Pesquisa bibliográfica: para o entendimento das operações produtivas do setor de serviços e, em especial, do setor de serviços de saúde, com vistas ao discurso da gestão da qualidade quanto aos aspectos produtivos a ser considerados para melhoria da qualidade em serviços.
3. Verificação de metodologias cujas bases teóricas permitissem trazer uma proposta para um novo modelo de avaliação hospitalar.
4. A importância do fator humano, que jamais pode ser descartada, ainda mais no presente tema.
5. Conclusão: Verificação dos resultados do trabalho e do alcance dos objetivos propostos.

3 - PROCESSO DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR

3 1- CONTEXTUALIZAÇÃO

O Direito Administrativo atua na esfera dos perigos aos interesses gerais, ou seja, previne a ocorrência de danos à coletividade. Existem setores da administração pública que tem por objetivo evitar esses perigos e, para tal, executam ações em nível de coerção, na forma prevista em leis, como é o caso dos Serviços de Vigilância Sanitária, PILATI(1995),

Para que se entenda um pouco sobre a atuação da Vigilância Sanitária, é significativo ressaltar que se analisarmos a história dos desejos daqueles que defendiam a saúde pública, pode-se dizer que a “Vigilância Sanitária” busca desde a sua origem ser um mecanismo da participação popular, uma forma de resgatar os direitos de saúde dos cidadãos que passam pela garantia de qualidade dos serviços de saúde.

A Vigilância Sanitária surgiu com o cenário internacional após longo período colonial. Foi a revolução industrial e o iluminismo, entre 1750 e 1830 que formaram a base da Vigilância Sanitária, através do movimento sanitário que vingou somente no fim do século XIX e ganhou força com os movimentos científicos da época.

No início, se resumia ao controle do exercício profissional e a higiene dos alimentos. Após, por volta de 1851, o Governo Imperial baixa normas sanitárias de

caráter mais abrangente, dispendo sobre empregados dos órgãos de saúde pública, polícia sanitária, exercício da medicina e inspeção de saúde de portos.

Em 1890 são estruturados a Inspetoria Geral de Higiene e o conselho de Saúde Pública. Em seguida, a Constituição de 1891 descentraliza as ações de Saúde Pública aos Estados, mantendo com a União dados estatísticos sanitários e a fiscalização da medicina e da farmácia. Os Estados Membros criam seus códigos sanitários.

Em 1921 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública para atuar nas áreas de saneamento urbano e rural, higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil. A partir desse modelo de trabalho na Saúde Pública abre-se caminhos para um movimento de formação de profissionais para as funções sanitárias.

Em 1930, as atividades de saúde passam do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o Ministério da Educação e Saúde. E, em 1942 é criado o Serviço Especial de Saúde Pública. Em 1953 surge o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação e Saúde.

A Lei 2312/94 é a lei marcante da época, porque estabelece normas gerais sobre defesa e proteção da saúde – dever do Estado e da Família, inclusive e especialmente sobre a Vigilância Sanitária. Foi regulamentada pelo Decreto 49974-A, de 1961, denominado “Código Nacional de Saúde”.

Em 1966 com a Reforma Administrativa Federal, veio a redefinição das competências dos Ministérios frente a Saúde e subordina a assistência médica da Previdência Social à política nacional de saúde. Em 1967, o Código Brasileiro de Alimentos é derrubado pouco a pouco por uma série de Decretos-Lei.

Em 1969, surge o Decreto-Lei 785, que passa reger infrações, penalidades e respectivo processo administrativo sanitário, que foi revogado pela Lei 6437/77, o qual, segundo PIL[95], é hoje o texto federal em vigor, atinente a infrações, penalidades e processo administrativo de apuração das infrações sanitárias de âmbito federal.

A Lei 6229/75 estabelece o Sistema Nacional de Saúde, unindo o setor público e privado para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A Lei 6229/75, refere-se a participação comunitária na saúde e Fundo Nacional de Saúde, embora pouco destacados, mas que mais tarde constituem-se no SUS – Sistema Único de Saúde dos dias atuais.

Em 1978, temos a Conferência Internacional sobre Unidades Primárias de Saúde, promovida pela OMS – Organização Mundial de Saúde. Nesse momento há a descentralização da organização sanitária, dando aos níveis regionais e locais recursos suficientes para a sua atuação. Aí começam a ser criados as ações regionalizadas de saúde de acordo com a realidade dos Estados, foco de interesse para esse trabalho.

Como foi visto até agora, resumidamente, a história da Vigilância Sanitária surge vinculada a necessidade de garantia de condições de saúde para a sociedade. As ações eram modificadas e adequadas de acordo com o desenvolvimento econômico, a medida que surgiam dificuldades no processo de vida da sociedade.

A Lei 8080/90, demonstra uma maior preocupação com a qualidade dos serviços de saúde, o que vem acompanhando o movimento pela qualidade dos serviços de uma forma geral.

Um outro fato, é que a década de 80 veio trazer uma maior preocupação com a qualidade dos serviços, o que hoje atinge diretamente a qualidade dos serviços de saúde, qualidade esta considerada como a entrega do serviço em conformidade com as necessidades do cliente. Esta abordagem está inserida nas atribuições do Serviço de Vigilância Sanitária listadas na Lei 8080/90.

Por isso, a necessidade de se estudar os requisitos técnicos que permeiam a avaliação dos serviços de saúde que serão destacados no decorrer deste material. A reflexão que se fez aqui é de suma importância para que se entenda os fatores que influenciaram o modelo hospitalar de assistência a saúde, bem como do modelo atual de assistência à saúde.

A partir de 1990, com a intensificação do discurso pela qualidade dos serviços tem-se mobilizado esforços para desenvolvimento de metodologias que tragam novos caminhos para que a avaliação hospitalar aconteça de forma mais efetiva,

levantando aspectos técnicos significativos para a correção de falhas que venham a trazer danos graves a dita saúde pública.

3.2- O SISTEMA DE SAÚDE E A NECESSIDADE DE DESENVOLVIMENTO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Desde o começo da década de 70, estudos e pesquisas vem condenando o modelo de desenvolvimento do país no que se refere ao compromisso social. Tem-se distribuído poucos benefícios sociais e apresenta-se um sistema de saúde deficiente em relação as necessidades da população.

Na década de 70, a partir desses estudos surge um movimento sanitário que denuncia os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população e a irracionalidade do sistema de saúde implantado.

Esse movimento ganhou a adesão de parlamentares, lideranças políticas, sindicais, populares, autoridades das instituições oficiais de saúde, passando a apresentar propostas construtivas de reforma do sistema vigente.

As propostas compuseram um projeto denominado de Reforma Sanitária, o qual tinha por objetivo mudanças nos aspectos que determinavam o estado de saúde e a qualidade de vida das pessoas, relacionadas ao trabalho, alimentação, educação, habitação, etc. Participavam as autoridades citadas anteriormente, mais os profissionais de saúde.

Esse projeto foi encaminhado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu de 17 a 21 de março de 1986 com destaque à saúde como um direito do cidadão, e a necessidade de reformulação do sistema nacional de saúde e propor a descentralização de recursos (financiamento setorial).

Esse movimento sanitário resultou no Sistema Único de Saúde, estabelecido pela Constituição. BRASIL(1988), traz as principais reivindicações da reforma sanitária, como a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando ações curativas e preventivas, democrático com participação popular.

Os problemas atuais do setor Saúde estão ligados a implantação do Sistema Único de Saúde, porque como diz NOVAES(1996) e a OMS – Organização Mundial da Saúde(1996), há muito pouco investimento nas ações básicas de saúde na prática, embora essas ações careçam de muito pouco investimento econômico, sejam muito mais eficazes e atuem sobre uma parcela maior da população, mais carente de recursos na área da saúde.

A falta dessas ações sobrecarrega hospitais, cuja estrutura não é preparada para estas atividades – desenvolver ações básicas de saúde. Por este motivo grande parte da população satura a estrutura hospitalar, proporcionando falhas no atendimento ao cliente e resultando na má qualidade da assistência hospitalar.

3.3- PROBLEMAS DO MODELO ATUAL DE AVALIAÇÃO HOSPITALAR

OMS - Organização Mundial da Saúde(1996), reúne dados que levam à necessidade emergente de se preparar os hospitais públicos para melhorar seus níveis de produtividade e qualidade, uma vez que a assistência em nível primário de saúde, promovida através de postos ou centros de saúde, segundo NOVAES(1996) atravessa questionamentos pela sua ineficácia.

A partir da OMS - Organização Mundial da Saúde (1996), pode-se concluir que os serviços de saúde dos países em desenvolvimento necessitam estar preparados para atender com eficiência pacientes em número cada vez maior.

Portanto, é preciso estabelecer metodologias eficazes de avaliação dos serviços de saúde (principalmente hospitais), que atendam também as expectativas dos clientes internos, os quais sofrem interferência da não-qualidade da estrutura de trabalho a que estão expostos, o que indiretamente afeta a assistência prestada ao paciente.

Os órgãos de fiscalização tem por atribuição garantir a qualidade desses serviços, onde esta qualidade, como foi citado anteriormente, traduz-se em prevenir que a estrutura do serviço não venha a causar danos à saúde dos que nela estão expostos, ou seja, no sentido de garantir uma estrutura de trabalho eficaz, que atenda as necessidades dos profissionais e segurança para os pacientes.

As Secretarias Estaduais de Saúde, através dos Serviços de Vigilância Sanitária realizam inspeções em hospitais com o objetivo de levantar problemas relacionados às instalações, área física, recursos humanos, produtos (artigos, correlatos, medicamentos, etc) e procedimentos que possam prejudicar direta ou indiretamente a qualidade dos serviços prestados.

As inspeções, como são chamadas, são realizadas por equipes multiprofissionais. Torna-se difícil oferecer uma oportunidade de participação aos profissionais de saúde que prestam serviços nos hospitais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, etc.) nesse processo de inspeção, com o modelo atual de fiscalização.

Falta uma metodologia que mostre exatamente onde os requisitos estipulados pelos órgãos competentes, neste caso, principalmente, o Ministério da Saúde, interferem nos processos de assistência e, que grau de comprometimento terá a assistência, se estes requisitos deixarem de ser garantidos.

Para que se possibilite conclusões sobre o que deve ser exigido pelo órgão de fiscalização e como este deve gerenciar o processo de negociação com o hospital, no sentido de propor melhorias às atividades e ou processos que compõem a estrutura hospitalar.

Esse fato traz insatisfação, tanto para as organizações hospitalares quanto para o serviço de fiscalização, neste em grande parte para o corpo técnico que enfrenta dificuldades na conduta final do processo de avaliação.

Para melhor identificar as necessidades do órgão de fiscalização estadual; construiu-se, a seguir, o modelo atual de avaliação hospitalar com as principais dificuldades práticas.

Este modelo foi criado a partir de conversas informais com profissionais que atuaram e outros que ainda atuam na Gerência de Fiscalização das Unidades de Saúde, porque inexistia uma descrição formal de como deve ser efetuado o processo de avaliação hospitalar.

AValiação HOSPITALAR - DIFICULDADES

- *Requisitos Técnicos*

Os requisitos técnicos exigidos, para o funcionamento do serviço, estão relacionados em diversos instrumentos legais (Portarias, Normas, etc) elaboradas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, hoje Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Os requisitos são descritos por tipo de serviço de forma genérica, não recebem valor numérico por grau de importância para a assistência, sendo que durante o processo de avaliação percebe-se a falta de detalhes sobre certos requisitos e ausência de outros.

Falta de um instrumento prático que contemple todos os requisitos técnicos detalhados por serviço oferecido, que sejam ponderados por grau de importância para facilitar a conduta final do processo de avaliação.

- *Avaliação de processos*

O processo de inspeção tem por objetivo identificar requisitos técnicos que não estão sendo cumpridos pelo hospital. Avalia -se somente se o requisito técnico foi cumprido ou não (sim ou não).

Torna-se difícil convencer os hospitais a cumprir os requisitos técnicos, porque não se mostra os processos afetados por estes requisitos. Há dificuldade no “convencimento” da diretoria destas organizações do grau de risco que podem trazer as falhas detectadas; até porque, muitas vezes, esta diretoria está ocupada por profissionais sem formação na área de saúde e/ou profissionais de saúde sem conhecimento na área de produção. Tornando-se a abordagem superficial e frágil.

Os hospitais, também parecem não perceber o uso de metodologias adequadas às atividades das organizações hospitalares, por parte dos serviços de fiscalização para que ocorra esse processo de convencimento.

- *Padronização*

O inspetor decide ao final da checagem do cumprimento dos requisitos técnicos, quais requisitos devem ser priorizados, de acordo com seu conhecimento/experiência.

O hospital recebe um documento oficial (autos de infração e/ou intimação) contendo as irregularidades, as providências que devem ser tomadas para o cumprimento destes requisitos, bem como, o prazo para cumprimento pode ser variável para o mesmo requisito dependendo da visão pessoal do inspetor.

A conduta final no processo de avaliação é variável devido a falta de padronização. Os órgãos de fiscalização hospitalar tem um papel de “inspetores”,

verificam se o hospital segue ou não requisitos estipulados pelas normas e padrões vigentes e, ao final, são exigidos o cumprimento dos requisitos não cumpridos.

Os hospitais são penalizados por funcionar em desacordo com as normas, por não corrigir falhas, que geralmente acarretam em multas e atraso em documentos que são fundamentais para os mesmos conseguirem convênios, ou seja, traz danos econômicos à organização.

Esses órgãos fiscais precisam avaliar hospitais e converter esta avaliação em planejamento de atividades preventivas, reconhecidas pelo hospital e decididas em conjunto com a alta gerência e com os profissionais de saúde envolvidos no processo.

Atualmente, os órgãos de fiscalização tem dificuldade em manter as inspeções em todas as organizações de saúde do país, pela carência de profissionais que tenham qualificação nessa área e, principalmente, porque esta é uma atividade que demanda grande quantidade de recursos.

Porém, esses órgãos são também arrecadadores de recursos financeiros, embora muitos serviços de fiscalização não tenham retorno sobre o arrecadado. Estabelecer uma nova abordagem fiscal pelo que se propõe, significa maior envolvimento com as organizações hospitalares e, em menor tempo de inspeção, o que poderá acarretar em menor custo para o Estado.

O que além, de proporcionar a identificação do perfil dos hospitais, poderá ser utilizado por todos os Estados e pelo Ministério da Saúde para normalização dos diversos serviços de saúde (cumpre esse papel desde a descentralização das ações do mesmo aos serviços de fiscalização estaduais, o que irá acontecer, da mesma forma, com a descentralização das ações do nível estadual para o municipal, ou seja ao nível estadual também caberá o papel de normatizador).

4- SERVIÇOS DE SAÚDE: CARACTERIZAÇÃO, QUALIDADE E CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

4.1- DESENVOLVIMENTO DO SETOR DE SERVIÇOS

Desde a Segunda Guerra Mundial, o fornecimento de serviços tornou-se, segundo QUINN(1996), o maior setor da economia americana sobrepondo-se à indústria de manufatura.

A indústria de serviços é responsável em 74%, ou 3.345 bilhões de dólares do PIB e 77% ou 92,6 milhões de todos os empregos e, mesmo nos períodos de recessão econômica, houve crescimento desse setor, se considerarmos que na recessão de 1991-1992, se comparado ao setor manufatureiro, este reduziu gravemente a oferta de emprego se comparado ao primeiro setor.

É um consenso que o setor de serviços tem crescido nos países industrializados, GIANESI(1994). Em todos os países desenvolvidos o setor de serviços tem se destacado, tem crescido, também, a procura pela mão-de-obra.

No Brasil, dados do IBGE de 1991 indicam que se comparado à taxa de ocupação da mão-de-obra no setor de serviços em 1950, em 1989 esse setor alcançou um crescimento de ocupação de 50%, onde uma das causas apontadas foi a diminuição do crescimento do setor industrial.

Para QUINN(1996), o setor serviços tem crescido uniformemente. MOTA(1996), refere que a economia americana atual é uma economia de serviços,

de fornecimento mundial de serviços, resultado de uma sociedade pós-industrial. Outros fatores que propiciam a aumento da demanda por serviços são, segundo GIANESI(1994):

“Desejo de melhor qualidade de vida, mais tempo de lazer, a urbanização, tornando necessários alguns serviços como segurança, mudanças demográficas que aumentam a quantidade de crianças ou idosos (características da população) e portanto consomem maior variedade de serviços, mudanças econômicas como o aumento da participação da mulher no trabalho remunerado e pressões sobre o tempo pessoal, aumento da sofisticação dos consumidores, levando a necessidades mais amplas de serviços, mudanças tecnológicas (como o avanço dos computadores e das telecomunicações)”...(GIANESI(1994), p.17).

Segundo QUINN(1996), as novas tecnologias diminuíram os custos relativos aos serviços, porque enquanto a produtividade aumentava em manufatura a demanda de mercadorias de certo modo excedia. Com a diminuição dos custos de serviços aumentou-se sua variedade, valor e, em consequência a utilidade de serviços pelo indivíduo.

“A causa básica dessa grande transformação econômica é a emergência do intelecto e da tecnologia – sobretudo em serviços – como bens altamente alavancáveis. O intelecto alavancado e seu facilitador principal, a tecnologia de serviço, reformulam não apenas as indústrias de serviço, mas também a manufatura americana, os padrões econômicos e de crescimento global do país, as estruturas empregatícias nacionais e regionais, além da posição dos Estados Unidos na política mundial e na concorrência internacional” (QUINN(1996), p.5).

O interesse dos negócios pela qualidade provém de recusas dos consumidores em aceitar algo com defeito ou com especificações que contrariam as suas expectativas. E, que somente 15% das organizações do setor de serviços americanas tem programas de qualidade, GREEN(1995).

Mas, por volta do ano 2000, 75% daquelas que tiverem mais de 500 empregados terão iniciado programas de qualidade. As mais “agressivas” serão as organizações de serviços de ordem financeira, as organizações de saúde e o “governo”.

4.2- DEFINIÇÃO DE QUALIDADE

A palavra qualidade é uma das mais utilizadas nos dias de hoje. Cada vez que se descreve um produto ou serviço, refere-se a algo com determinada qualidade, mas a palavra qualidade é diversificada. É preciso encontrar uma definição clara e concisa, MIRSHAWKA(1994).

O que se sabe, é que quando se cita qualidade, pensa-se em produtos e serviços que preenchem os requisitos do cliente, no momento certo e com preço justo. GUINTA(1993), refere que quando se está desenvolvendo um produto ou serviço, a “qualidade” é aquilo que o cliente considera qualidade.

Quando se supera a expectativa do cliente a organização alcançou excelência em seus serviços. Pode-se dizer que há de se considerar, então, o serviço propriamente dito e a forma como o mesmo é percebido pelo cliente, CASAS(1994).

Então, define-se qualidade, a partir de CAMPOS(1992) e FIATES(1995), como a entrega do produto ou serviço dentro das especificações pré-estabelecidas pelo cliente, cobrando por isso um preço justo, cumprindo os prazos e respeitando a moral e segurança dos clientes, funcionários, acionistas e a sociedade em geral.

Porém, o paciente em um hospital para ter sucesso na terapêutica instituída, nem sempre receberá o que deseja, como uma injeção, por exemplo. A análise do que significa qualidade pode estar relacionado ao resultado final do serviço e à conformidade das técnicas a fim de evitar falhas. A percepção do conceito de qualidade, neste caso, torna-se mais difícil. Em Pediatria, da mesma forma, torna-se significativo pensar na execução dos procedimentos, considerando a possibilidade do menor trauma.

5- A IMPORTÂNCIA DO FATOR HUMANO NO SETOR DE SERVIÇOS

O intelecto, ou o conhecimento sobre o que é executado, é o recurso principal da produção e prestação de serviços, o funcionário é quem impulsiona o serviço (*empowerment*), portanto o sucesso na prestação de serviços depende do intelecto daquele que o executa, QUINN(1996) e CASAS(1994).

O poder do intelecto nos serviços (bom desempenho) cria vantagem competitiva e pode vir a aumentar a disponibilidade de recursos econômicos quando do alcance da excelência pelo controle de processos para redução de falhas, identificação do valor agregado às atividades, dentre outros.

Fato de grande importância hoje no Brasil para propiciar melhoria aos serviços de educação e saúde públicos. O recurso determinante da eficácia das organizações de serviços é o fator humano que desenvolve o serviço. Segundo a maior parte dos autores este fator depende da estrutura, ou projeto do serviço para que possa desenvolver o serviço com sucesso, como citado anteriormente a partir de QUINN(1996) e CASAS(1994).

“O real valor da organização não se encontra em bens físicos e sim na competência humana, bases de dados, capacidades organizacionais, imagens intangíveis e sistemas...” (QUINN(1996), p.37).

Como QUINN(1996), GREEN(1995) afirma que além do investimento em treinamento, a qualidade em serviços depende de ônus econômico a ser despendido inicialmente, porém esse recurso inicial tem sido recompensado para quem investiu na idéia.

O sucesso das organizações depende das pessoas, o que na indústria da prestação de serviços é ainda mais evidente. O que torna necessário um ambiente que encoraje e torne possível às pessoas se comportarem de maneira a contribuir para um eficiente desempenho individual e também da organização.

A maior preocupação das organizações tem sido a satisfação das necessidades prioritárias das pessoas, de forma a motivá-las a um comportamento significativo. Embora, isto nem sempre aconteça no meio organizacional, pode levar a insucessos no desempenho da organização com vistas ao mercado.

5.1- OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em saúde, pode-se concluir, parece haver mais especificamente no serviço hospitalar, uma dependência maior do intelecto pela estrutura do serviço ou o projeto do serviço. O projeto do serviço deve atender as necessidades dos clientes internos ao mesmo (profissionais de saúde) e do cliente externo (pacientes).

Os primeiros se utilizam da estrutura para atingir o paciente, suprir suas necessidades. Em relação a cliente, é como se “separássemos” a organização hospitalar em duas partes, uma externa e outra interna.

Ou seja, a estrutura que recebe o paciente durante o atendimento e a estrutura mais voltada para tecnologia em saúde, da qual os profissionais de saúde fazem uso para prover a assistência correta e/ou adequada ao paciente, como a

necessidade de dispor de artigos estéreis, correlatos (luvas, sondas, etc.), outros equipamentos, meios de diagnóstico por imagem, nutrição e dietética, dentre outros.

Os raros autores que tem trabalhado ferramentas da qualidade para hospitais, tem feito suas análises nesta primeira estrutura, externa. Há referência deste fato ocorrer devido a dificuldade de se trabalhar a organização internamente, principalmente no que se refere à qualidade clínica.

Os profissionais de saúde precisam ter esses elementos para que o processo terapêutico se estabeleça com sucesso, isso diz respeito a qualidade percebida pelos profissionais de saúde. Existe, separadamente, a qualidade percebida pelo paciente (atendimento com simpatia, temperatura da alimentação estava adequada, período de internação curto, alívio da dor, dentre outras percepções).

O paciente tem uma percepção externa do serviço do ponto de vista de que ele não sabe do que foi despendido de recursos, além do intelecto dos profissionais de saúde para que recebesse a alta hospitalar e retornasse a sua vida diária.

As características gerais são as mesmas dos demais serviços, como a intangibilidade, dificuldade de padronização, de avaliação de desempenho e dentro desta da avaliação da qualidade. A dificuldade maior está em mensurar a dita qualidade clínica. Pois a avaliação externa somente não garante a eficácia terapêutica.

Há também de se considerar o fato de que, segundo ZANON(1995), um paciente perfeitamente satisfeito pela estrutura externa hospitalar pode estar recebendo atenção de boa qualidade e sua opinião pode ser influenciada por conceitos pseudo-científicos divulgados pela mídia do que é qualidade em saúde, essa opinião sem dúvida deve ser considerada, porém não é suficiente para avaliar a qualidade hospitalar.

Em saúde, o foco não tem estado sobre o conhecimento dos processos e das variáveis envolvidas a estes, como forças e interações que determinam a satisfação do cliente, ainda pouco compreendida. Sem este conhecimento parece difícil chegar a um consenso sobre que aspectos devem ser considerados para a garantia de qualidade.

A preocupação, neste caso, tem recaído sobre a identificação de falhas decorrentes do processo final de assistência, os indicadores de qualidade em saúde, que serão apresentados posteriormente.

ZEITHAML(1990), quando compara o setor de serviços com manufatureiro, refere que, no primeiro, os critérios a serem considerados na qualidade de serviços devem ser aqueles definidos pelo consumidor, como os únicos que devem ser valorizados. Há, no entanto, para o setor de serviços de saúde a necessidade de se considerar o que foi exposto acima.

O que se procura, atualmente, é identificar indicadores de qualidade para hospitais (NOVAES(1996); BURMESTER(1996), que alguns autores chamam de

indicadores epidemiológicos, como ZANON(1995), desenvolvidos a partir de dados resultantes da assistência, os quais servem de “alerta” no desenvolvimento da assistência ao paciente, que envolve vários profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros.

A simultaneidade no setor de serviços de saúde deve ter uma atenção especial, os profissionais precisam ser preparados para a atividade que desempenham porque as falhas em saúde geralmente acarretam danos sérios ao paciente, inclusive o óbito. O que não deve acontecer em um serviço de cabeleireiros, por exemplo.

Em saúde, além do dado humano (que deve ser o foco da assistência) há o processo jurídico, que hoje se instala com maior frequência, pode afastar profissionais da possibilidade de continuar trabalhando, acabar com carreiras profissionais de sucesso, por falhas devido a falta de atualização de conhecimentos ou por estar na “ponta” de um processo que já foi desencadeado de forma incorreta.

A estrutura interna adequada as atividades profissionais e de acordo com o tipo de demanda, bem como profissionais bem capacitados, com boas condições de trabalho são fundamentais para o sucesso na prestação de serviços de saúde.

Após conhecer a demanda do serviço a que pretendem desenvolver, os profissionais de saúde, geralmente, determinam o que será necessário para criação do projeto do serviço. Se este projeto tiver falhas o paciente sofrerá alguma interferência destas.

MOTA(1996), atenta para o fato de uma definição clara de quem são os clientes da organização, para identificar a responsabilidade de cada participante do processo de prestação de serviços.

5.2- DEFINIÇÃO DE HOSPITAL

Até o século XVIII, o hospital era um local de assistência aos pobres doentes, de separação e exclusão de doenças contagiosas, para afastar o ser humano doente da sociedade da época.

No século XVIII, o hospital passa a visto como um instituição de assistência terapêutica ao doente, com vistas a cura, devido a necessidade de anular os efeitos nocivos do hospital, levantados através de inquéritos. Datados, segundo FOUCAULT(1989), de 1780 onde foram concluídos fatos importantes, como a correlação entre taxa de mortalidade crescente dos feridos e a vizinhança de doentes atingidos por "febres malignas".

Quando começam a perceber que certos aspectos influenciavam no destino dos doentes, como por exemplo, *"o percurso, o deslocamento, o movimento no interior do hospital, particularmente as trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha, pano utilizado para tratar ferimentos, etc"* (FOUCAULT(1989) p.100), o que poderia explicar fatos patológicos no hospital.

Então, o hospital passa a ser definido como uma organização para curar e se produz efeitos patológicos precisa ser corrigido, entra portanto a disciplina, o

controle sobre as práticas dentro do hospital, entra o processo de avaliação constante dos hospitais.

Pode-se concluir que várias razões levaram a reestruturação dos hospitais passando a defini-lo como instituição terapêutica, como foram as razões econômicas, o valor dado ao indivíduo e o desejo de evitar epidemias.

As causas econômicas estão ligadas mais precisamente, na época, às mercadorias trazidas por falsos doentes que passavam pelos hospitais marítimos, uma forma de contrabando do referido século.

Atualmente hospitais são definidos como *“local onde se realizam ações objetivando a promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa, em regime de internação...”* (SES- Secretaria de Estado da Saúde- Cód. Sanitário (1983), Lei 6,320 p.4).

5.2- DEFINIÇÃO DE CLIENTES NO SERVIÇO DE SAÚDE

Clientes dos serviços de saúde podem ser classificados em internos e externos, ambos são considerados como “acionistas” da organização, ou melhor partes integrantes da organização, EINSRUICH(1996).

Define-se, portanto clientes externos, a partir deste autor como: pacientes, pagadores (planos de saúde), empregados de pacientes, companhia de seguros, etc

e clientes internos como: profissionais de saúde, dentre outros que possam vir a participar dos processos internos.

Muitos autores afirmam que se pode comparar serviços de saúde com produção de carros, onde transportar registros médicos ou enviar especialistas são “processos”. Os pacientes de um hospital e os compradores de atendimento médico são “clientes” e as enfermeiras, cirurgiões e bioquímicos são fornecedores, GRE[95].

Porém, EUREKA(1992), refere que é preciso sempre identificar os clientes internos e externos, mas que se surgirem conflitos, o cliente interno deverá sempre ceder lugar ao externo, assegurando ao usuário final a obtenção do que ele deseja.

5.4- A QUESTÃO DA QUALIDADE HOSPITALAR

Para estudar-se qualidade no setor de serviços é necessário reconhecer e diferenciar a qualidade requerida pelos clientes daquela planejada pela administração e finalmente a qualidade oferecida por aqueles que executam o serviço. Deve haver equilíbrio entre estes três níveis, FIATES(1995).

Agora, implementar programas de qualidade em serviços de saúde hospitalar traduz-se em uma questão bastante complexa, pela quantidade de variáveis que precisam ser trabalhadas para garantia da qualidade clínica, que implica em garantir profissionais habilitados e eficazes e uma estrutura adequada aos serviços oferecidos.

O Governo nos EUA arca com mais de 666 bilhões de dólares para saúde. O que o Governo precisa saber o que paga, assim da mesma forma no Brasil. O Governo precisa resgatar a confiabilidade do atendimento público, porque ele também “ganha” com isso. Parece que quem promover melhorias às questões de saúde, terá sucesso político, talvez possa-se considerar este aspecto.

Outro aspecto que parece estar ligado as preferências dos clientes internos, é que o acesso ao serviço de saúde está dependendo das formas de pagamento. A pessoa humana precisa ter acesso ao serviço de saúde, é um direito respaldado pela Constituição da República Brasileira, de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde.

A importância do desenvolvimento da qualidade em hospitais está diretamente ligada à necessidade de aumentar a disponibilidade dos serviços através do aumento da produtividade e da racionalização do consumo de recursos, diminuindo custos, MOTA(1996).

O sistema de saúde hospitalar atualmente, se caracteriza por uma demanda que supera a oferta, o que pode levar a preocupação para com a qualidade à um segundo plano. Porém, como cita EINSRUICH(1996), os pacientes hoje conhecem mais de saúde, são menos “pacientes” e exigem eficiência.

Qualidade em saúde é uma questão de sobrevivência, redução de falhas em processos de produção (desperdícios por inadequada alocação de recursos), melhoria da qualidade de vida, em decorrência desta tem-se pessoas mais ativas,

melhores condições humanas para o trabalho, melhor produção econômica para o país.

A qualidade em serviços de saúde visa, segundo MOTA(1996), garantir vantagens competitivas às organizações do setor, servindo de fator de diferenciação entre os mesmos. Como resultado, tem-se o aumento da qualidade do serviço prestado, da redução de custos em função de melhorias no processo e da maior ênfase do cliente em relação ao serviço fornecido.

Ao contrário de MOTA(1996), que referencia a separação de serviços de saúde em termos de função: funções técnicas e funções relacionadas aos contatos existentes durante a execução (contatos pessoais).

Pode-se dizer que a função técnica corretamente desempenhada inclui, como excelência, o contato durante a execução e depende diretamente dos serviços auxiliares para o bom desenvolvimento terapêutico, este centrado no modelo sistêmico e vai desde o primeiro contato do paciente com o profissional de saúde até o último contato da assistência terapêutica.

Não há como se dizer que uma organização de saúde fornece serviços de qualidade, se seus integrantes não tiverem o que foi descrito em mente. A organização de saúde precisa estar preparada para atender o paciente considerando todas as suas interfaces: econômicas, biológicas, sociais, políticas, priorizando pontos vitais.

Em caráter emergencial, a assistência pode quebrar a prática “sistêmica”, para preservar a vida, porém, em mente todos compreendem o ser humano como global, sistêmico, e conseguem inclusive prever problemas que serão enfrentados posteriormente a assistência emergencial considerando as interfaces deste ser humano.

É preciso conhecer as necessidades dos clientes para acertar o projeto do serviço. Em saúde temos duas faces a serem atendidas como foi citado, a qualidade do ponto de vista do cliente externo ao serviço definido por ALMEIDA(1993), o usuário e/ou paciente (suas expectativas, preferências, etc.) e a qualidade do ponto de vista do cliente interno, definido por MIRLET(1994) como qualidade clínica, ou seja, do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Esses danos que podem ser causados pela não-qualidade dos serviços de saúde têm um alto custo. Por exemplo, causado pela infusão em vaso sanguíneo de dieta nasogástrica ao invés de dieta parenteral. Se há perda da vida humana, então se torna difícil estipular dano econômico.

“Para os consumidores dos serviços de saúde, a ausência da qualidade pode ser uma questão de vida ou morte...caso da mulher de 33 anos que estava fazendo o que deveria ser um exame pélvico rotineiro no Illinois Masonic Medical Center. O médico pegou uma haste de algodão tirada do carrinho de instrumentação, num procedimento usado por milhões de mulheres todos os anos. Momentos depois, ele percebeu que a haste já havia sido usada antes na lesão de pele de um homem portador do vírus da AIDS” (GRENN(1995), p.143).

No Brasil, por exemplo, há casos de transfusão de sangue contaminado com vírus HIV, há casos de lesões medulares pós-cirúrgicas, dentre outros. Os

indicadores de qualidade que vem sendo desenvolvidos tem por base esses tipos de erros.

Agora, com relação a haste de algodão e a transfusão de sangue contaminados, a estrutura falhou, a relação cliente-fornecedor descrita por ALM[93] não ocorreu efetivamente, pois após o uso deste tipo de correlato (haste de algodão) o mesmo deve ser desprezado, ou encaminhado para laboratório, alguém deveria ter feito isso quando o exame anterior foi realizado.

Para que um sangue contaminado seja transfundido, houve falha na realização do exame (qualidade do Kit utilizado, por exemplo quanto a sensibilidade e/ou especificidade), ou troca na coleta e/ou no processamento do mesmo do código da amostra que vincula ao doador, ou a dita “janela imunológica”, onde o paciente se infectou com o vírus, mas os testes ainda não conseguem detectar os anticorpos. Existem inúmeros processos de produção envolvidos neste caso.

Para garantir qualidade em saúde é preciso desenvolver mecanismos para prevenção de falhas. Todos os problemas citados tem levado serviços à perder credibilidade e ser palco de críticas pela mídia, isto atinge, inclusive, a credibilidade da assistência prestada pelos profissionais que atuam no serviço. Os quais precisam entender, que este problema se estende as suas carreiras extra-hospitalares.

Fato pelo qual devem participar efetivamente das ações para garantia de qualidade de forma global nas organizações de saúde. Mas, prefere-se aqui, destacar a necessidade de garantia de qualidade no sentido de redução de custos, o

interesse maior das organizações de saúde hospitalar particulares e para garantia de uma assistência sem maiores danos à saúde, objetivo maior deste trabalho.

Quando se pensa em padronizar a conduta terapêutica dos profissionais de saúde, principalmente a médica enfrenta -se uma situação bastante complexa, embora se verifique variações de tratamento dado a vários pacientes com o mesmo problema, grande parte das decisões são tomadas na hora, de acordo com os variados problemas de saúde encontrados e os diversos tipos de pacientes.

São muitas e delicadas questões a serem trabalhadas no setor saúde. Porém, intenciona-se tratar mais, aqui, a relação cliente interno x estrutura de trabalho e suas implicações para a qualidade do serviço.

O que se descreve a seguir são definidos como resultados de pesquisas em hospitais sobre o gerenciamento de serviços hospitalares, desempenho hospitalar e necessidade de melhoramento da qualidade. Os dados serão importantes para conclusões sobre o desenvolvimento da qualidade em serviços hospitalares, são relatos de experiências.

FORT(1996), refere-se a um hospital canadense que precisou assegurar qualidade na assistência para garantir um credenciamento, pelo qual receberia aumento recursos econômicos. Vinham, até então, desenvolvendo auditorias de qualidade, através de comitês de qualidade que tratavam de questões de gerenciamento de riscos. Participavam médicos e paramédicos.

O investimento era maior do que o retorno de seus esforços e ainda assim não conseguiam resolutividade para os problemas levantados. Em 1995, iniciaram um processo de mudança na estrutura do hospital, bem como processos de produção, precisavam de uma nova filosofia para desenvolvimento da qualidade total.

Reuniram *staff* e presidente da organização e formaram times para desenvolver projetos de melhoria da qualidade. Realizaram assembléias com comitês, as diretrizes conduziram a melhoria de qualidade, priorizaram três projetos, a partir de uma lista de melhorias.

Para cada item listaram questões para melhoria da qualidade da assistência e divulgaram a lista para o corpo técnico e visitantes. Para implementação do plano utilizaram técnicas e princípios do *just-in-time*; cartazes, histogramas, matrizes de prioridade e técnicas de *brainstorming*, aplicaram questionários com 24 voluntários (visitas domiciliares) para buscar críticas recentes da assistência.

Um time trabalhou somente para melhoria da qualidade clínica, através de um projeto, na busca de soluções para os problemas nesta área. Com estas ações o hospital começou a obter melhorias reais. O resultado foi uma tabela contendo o problema de assistência sentido pelo cliente interno ou externo, para quem a questão era relevante (quem caberia a resolução do problema, como por exemplo a diretoria ou a produção, etc), qual o andamento da questão (se já havia sido solucionado ou não), quais ações pendentes acerca daquele problema.

Com as técnicas utilizadas conseguiram visualizar questões importantes, como os reais problemas de qualidade da assistência, a quem o problema era relevante, soluções. O trabalho de CAWSEY(1995), chama a atenção para o real problema da assistência hospitalar, o qual não está em um grupo ou em falhas ocasionais individuais ou em práticas pobres, frágeis, mas em desenvolver procedimentos que regulem cuidados individuais de gerenciamento de falhas graves.

Pontos importantes estão na definição de papéis dos conselhos administrativos para iniciativa na área de qualidade organizacional e quanto a estrutura hospitalar pode facilitar o envolvimento com a qualidade. E, quanto este conselho pode gerar processos de iniciativas pela qualidade e quais atributos pela qualidade este conselho deve monitorar.

É necessário diferenciar o que compete a diretoria e o que compete a produção. A história do *St. Marys General Hospital*, começou assim e a questão final foi a seguinte: qual conjunto de ferramentas poderia “socorrer” o hospital para satisfazer suas obrigações para com os consumidores? Elaboraram sete tarefas principais para reestruturação da diretoria:

- Organização do Conselho Administrativo, monitorização de atividades e estabelecimento de decisões acerca do processo de implementação contínua da qualidade;
- Análise da estrutura do comitê;
- No processo de estruturação o foco era o consumidor;

- O processo criaria um mudança de mentalidade;
- O envolvimento e a participação dos membros da diretoria seria necessária;
- O papel jurídico seria abordado;
- A diretoria teria uma participação no processo educativo.

A mudança para focar o consumidor e a educação por parte da diretoria traria uma nova filosofia para organização, são fatores para iniciar mudança organizacional. Foram distribuídas diferentes responsabilidades para atingir grupos de consumidores. Foram diferenciados os papéis da diretoria e da produção nas questões de qualidade.

A mudança organizacional analisada pela diretoria favoreceu um ambiente mais estável, aumentou a receptividade para mudança, a ênfase no consumidor trouxe informações para tomada de decisões mais precisas para melhor direcionar suas ações para alcançar os objetivos da organização.

O comitê reestruturado, os documentos emitidos pelos comitês recebiam informações da diretoria sobre recomendações a ações a serem executadas passou a atender somente questões necessárias a melhoria de qualidade. A diretoria passou a ter atividades estabelecidas:

- Explicitar e encaminhar valores fundamentais;
- Possibilitar um direcionamento do sistema organizacional;
- Possibilitar atividades potenciais;
- Gerar um ambiente para atualização do conhecimento;

- Descrever relacionamento entre constituintes relevantes (consumidores, staff e demais);
- Determinar informações necessárias.

O processo de mudança inicia pelo fator humano, onde a excelência é mais que resolver problemas, sendo importante eliminar times de trabalho com duplicidade de funções. A flexibilidade dos grupos provém de objetivos claros e a responsabilidade pela qualidade é tanto da diretoria quanto da produção. A diretoria monitora a qualidade, são relatórios, outros dados. A produção desenvolve processos para garantir a qualidade da assistência ao paciente, para isso é preciso a troca de informações.

Este hospital fez uma pesquisa junto aos consumidores para detectar características de qualidade a partir dos pacientes, cita-se algumas a seguir:

- Cuidado apropriado;
- Ambiente agradável;
- Fornecer cuidado humanitário;
- Foco estar direcionado ao consumidor;
- Risco baixo;
- Acesso rápido.

Estes requisitos para serem satisfeitos envolvem um grande número de elementos da estrutura: pessoas, tecnologia diagnóstica, terapêutica e de informação. Após estabelecidos os requisitos técnicos para satisfazer as necessidades dos pacientes, reestrutura-se os processos de produção. Assim,

inicia-se o processo para a melhoria da qualidade hospitalar, principalmente a qualidade clínica, MIRSHAWKA(1994).

Os artigos referem-se sempre ao trabalho em equipe, ao foco no cliente, a satisfação também das necessidades dos profissionais de saúde que executam a assistência, eficiência financeira e tecnológica e para a necessidade de envolvimento da diretoria neste processo de mudança.

Os programas de qualidade tem apontado para atividades desnecessárias que ocasionam custos excessivos ou duplicidade de atividades em setores diferentes. No final todos referem que há uma recompensa econômica e de qualidade do serviço bastante significativa.

De todos os trabalhos consultados, nenhum trouxe informações de que a gestão pela qualidade, com incorporação de ferramentas/metodologias da qualidade tenham trazido prejuízo aos serviços de saúde. A dificuldade está em desenvolver estas metodologias, adequá-las as características próprias deste serviço.

GRENN(1995), refere que o *Institute for Health Care Improvement* sediado em Boston está na dianteira, no ano em que realizou a pesquisa, na detecção de áreas problemáticas. Os resultados de seus trabalhos junto com o Instituto Juran foram significativos: reduziram o tempo de admissão de pacientes, sendo que o tempo de admissão caiu 11 minutos no verão de 1991 e os custos ficaram menores cerca de 260 mil dólares por ano, principalmente em decorrência da eliminação de tarefas administrativas.

A maioria das equipes, porém se concentrou em funções como dar alta, serviços de limpeza e alimentação e não enfocaram a “qualidade clínica”, MIRSHAWKA(1994), definida anteriormente. Um fato interessante citado por GRENN(1995), é que a U.S. *Health Care Inc.*, outra instituição americana ligada a saúde, relacionou o pagamento de hospitais à qualidade do atendimento dado.

Uma cadeia de hospitais (*Intermountain Health Care Inc.*), acredita ter detectado alguns caminhos para elevar os níveis de qualidade aos médicos e enfermeiras procurando eliminar variações inadequadas em cuidados de saúde.

O resultado foi uma redução das taxas de infecção hospitalar de um dos hospitais da referida cadeia, após colocarem um sistema de computador ao lado do leito do paciente para monitorar os antibióticos ministrados aos pacientes antes da cirurgia. Resultou em uma economia de 14 mil dólares em cada infecção hospitalar evitada.

A taxa de infecção hospitalar, sem dúvida, é um indicador de qualidade. Agora, é necessário traduzir estes indicadores em requisitos para o serviço, detectar que processos/procedimentos estão envolvidos no indicador e traçar mecanismos de prevenção de falhas para tais procedimentos.

Atualmente, as equipes de saúde estão trabalhando primeiro na detecção dos indicadores e, ainda, parecem não terem encontrado metodologias que levem a identificação dos processos ligados aos indicadores e aos mecanismos falhos, bem

como, uma metodologia que permita trabalhar todos os indicadores ao mesmo tempo com equipes diferenciadas.

Por exemplo, anestesistas e cirurgiões trabalham para detectar que processos são afetados pelo indicador lesões medulares pós-cirúrgicas, farmacêuticos, médicos e enfermeiros usam a mesma metodologia para detectar processos afetados pelo indicador infecção hospitalar. Após, traçam requisitos para o controle destes indicadores.

A vida hoje exige, no dia-a-dia, serviços mais especializados, melhores em qualidade e credibilidade que propiciem satisfação plena. Os serviços de saúde hoje traduzem-se em insatisfação notória (difícil acesso, custo elevado para conseguir acesso, problemas decorrentes de doenças que poderiam ser evitadas em grande parte dos casos pela assistência primária à saúde (NOV[96]), dentre outros).

5.5- MEDIDAS DE DESEMPENHO HOSPITALAR

Os indicadores de qualidade em hospitais estão sendo considerados para verificação de desempenho organizacional, trata-se de medidas de desempenho ligadas mais fortemente à qualidade, porém não se conhece todos os processos de produção desses hospitais, o que é necessário para trabalhar medidas de custo e tempo.

Os trabalhos encontrados estão procurando identificar medidas de desempenho, com base nas exigências de um grupo de clientes internos, os profissionais de saúde, a partir de suas experiências na assistência.

Mas, a maior parte das pesquisas evidenciam as necessidades dos pacientes e procuram incorporá-las à dinâmica organizacional, porém as avaliações parecem mais superficiais, tanto quanto é morosa as resoluções dos problemas reais que enfrentam os hospitais atualmente, como as queixas de pacientes em relação a qualidade e tempo de entrega do mesmo que são notórias.

E, por outro lado, recursos insuficientes por parte da organização, o que nos leva a pensar que algo nesse processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde está inadequado, ou ainda as descobertas nesse campo caminham lentamente.

Por outro lado, também, a identificação dos processos hospitalares e suas atividades-chaves com vistas ao cliente é complexa, se comparada talvez a uma indústria produtora de móveis ou como os serviços oferecidos por uma lanchonete, dentre outros.

As medidas de desempenho hospitalares são chamadas de indicadores de qualidade em saúde (FERRARI(1997), BURMESTER(1996), CAWSEY(1995) e NOVAES(1996)) ou indicadores epidemiológicos, ZANON(1995), quanto ao referido por HRONEC(1994) são aceitáveis e possíveis de serem mensurados ou avaliados, mas podem ter sido identificados sem o estudo dos processos e sem identificação

das atividades chaves, pela análise das exigências dos clientes. O que pode dificultar o alcance das metas organizacionais quanto a satisfação das necessidades dos clientes.

Este trabalho busca alcançar um outro caminho que permita a avaliação de hospitais tendo por base ferramentas/metodologias que tratam essas dúvidas. Porém, entende-se que o desempenho dos serviços de saúde em especial o hospitalar, está diretamente ligado às medidas de Qualidade e Produtividade e, principalmente, que o fator Qualidade é o foco decisivo quando se trata de saúde.

Relaciona-se nesta etapa indicadores de qualidade e produtividade citados, que são consideradas medidas de desempenho hospitalar, considerando estes indicadores em vários estudos em organizações de saúde e a problemática da identificação dos mesmos e do uso destes em serviços de saúde no Brasil, antes relata-se indicadores de produtividade e qualidade gerais do setor de serviços.

MOREIRA(1991), relaciona aspectos ligados as medidas de produtividade quando se fala em organizações e atividades não industriais. Entendendo por atividade não industrial *“todas aquelas relacionadas à prestação de um serviço ou uma mera venda ao cliente. Embora esse serviço (ou venda) seja conduzido eventualmente com o auxílio de meios físicos, via de regra estes são apenas uma fase intermediária e necessária no processo”* (MOREIRA(1991), p.133).

Se pensarmos em um hospital, este pode ser avaliado em número de leitos ocupados. A escolha de indicadores físicos de medida pode dificultar a definição do

que seja a produção em partes consideradas essenciais do serviço, onde qualidade e produtividade devem caminhar juntas.

No hospital, conforme MOREIRA(1991), uma incompetência médica ou outras falhas pode reter pacientes por um período maior de internação, aumento o número de pacientes-leito e a produtividade, porém com uma queda da qualidade.

Outro é o aspecto da artificialidade da medida em relação às necessidades do público usuário dos serviços. Por exemplo hospitais podem bater todos os recordes em termos de número de operações cirúrgicas realizadas em certo período de tempo. Porém estas cirurgias poderiam ser evitadas, neste caso *“a ética da prestação de serviços foi rompida, mas a produtividade aumentou”* (MOREIRA(1991), p.138).

A ausência da consideração dos níveis de qualidade dos hospitais e *“nursing homes”* pode ter provocado distorção de resultados de produtividade quantificados e do desempenho final do hospital. Existem outros autores que desenvolveram indicadores de qualidade e produtividade para o setor de serviços e para os serviços de saúde.

Considerando que para determinar qualidade em hospitais é necessário avaliar a qualidade sentida pelo cliente externo (paciente) e cliente interno (profissionais de saúde), apresenta-se tipos de indicadores de qualidade para o paciente e indicadores para os profissionais de saúde avaliarem a qualidade clínica.

Neste trabalho considerou-se dois tipos de indicadores de qualidade, da qualidade clínica – qualidade percebida pelos profissionais de saúde quanto ao resultado final da assistência, e a qualidade percebida pelo paciente, a imagem do serviço percebida pelo paciente. O objetivo maior do trabalho como foi citado anteriormente visa desenvolver requisitos para garantia da qualidade clínica do serviço de saúde hospitalar, com a finalidade de melhorar a assistência ao paciente ao final desse processo.

Indicadores de qualidade para o paciente, a partir de GIANESI(1994): consistência, competência, velocidade, atendimento e ou atmosfera, flexibilidade, credibilidade e ou segurança, acesso, tangíveis e custo.

- Consistência – o resultado ou processo não sofram variações significativas.
- Competência - qualificação e experiência profissional do prestador do serviço e é sempre ponderada pelo usuário quando o mesmo necessita de algum tipo de diagnóstico, como na consultoria e nos serviços médico hospitalares.
- Velocidade de atendimento – refere-se tanto ao tempo em que o cliente fica esperando nas diversas fases de prestação do serviço, quanto o tempo em que o serviço estiver sendo efetivamente prestado.
- Atendimento/atmosfera - compreende os itens que contribuem para tornar mais prazeroso ao cliente o processo de prestação do serviço: o atendimento personalizado, a cortesia, o uso de uma linguagem acessível.
- Flexibilidade - capacidade do prestador do serviço de alterar e adequar o procedimento, por causa de mudanças nas necessidades dos clientes, no processo ou no suprimento de recursos.

- Credibilidade/segurança - como o cliente percebe o risco envolvido na prestação do serviço, dado o seu nível de conhecimento do processo e o grau de complexidade de suas necessidades.
- Acesso – facilidade de acesso do cliente ao serviço (localização, sinalização, estacionamento, horário de operação, disponibilidade de linhas telefônicas, levar o serviço até o cliente, etc.).
- Tangíveis - o cliente avalia a qualidade e/ou aparência dos bens facilitadores (itens físicos fornecidos ao cliente para consumo ou utilização no processo de prestação do serviço). Esta avaliação influencia na decisão do cliente de adquirir ou não o serviço.
- Custo - quanto o cliente irá pagar, em dinheiro, por determinado serviço.

Indicadores de qualidade para avaliação da qualidade clínica, segundo BURMESTER(1996), são: taxa de infecção hospitalar por paciente/dia, taxa de mortalidade organizacional, taxa de ocupação hospitalar, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade operatória, relação funcionário/leito, taxas de mortalidade operatória, relação funcionário/leito, taxas de infecção segundo clínica/serviço (segundo a topografia e também por agentes etiológicos), horas enfermeiro por paciente/dia, média de permanência nas clínicas (médica, pediátrica e obstétrica), taxa de rotatividade de pessoal, taxa de acidentes de trabalho e atividades de treinamento segundo o tipo admissional, reciclagem, educação continuada e treinamentos internos e externos, exames radiológicos por paciente/dia, exames laboratoriais por paciente/dia.

NOVAES(1996), traz outros indicadores bastante significativos que acrescenta-se aos indicadores acima, os quais foram levantados nos hospitais dos EUA: presença de lesões cerebrais ou medulares pós-anestésicas, pneumonia por aspiração, infecções em feridas pós-operatórias e úlceras de decúbito.

Cada hospital persegue o equilíbrio entre profissionais (qualificação), tecnologia (atualização tecnológica), recursos financeiros e investimentos em pesquisa - aspectos que, sem dúvida, são determinantes da qualidade nos seus serviços.

Estudando prontuários de pacientes pós-alta ou óbito por vários anos, ZANNON(1995), desenvolveu indicadores chamados epidemiológicos, que na verdade seguem a mesma linha de desenvolvimento dos indicadores de qualidade apresentados e trazem contribuição ao presente trabalho.

Esses indicadores se destinam mais à qualidade clínica: percepção para os médicos, mas inclui, também, aspectos ligados a assistência dos demais profissionais de saúde, principalmente enfermeiros.

Para ZANON(1995), se a expectativa do paciente for associada a observações médicas relativas ao diagnóstico, prognóstico e terapêutica é possível desenvolver indicadores de qualidade da assistência médica.

Acrescenta-se aí os profissionais de saúde como um todo, pois a qualidade da assistência ao paciente, depende do trabalho em equipe de saúde, se um

profissional falhar no processo outros profissionais tem seus processos afetados.

Relaciona-se os indicadores, a partir de ZANON(1995):

- História clínica: é o registro detalhado, sistemático dos dados do paciente, seus hábitos, dados familiares, detalhes da doença, do estado geral, da evolução clínica, procedimentos diagnósticos estipulados e terapia indicada, dentre outros.
- Paciente-dia: total de serviços prestados a um paciente hospitalizado durante um dia hospitalar (0 a 24 horas de um dia censitário). Obtém-se a multiplicando-se o número de pacientes pelo número de dias internados.
- Número de internações: freqüência das doenças constituem cada clínica e demonstram a demanda (referida) e a natureza da assistência depende desta análise, *input* do sistema.
- Número de reinternações: é a evidência de insucesso do tratamento inicial.
- Tempo médio de permanência: a permanência pode ser afetada por fatores sociais (paciente não tem para onde ir), econômicos (pressão das empresas de seguro-saúde para reduzir a estada ou da própria organização para aumentar a rotatividade dos leitos) ou ainda pode se acrescentar as complicações clínicas inerentes ao paciente ou a assistência prestada.
- Taxa de ocupação: é a relação percentual entre leitos disponíveis e ocupados, refere que a lotação deve estar em torno de 85%. A ocupação muito elevada gera sobrecarga de trabalho que leva ao comprometimento da qualidade (pode-se dizer que é a principal causa da má qualidade da assistência atualmente nos hospitais públicos).
- Freqüência de cirurgias – deve ser apurada por: especialidade, tipo de operação (cesariana, histerectomias, etc) e por cirurgião. Pode evidenciar insucessos,

contaminação da ferida operatória, cirurgias desnecessárias, enfim falhas no processo cirúrgico.

- Queixas sem diagnóstico – taxas de queixas sem diagnóstico superiores a 4% em medicina clínica e pediátrica e a 2% em neonatologia constituem, segundo ZANON(1995), má qualidade da assistência. O diagnóstico depende da capacidade, da experiência do médico e da disponibilidade de exames complementares (laboratoriais, imagem, etc.) *“O diagnóstico é uma variável que pode afetar decisivamente o curso de uma doença”* (ZANON(1995), p.13).
- Frequência de complicações não-infecciosas – CNI – Há indícios de deficiência dos cuidados dos profissionais de saúde quando as taxas de CNI são superiores a 2%. A frequência dessas refletem o estado geral dos pacientes e os cuidados dos profissionais de saúde.
- Frequência de complicações infecciosas hospitalares – são as chamadas infecções hospitalares – IH, adquiridas no período de internação e que podem se manifestar após alta, dependem de uma série de fatores decorrentes do próprio paciente e da assistência prestada pelo profissionais de saúde, as mais frequentes são: supuração da ferida cirúrgica, infecção broncopulmonar, infecção do trato urinário, septicemia, supuração na inserção do catéter vascular, supuração de úlcera de decúbito, gastroenterite, impetigo, supuração do coto umbilical, dentre outras. A ocorrência de complicações infecciosas hospitalares é pequena quando a permanência é curta e a mortalidade baixa. O paciente nesse caso está menos exposto ao ambiente (a assistência) e, provavelmente, é menos crítico do ponto de vista clínico.

- Taxas de mortalidade – é a relação entre o número de óbitos verificados em uma clínica ou no hospital como um todo e o total de pacientes saídos desta clínica ou do hospital em um determinado período.
- Taxas de letalidade – é a relação entre o número de óbitos causados ou associados a determinada causa e o total de pacientes que apresentaram essa causa, no mesmo período de tempo. Esse indicador mede a gravidade de causa (pode ser infecção hospitalar ou outras complicações não infecciosas) é importante para estabelecer mecanismos de prevenção ao processo assistencial.

ZANON(1995), conclui que a qualidade do serviço depende do empenho dos profissionais de saúde em desempenhar suas funções, de aceitarem a missão da organização hospitalar e deve -se considerar que profissionais de saúde que estão desempenhando atos de alta complexidade sob grande tensão podem cometer erros não intencionais.

Pode-se incluir ainda os indicadores grau de reações adversas de drogas, grau de incidentes com pacientes, CAWSEY(1995). Por isso a importância de identificar quais processos de produção estão ligados a estes indicadores e procurar estabelecer trabalhos desenvolvidos. Os hospitais atualmente estão procurando identificar os indicadores de qualidade da assistência cada vez com mais frequência.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir, a partir da proposta inicial de desenvolvimento deste trabalho, que alcançou-se os objetivos propostos, embora se pudesse estendê-lo mais em relação a busca de soluções. A bibliografia apresentada trouxe o caminho que necessitava-se para obter melhorias ao processo de fiscalização efetuado pelos Órgãos Sanitários Competentes.

Embora, o desenvolvimento da metodologia em serviços de saúde demande tempo e aprendizado por parte dos profissionais, o método torna-se eficaz para o desenvolvimento de normas técnicas para o Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os quais são os órgãos normatizadores, mas também para os Estados e Municípios em Gestão Plena.

Quando falta um método de avaliação padronizado, com pesos de importância para os itens avaliados, pré-determinados, o resultado varia de acordo com a experiência e o conhecimento de quem avalia o serviço. O que se agrava com as perguntas amplas, como por exemplo, se a UTI possui serviço em boas condições técnicas.

O profissional precisa observar uma série de requisitos técnicos para poder com certeza afirmar que realmente o serviço de UTI apresenta-se em boas condições técnicas. Este instrumento repete as mesmas deficiências das normas utilizadas nesta área e até o momento o setor ainda carece de metodologias para uma avaliação mais adequada, evitando avaliações distorcidas dos serviços.

O estudo desenvolvido pretendeu trazer um conforto maior aos profissionais que avaliam os serviços hospitalares e tornar os profissionais de saúde melhor preparados para a sua prática cotidiana.

Germano Leitão de Andrade

BIBLIOGRAFIA

AKAO, Yoji. **Quality Function Deployment: integrating customer requirements into product design**. Cambridge: Massachussets, Productivity Press, 1988. 369p.

ALBRECHT, K. & BRADFORD, L.J. **Serviços com Qualidade: a vantagem competitiva**. São Paulo: Makron Books, 1992.

ALMEIDA, Léo Grieco de. **Gerência de Processo: mais um passo para a excelência**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993. 144p

ANTHONY, Robert N., GOVINDARAJAN, Vijay. **Management Control Systems**. 9th ed., Irwin/Mcgraw-Hill, 1998.

BARLEY, Sthepen R. **Technology as na Occasion for Structuring: evidence from observations of CT scanners and the social order of Radiology Departments**. Administrative Science Quaterly, v.31:78-108, 1986.

BERRY, Leonard L., PARASURAMAN, A. **Serviços de Marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese Norma, 1992. 238p.

BOOTH, Rupert. Performance **Management: making it hapen**. Management Accounting, London, November 1997.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.**

Brasília, Senado Federal, 1988. 260p.

BRASIL. **LEI 8080.** Brasília, Senado Federal, 1990. 15p.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria 1884. Brasília, 1994.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Portaria 1565. Brasília, 1994. 5p.

BRASIL. **Secretaria de Vigilância Sanitária.** Portaria 121. Brasília, 1995.

BRASIL. FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. **Crêterios de Excelênciã:** o estado da arte da Gestãõ da Qualidade Total. Sãõ Paulo, 1996.

BURMESTER, Haino. **Controle de Qualidade Hospitalar.** Associação Paulista de Medicina. Sãõ Paulo: PROHASA, 1996. 30p.

CAETANO, Marcelo. **Manual do Direito Administrativo.** Rio de Janeiro: Forense, 1970, 2v.

CAMPOS, Vicente F. **TQC no Estilo Japonês.** Belo Horizonte: QFCO, 1992.

CASAS, Alexandre L. Las. **Qualidade Total em Serviçõs:** conceitos, exercícios, casos práticos. Sãõ Paulo: Atlas, 1994.

CAWSEY, T. F., GRAHAM, D. E. **Quality and Governance in Hospitals**. Waterloo: St. Mary's General Hospital, 1995. 7p.

CHENG, Lin Chih [et al]. **QFD Planejamento da Qualidade**: o método que está ampliando a vantagem competitiva das empresas através do desenvolvimento de produtos orientado pelo mercado. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, 1995. 261p.

CHANLAT, Jean-François. **O indivíduo na organização**. Vol.1 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

CONNELLAN, Thomas K. **Fator humano e desempenho**. São Paulo: Editora Harpes & Row do Brasil, 1984.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. São Paulo: Saraiva, 1995.

DEMING, W.E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DRUCKER, Peter F. **Fator humano e desempenho**. São Paulo: Pioneira, 1981.

EINSPRUCH, Edith M., OMACHONU, Vicent K., EINSPRUCH, Norman G. **Quality Function Deployment: application to rehabilitation services**. International Journal

of Health Care Quality Assurance. Florida, 9/3, 1996. p.42-47. MCB University Press [ISSN0952-6862]

FEIGENBAUM, A. V. **Controle da qualidade total**. V.1. São Paulo: Makron Books, 1994.

EUREKA, William E., RYAN, Nancy E. **QFD: perspectivas gerenciais do Desdobramento da Função Qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992. 105p.

FERRARI, Dálvio T. (et all). **Qualidade em Serviços: considerando o fator qualidade para determinar o real desempenho hospitalar** In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Anais... Porto Alegre: UFRGS/PPGEP, 1997.

FIATES, Gabriela G. **A Utilização do QFD como Suporte a Implementação do TQC em Empresas do Setor de Serviços**. São Paulo, 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico, Universidade de São Paulo.

FORT St. John Hospital and Health Centre. **Quality Improvement Activities**. Canadá: Web Edit, 1996. 5p.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 8ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1989. 145p.

GALBRAITH, Jay R., LAWLER III, Edward E. & Associados. **Organizando para competir no futuro**. São Paulo: Makron Books, 1995.

GIANESI, Irineu G. N., CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração Estratégica de Serviços**: operações para a satisfação do cliente. Fundação Vanzolini . São Paulo: Atlas, 1994.233p.

GREEN, Cynthia. **Os Caminhos da Qualidade**: como vencer os desafios da economia global. São Paulo: Makron Books, 1995.

GUINTA, Lawrence R., PRAIZLER, Nancy C.**Manual de QFD**: o uso de equipes para solucionar problemas e satisfazer clientes pelo desdobramento da função qualidade. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1993. 117p.

HAMEL, Gary, PRAHALAD, C. K. **Competindo pelo futuro**: estratégias inovadoras para obter o controle do seu setor e criar mercados de amanhã. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

HANSEN, Don R., MOWEN, Maryanne M. **Management Accounting**. 3rd ed. Cincinatti: South-Western Publishing, 1994.

HARRINGTON, James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993. 343p.

HRONEC, Steven M. **Sinais Vitais**: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custos para traçar a rota para o futuro de sua empresa. São Paulo: Makron Books, 1994. 240p.

KAPLAN, Robert S., NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KAPLAN, Robert S., NORTON, David P. **The balanced scorecard-measures that drive performance**. Harvard Business Review. Jan-Feb. 1992, p.

KOTTER, John P., HESKETT, James L. **A cultura corporativa e o desempenho empresarial**. São Paulo: Makron Books, 1994.

LAFFEL, G. **Implementing quality management in health care: the challenges ahead**. **Quality Progress**. November, 1990. p 29-32.

LANZER, Edgar A., PEREIRA, Marcelo F., SILVEIRA, João S. Tusi da. **Dimensionamento de Eficiência Produtiva de Unidades Hospitalares Utilizando Análise de Envelopamento de Dados (DEA)**. Revista Brasileira de Administração Contemporânea. Anais do 19º ENANPAD, Set. 1995, v.1,n.7,ex.2, p.350-356.

LAWRENCE, Paul R., LORSCH, Jay W. **O desenvolvimento de organizações: diagnóstico e ação**. São Paulo: Edgar Blücher, 1977.

LUCENA, Maria Diva da S. **Avaliação de desempenho**. São Paulo: Atlas, 1992.

MINTZBERG, Henry. **Criando organizações eficazes: estrutura em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995b.

MILET, Paulo B., SANTOS, André L.V.L. **Fazendo Funcionar os Indicadores de Qualidade e Produtividade**. Revista de Indicadores de Qualidade e Produtividade. Brasília: IPEA, v.2, n.2, 1994, p. 61-73.

MIRSHAWKA, Victor. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MONTEIRO, José Glauber d'Ávila M. **Gerenciamento de Processos Empresariais: interface direta com o processo produtivo**. RJ, 1994. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Centro Tecnológico. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 94p.

MOREIRA, Daniel A. **Medida da Produtividade na Empresa Moderna**. São Paulo: Pioneira, 1991, p. 132-143.

MOTA, Eliane Viegas. **O desdobramento da Qualidade em hospitais**. Porto Alegre, 1996. Dissertação (Mestrado em Engenharia). Escola de Engenharia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 150p.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1994.

NOVAES, Humberto de M. **Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais**. Washington: Organização Panamericana de Saúde – OPAS, 1996. 109p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe sobre la salud en el mundo.** Genebra, nov/1996.

PILATI, José Isaac. **Vigilância Sanitária:** contribuições ao estudo jurídico e político. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Direito) – Curso de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995. 264p.

PORTER, Michel E. **Estratégia competitiva:** técnicas para análise de indústrias e da concorrência. Rio de Janeiro: Campus, 1986.

PORTER, Michel E. **Vantagem competitiva:** criando e sustentando um desempenho superior. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

QUINN, James Brian. **Empresas Muito Mais Inteligentes.** São Paulo: Makron Books, 1996. 455p.

REED, Billie M., JACOBS, Derya A. **Quality Function Deployment for Large Space Systems.** Virginia: Department of Engineering Management, Old Dominion University, Norfolk, 1993. 59p.

SANTOS, Edson Gomes dos. **Qualidade Hospitalar e Segurança para o Paciente.** Rev. CQ-Qualidade. São Paulo, nº36, p.122, maio 1995.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Diretoria de Vigilância Sanitária.** Gerência de Orientação e Fiscalização das Unidades de Saúde. 1992-1996.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Código Sanitário Lei 6.320**. 1983.

SEVCENKO, Nicolau. **A Revolta da Vacina**. São Paulo: Brasiliense, 1984. 93p.

SINK, D. Scott, TUTTLE, Thomas C. **Planejando a medição para a performance**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

TEAL, Thomas. **The human side of management**. Harvard Business Review, November-December 1996, Volume 74.

TEIXEIRA, Hélio I., SANTANA, Solange M. (coord.) **Remodelando a gestão pública**. São Paulo: Edgar Blücher, 1995.

TIRONI, Luís F. (at all). **Critérios para Geração de Indicadores de Qualidade e Produtividade no Serviço Público**. (Texto para Discussão n.238). Brasília: IPEA, out/1991. 15p.

TIRONI, Luís F. (at all). **Indicadores de Qualidade e Produtividade**: um relato de experiências no setor público. (Texto para Discussão n. 263). Brasília: IPEA, jun./1992. 24p.

ZANON, Uriel (Coord.). **Indicadores Epidemiológicos da Qualidade da Assistência Médica**. Blumenau: Hospital Dona Helena, 1995. 56p.

ZEITHAML, V. A., PARASURAMAN, A. & BERRY, Leonard L. **Delivering**

Quality Service: balancing customer perceptions and expectations. New York: The Free Press, 1990. 266p.