

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MONITORAMENTO DA GESTÃO ESTRATÉGICA COM O
EMPREGO DE INDICADORES: O CASO DE TRÊS HOSPITAIS

ROMY BRUXEL

PORTO ALEGRE, 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**Monitoramento da Gestão Estratégica com o
emprego de Indicadores: o caso de três Hospitais**

Romy Bruxel

Orientador: Dr. Roberto Lima Ruas

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Administração

Porto Alegre, março de 1997

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas dos três hospitais pesquisados que, por algum momento, tiveram de deixar de lado sua rotina para dar entrevistas, prestar esclarecimentos e colaborar, de alguma forma, para a realização deste trabalho. Dentre estas, um agradecimento especial para:

Ricardo Minotto, da Santa Casa, que por várias semanas reservou as últimas energias do dia para me atender;

Vera Suzana Souza, também da Santa Casa, pela prestatividade e disposição com que sempre me recebeu;

Alceu Silva, do HCPA que, mesmo com a agenda lotada e uma lista de pessoas aguardando, sempre se mostrou acessível e disposto a colaborar, procurando ressaltar sempre o lado humano dos assuntos abordados;

Luís Carlos e Odair, do HCPA, que me recebiam mesmo sem hora marcada, providenciando sempre materiais e informações úteis;

Ilda, do Sames do HCPA, que deu uma visão global do hospital, recebendo-me sempre com um sorriso e muita boa vontade;

Francisco Ferrer e Euclides Schiavenin, do Hospital Pompéia, que sempre se puseram à disposição para dar as informações necessárias.

Por último ao Professor Ruas, cuja ajuda foi muito além do seu “dever” de orientador (Obrigada, Ruas, por acender a luz).

RESUMO

Baseado em estudo exploratório, este trabalho pretende desenvolver e aplicar um procedimento de *follow-up* da gestão estratégica em três hospitais do Rio Grande do Sul, empregando para isto a noção de Indicadores Estratégicos e de Processos Críticos, elementos originários da Gestão da Qualidade Total. O trabalho desenvolvido em cada organização hospitalar obedece às etapas a seguir.

Na primeira, são selecionados os principais elementos da gestão estratégica de cada hospital (Visão, Missão, Diretrizes e Metas). A seguir, são identificados os Indicadores usualmente empregados no monitoramento do Desempenho Global, em cada um desses hospitais, segundo indicação de suas respectivas Direções. A análise da relação entre os elementos do Planejamento Estratégico e os Indicadores de Desempenho Global empregados em cada hospital nos permite verificar o nível de consistência dos procedimentos de gestão estratégica com base no uso de Indicadores mais agregados.

Na segunda etapa, é identificada e caracterizada a relação entre os Indicadores Estratégicos e os Processos/atividades que os sustentam, isto é, aqueles Processos que influenciam os resultados dos Indicadores por serem mais ou menos eficazes. Estes Processos, por sua importância nessa relação, receberam a denominação de Processos Críticos.

Na continuidade, o trabalho analisa e avalia as condições e formas de controle gerencial que cada uma das direções hospitalares detém sobre esses Processos Críticos. Essa análise pode incluir, especialmente no caso de alguns desses Processos, a

identificação e o debate acerca de causas que podem gerar resultados insatisfatórios ao nível dos Indicadores Estratégicos.

Enfim, são ainda sugeridos Indicadores que, caso acrescentados aos já empregados, podem tornar a gestão estratégica mais efetiva.

Já em fase de conclusão, o trabalho compara os resultados obtidos nos três hospitais, analisando as razões da escolha dos Indicadores Estratégicos em cada hospital e as condições de controle dos Processos Críticos. Em outras palavras, avaliamos de que forma cada um dos hospitais analisados emprega Indicadores de Desempenho Global numa perspectiva de monitoramento de sua gestão estratégica.

ABSTRACT

Based on an exploratory study, this thesis intends to develop and to apply a follow-up procedure of the Strategic Management in three Hospitals of Rio Grande do Sul, through the conceptual approach of the Strategic Indicators and Critical Processes.

Each hospital organization was studied according to the following steps:

At the first one, the principal elements of the Strategic Management of each hospital are selected (Vision, Mission, Goals). Then, the Indicators usually applied to the monitoremment of the hospitals' global performance are identified, according to the Direction of each hospital. The analysis of the relation between the Strategic Management Elements and the Global Performance Indicators (or Strategic Indicators) used by each hospital allow us to verify the consistency level of the of Strategic Management procedures based on the most aggregated Indicators.

On the second step, the relation between the Strategic Indicators and the processes/activities that sustain them, it means, that influence the results of the Indicators, as being more or less effective, are identified and characterized. These processes, due to their importance in this relation, are named Critical Processes.

The study, after that, analyses and evaluates the conditions and the ways of Managerial control over the Critical Processes performed by each hospital Direction. This analysis may include, specially on the case of some Processes, the identification and the discussion about the probably causes of the unsatisfactory results on the level of the Strategic Indicators.

The work also suggest some Indicators that, when added to these existing ones, may improve the efficacy of the Strategic Management.

In the concluding step, the thesis compares the results found in the three hospitals, analyzing the reasons why such Indicators were chosen as Strategic ones, and the controlling conditions of the Critical Processes. In other words, it evaluates the way that each of the analyzed hospitals make use of the Global Performance Indicators concerning to their monitoremment of the Strategic Management.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS _____	iii
RESUMO _____	iv
ABSTRACT _____	vi
1 INTRODUÇÃO _____	1
2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA _____	4
3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS _____	8
3.1 GERAL _____	8
3.2 ESPECÍFICOS _____	8
4 BASE TEÓRICA _____	9
4.1 SAÚDE E ASSISTÊNCIA MÉDICA - DEFINIÇÕES _____	9
4.1.2 A INDÚSTRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE _____	9
4.2 ESTRATÉGIA E PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO _____	10
4.3 GERÊNCIA ESTRATÉGICA DA QUALIDADE E GESTÃO PELA QUALIDADE TOTAL _____	13
4.3.1 <i>Gerência Estratégica da Qualidade</i> _____	14
4.3.2 <i>Gestão pela Qualidade Total</i> _____	14
4.4 QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE _____	16
4.5 A MEDIÇÃO _____	17
4.5.1 <i>A medida como instrumento de gestão</i> _____	19
4.6 O EMPREGO DE INDICADORES DE DESEMPENHO _____	20
4.6.1 <i>A formação de um Quadro de Indicadores</i> _____	21
4.7 PROCESSOS _____	22
4.7.1 <i>Análise de Processos</i> _____	23
4.7.2 <i>Controle de Processos</i> _____	27
5 METODOLOGIA _____	29
5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE O METODO _____	29
5.2 OS CASOS SELECIONADOS _____	30
5.3 VARIÁVEIS PESQUISADAS _____	30
5.4 ETAPAS DA PESQUISA _____	31
5.4.1 <i>Coleta de Informações: entrevistas e observações</i> _____	31
5.4.2 <i>Sistematização e Análise das Informações</i> _____	32
5.4.3 <i>Análise Comparativa e Conclusões</i> _____	34
5.4.4 <i>Anexo: Informações Complementares</i> _____	34
6 RESULTADOS OBTIDOS _____	35
6.1 CASO 1 : SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE _____	35
6.1.1 <i>A Instituição</i> _____	35
6.1.2 <i>Os Elementos Estratégicos</i> _____	37
6.1.3 <i>Indicadores Estratégicos - Complexo Hospitalar Santa Casa</i> _____	39
6.1.4 <i>Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos</i> _____	42
6.1.5 <i>Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência</i> _____	63
6.1.6 <i>Condições de Controle dos Processos Críticos</i> _____	65
6.1.7 <i>Outros Indicadores sugeridos</i> _____	66

6.2 CASO 2: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)	68
6.2.1 A Instituição	68
6.2.2 Os Elementos Estratégicos	68
6.2.3 Indicadores Estratégicos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre	71
6.2.4 Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos	74
6.2.5 Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência	95
6.2.6 Condições de Controle dos Processos Críticos	96
6.2.7 Outros Indicadores sugeridos	97
6.3 CASO 3: HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA	98
6.3.1 A Instituição	98
6.3.2 Os Elementos Estratégicos	98
6.3.3 Indicadores Estratégicos - Hospital Pompéia	101
6.3.4 Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos	103
6.3.5 Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência	115
6.3.6 Condições de Controle dos Processos Críticos	117
6.3.7 Outros Indicadores sugeridos	118
7 COMPARAÇÕES ENTRE OS TRÊS HOSPITAIS	119
7.1 EM RELAÇÃO À MOTIVAÇÃO PARA A ESCOLHA DOS INDICADORES ESTRATÉGICOS	119
7.2 EM RELAÇÃO À CONSISTÊNCIA INDICADORES - ELEMENTOS ESTRATÉGICOS	120
7.3 EM RELAÇÃO AOS PROCESSOS CRÍTICOS ASSOCIADOS AOS INDICADORES	121
7.4 EM RELAÇÃO ÀS CONDIÇÕES DE CONTROLE DOS PROCESSOS CRÍTICOS	124
7.5 EM RELAÇÃO AO USO DO PROCEDIMENTO PROPOSTO	125
7.6 AVANÇOS E LIMITES	126
8 CONCLUSÃO	129
BIBLIOGRAFIA	134
ANEXO 1 IMPORTÂNCIA DO EMPREGO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS - DEPOIMENTOS DE GESTORES DOS HOSPITAIS	138

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: QUESTÕES QUE SE PRETENDE RESPONDER AO LONDO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES A PARTIR DELAS PRETENDIDAS	07
QUADRO 2: OS PRINCÍPIOS DE BERWICK E SEUS SIGNIFICADOS	24
QUADRO 3: INDICADORES ESTRATÉGICOS - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE	40
QUADRO 4: INDICADORES ESTRATÉGICOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE	72
QUADRO 5: INDICADORES ESTRATÉGICOS - HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA	101

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: ORGANOGRAMA DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA	37
FIGURA 2 : FLUXOGRAMA DE INTERNAÇÃO	54
FIGURA 3: RECEITAS GERADAS PELA INTERNAÇÃO DE UM PACIENTE AO LONGO DO TEMPO	58
FIGURA 4: FLUXOGRAMA PARA INTERNAÇÃO E ALTA DOS PACIENTES	80
FIGURA 5: FLUXOGRAMA REFERENTE AO INDICADOR “PERCENTUAL DE CESARIANAS”	114

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um fenômeno e um processo social. Refere-se a uma condição das pessoas, como indivíduos e em relação à coletividade. A saúde é resultante de uma multiplicidade de fatores, como condições genéticas, nível educacional, renda familiar, emprego, alimentação adequada, hábitos e costumes higiênicos, ambiente físico, etc (Rivero, 1994). Em nível menos estrutural, mas também muito importante para a eficácia do sistema de saúde está **a disponibilidade e qualidade dos sistemas e serviços médico-assistenciais**, que deverão prevenir e/ou restituir a saúde ao indivíduo.

Há consenso de que atualmente vivenciamos uma crise¹ na saúde. A crise dos sistemas de serviços de assistência médica vigentes estão associadas às dificuldades produzidas por outras mudanças no contexto global. Em consequência, observa-se redução dos gastos sociais e investimentos em educação, saúde e habitação; aumento da população que vive na pobreza ou na miséria; crescimento exagerado dos custos de alguns serviços; redução da vida útil dos conhecimentos técnicos, trazendo mudanças para os perfis dos profissionais requeridos; desemprego ou empobrecimento de profissionais e técnicos especializados (Rivero, 1994).

Nesse quadro de crise global se incluem os serviços de assistência médica. Os recursos financeiros alocados para a assistência à saúde pelos órgãos públicos competentes

¹ O termo crise é empregado no sentido de escassez, carência ou situação difícil e complicada. É interessante observar, no entanto, que a palavra crise, na escrita chinesa, é o resultado da justaposição de dois símbolos: um, significando dificuldade e perigo; outro, oportunidade e esperança. É que as crises podem provocar reversão de situações, mudando alguma ordem pré-estabelecida e, mais tarde, trazendo melhorias (Rivero, 1994).

têm-se mostrado insuficientes, comprometendo a saúde da comunidade e o bom funcionamento dos hospitais que dependem de recursos governamentais. Assim, uma das contribuições possíveis para reduzir os efeitos da crise é introduzir eficiência às organizações atuantes nessa área, de forma a maximizar os resultados dos escassos recursos disponíveis.

Os hospitais, como qualquer outra organização que deseja sobreviver a longo prazo, necessitam se modernizar para enfrentar as dificuldades e se adaptar aos novos tempos. Para isto, torna-se imperativa a adoção de um modelo de gestão que facilite a realização da Missão e dos objetivos e metas que os hospitais se propõem a atingir. Ao mesmo tempo, o modelo de gestão deve dar condições para o desenvolvimento dos seus recursos humanos, proporcionar altos níveis de satisfação aos seus usuários e clientes, uso adequado dos seus recursos materiais e financeiros, aperfeiçoando a imagem organizacional e prestando um serviço de qualidade.

Os princípios da Gestão pela Qualidade Total, associados aos métodos de Planejamento Estratégico, parece ser uma alternativa de gestão viável nesses casos e que, se bem conduzidos, levarão a organização a atingir seus objetivos.

É importante, outrossim, a adequada utilização dos recursos materiais e humanos disponíveis, desenvolvendo Processos eficientes e eficazes que, além de otimizarem o uso dos recursos, aumentam a satisfação dos clientes. Isto é especialmente importante em se tratando de hospitais públicos ou credenciados pelo Sistema Único de Saúde, cujas verbas limitadas, se bem empregadas, possibilitam que um número maior de pessoas faça uso dos serviços, melhorando os níveis de produtividade da instituição e trazendo maiores benefícios à comunidade.

A Gestão pela Qualidade Total e, em seu desdobramento, o uso de Indicadores de Desempenho associado ao controle dos Processos, é uma alternativa para a obtenção de mais eficácia nos Processos e na consecução dos objetivos propostos.

Em nosso caso, estaremos tratando apenas de Indicadores considerados estratégicos, porque servem para monitorar resultados agregados, resultados globais. Nesse sentido, um índice indesejado significa um sintoma de um problema, que deverá ser resolvido através da análise dos Processos relacionados diretamente ao Indicador. Processos eficientes conduzem a resultados satisfatórios, e é isso que deve ser buscado em qualquer organização. Nesse contexto, o Indicador é uma espécie de “termômetro” através do qual é possível monitorar o desempenho global do hospital.

Assim, este trabalho pretende contribuir para a melhoria da *performance* da gestão hospitalar, baseando-se no emprego de Indicadores de Desempenho Estratégicos e na análise de Processos Críticos. Através deste método, exploramos a trajetória dos Processos Críticos, através dos quais podemos identificar aqueles elementos que, controlados, podem gerar resultados melhores nos Indicadores correspondentes. Com este método, esse trabalho consegue contribuir com alguma transparência em termos da efetividade dos resultados de alguns Processos que são geralmente observados apenas sob a ótica da qualidade médica.

Se em alguns momentos o trabalho assume contornos excessivamente específicos para o leitor comum e passa a interessar mais aos “iniciados” em gestão hospitalar, também é verdade que o procedimento de monitoramento de gestão estratégica aqui explorado pode ser perfeitamente adaptado a outros segmentos produtivos.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA

A área de saúde, especialmente no Brasil, enfrenta diversos problemas: demanda muito superior à oferta de serviços², carência de recursos financeiros, distribuição dos recursos materiais e humanos de maneira inadequada, etc. Por isto tudo, a indústria da assistência à saúde está sofrendo pressões para ser reformada. Por outro lado, qualidade e custos não podem mais ser, atualmente, vistos como antagônicos e excludentes, mas como complementares e coexistentes. Além disto, é necessário que não se percam de vista as necessidades e desejos dos clientes.

Um dos maiores desafios para os administradores de instituições de saúde é entender como melhorias na qualidade podem conduzir a aumentos de produtividade, e como a qualidade leva à competitividade e sobrevivência da organização a longo prazo. A implementação de um Programa de Qualidade Total em hospitais é uma boa alternativa para melhorar a qualidade dos serviços prestados, ao mesmo tempo que reduz custos (com o uso racional dos recursos) e aumenta a produtividade e a satisfação dos clientes.

No ambiente de implantação do programa de qualidade, deve ser desenvolvida a gestão estratégica, com a clara definição de metas e objetivos que se deseja alcançar. As metas devem estar de acordo com a Missão da organização, sem deixar de considerar a Visão, ou seja, deve-se ter em mente **onde** a organização deseja chegar.

² Especialmente nos serviços públicos.

Para que as metas sejam atingidas, é necessário investigar os fatores que as influenciam, para que neles se atue a fim de corrigir distorções que estão interferindo na obtenção de melhorias.

O sistema de Gestão da Qualidade Total apoia suas decisões inteiramente em fatos, dados e informações quantitativas. Por isso, neste método de gestão a mensuração é uma função fundamental, pois é através dela que serão avaliados os Processos, procedimento central no sistema de melhoria contínua.

Os Processos são avaliados através de **Indicadores de Desempenho**, índices que permitem o acompanhamento dos resultados que se está atingindo.

Aos Indicadores considerados muito importantes para a instituição, ou seja, que refletem seu desempenho global e permitem avaliar sua *performance*, tornando-se, então, instrumentos fundamentais para o monitoramento da sobrevivência a longo prazo da organização, denominamos Indicadores Estratégicos. Cada Indicador é sustentado (ou depende) de um ou mais Processos, cujos desempenhos afetam direta ou indiretamente o valor do Indicador. Quando nos referimos aos Processos que sustentam Indicadores Estratégicos, estamos lidando com **Processos Críticos**.

Os Indicadores de Desempenho são, em última análise, ferramentas de planejamento e controle e elementos de suporte para decisões. Seu monitoramento sistematiza a gestão estratégica, indicando necessidades de ajustes corretivos nos Processos.

A importância da atuação nos Processos como forma de obter ganhos de eficácia é corroborada por uma pesquisa realizada nos Estados Unidos³. Ela indicou que 85% dos problemas de uma empresa advêm dos Processos ou da maneira como a gerência estabelece a forma como o trabalho deve ser realizado. Apenas 15% dos problemas surgem de erros dos funcionários. As falhas se originam com muito mais freqüência da estrutura

³ Esta pesquisa é citada no livro de Carr (1992), que não esclarece sua fonte.

(Processo) do que dos funcionários. Mais do que isso, mesmo os erros dos funcionários muitas vezes vêm de vícios adquiridos pela rigidez dos Processos.

Cada organização possui um ou mais Indicadores Estratégicos os quais, por sua vez, dependem de Processos Críticos, que influenciam diretamente os resultados dos Indicadores Estratégicos. Assim, os Processos Críticos devem ser monitorados pelos dirigentes, pois seus resultados afetam ou definem o desempenho da organização como um todo. O controle destes Processos Críticos deve ser contemplado no Planejamento Estratégico da organização, pois são decisivos para que se atinjam as metas propostas.

Suponhamos, a título de exemplificação, que um determinado hospital tenha como uma de suas metas atingir um índice de Infecção Hospitalar de no máximo 2% até o final de determinado ano (representado pelo Indicador Estratégico “Taxa de Infecção Hospitalar”). Suponhamos, também, que sua Taxa atual de Infecção Hospitalar seja de 5% e que se pretende reduzi-lo para 2%, que é a meta. O que fazer para obter esta redução? Primeiramente, deve-se investigar quais são os Processos que influenciam diretamente o Indicador “Taxa de Infecção Hospitalar”. Uma pesquisa no hospital indicaria que esta Taxa está ligada aos Processos de assepsia dos instrumentos utilizados na cirurgia, de higiene dos médicos e enfermeiros que tem contato com o paciente, de limpeza da sala operatória e esterilidade dos materiais e equipamentos, e outros Processos similares. Para que se obtenha melhoria no índice, então, é necessário que se atue nestes elementos, que sustentam o Indicador e afetam seu valor. Assim, os instrumentos a serem utilizados nas cirurgias deverão ser esterilizados adequada e previamente; a higiene das pessoas que manuseiam o paciente deve ser controlada etc. É importante que cada um dos Processos que afetam o índice de Infecção sejam controlados sistematicamente. Isto deve ser feito de acordo com um padrão específico, e devidamente documentado. O conjunto destas ações se

constitui no **controle e gerenciamento de Processos**. Quando orientado para os Processos Críticos, estaremos contribuindo para o atingimento das metas estratégicas.

Considerando os aspectos acima, a temática deste estudo repousa no seguinte conjunto de questões:

QUADRO 1: QUESTÕES QUE SE PRETENDE RESPONDER AO LONGO DO ESTUDO E INFORMAÇÕES A PARTIR DELAS PRETENDIDAS

QUESTÕES	Informações pretendidas
a) Qual é a Visão e qual a Missão do hospital?	Identificar o horizonte dentro do qual a instituição atua ou deseja atuar.
b) Quais são as principais metas e diretrizes estabelecidas no Planejamento Estratégico?	Caracterizar as principais diretrizes de gestão.
c) Qual o conjunto de Indicadores considerados estratégicos pela Alta Administração da instituição?	Seleção dos Indicadores Estratégicos ⁴ .
d) Considerando que cada Indicador é constituído por um ou mais Processos e que, no caso dos Indicadores Estratégicos, podemos considerar esses Processos como críticos, quais são os Processos que sustentam os Indicadores Estratégicos nas três instituições? Como eles são controlados?	Identificação dos Processos Críticos e suas condições de controle.
e) Os Indicadores considerados estratégicos estão associados às metas da instituição ou à sua Visão e Missão?	Avaliar se existe consistência entre os Indicadores Estratégicos e os Elementos Estratégicos.

⁴ Os Indicadores que a instituição considera estratégicos formam o Quadro de Indicadores Estratégicos, a base de análise deste estudo.

3 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

3.1 Geral

☛ Explorar o emprego de Indicadores de Desempenho e, por extensão, a noção de Processos Críticos, como um recurso de monitoramento da gestão estratégica, através de estudos de caso envolvendo três hospitais do Rio Grande do Sul.

3.2 Específicos

- ☛ Identificar os Indicadores que os hospitais da amostra consideram estratégicos;
- ☛ Identificar os Processos Críticos que sustentam esses Indicadores;
- ☛ Efetuar a análise dos Processos que sustentam os Indicadores Estratégicos, identificando as condições atuais de controle e oportunidades de melhoria nos índices de Desempenho Global.

4 BASE TEÓRICA

4.1 Saúde e Assistência Médica - Definições

Galeno (apud LAURENTI, 1989, p.4) diz que saúde representa “condição de perfeito equilíbrio e perfeita harmonia do ser humano”. A Organização Mundial da Saúde reforça este conceito, estabelecendo que “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não só ausência de doença” (apud LAURENTI, 1989, p.4).

A Organização Panamericana de Saúde entende a assistência médica como

“o conjunto de meios diretos e específicos, destinados a colocar ao alcance do maior número de pessoas os recursos de diagnóstico precoce, tratamento oportuno, completo e restaurador e da observação subsequente” (Organização Panamericana de Saúde, apud LAURENTI, 1989, p.99).

4.1.2 A Indústria dos Serviços de Saúde

O debate sobre questões de qualidade chegou também à indústria da saúde, onde está sendo dada intensa ênfase aos aspectos de uma gestão que contemple os custos envolvidos nos cuidados de saúde, combinado com a qualidade e a competitividade dos serviços prestados. Nos Estados Unidos, por exemplo, a pressão pela queda dos custos e o

aumento da competição forçaram muitas instituições a fecharem suas portas (Omachonu, 1991).

A indústria da saúde está sofrendo pressões para ser reformada. Faz-se necessária uma nova filosofia e um novo paradigma, que focalize os desejos e necessidades dos clientes e o atingimento da qualidade como parte da Missão da organização (Rivero, 1994).

Qualidade e produtividade estão relacionadas, e é fato que a qualidade conduz à competitividade e sobrevivência a longo prazo da organização. Como outra empresa qualquer, os hospitais competem por espaço, trabalho, capital e habilidade empresarial. E, também, como uma empresa manufatureira, devem passar no teste da lucratividade. Em essência, então, um hospital é um negócio e, como tal, deve ter as preocupações em administrar seus recursos materiais e humanos da melhor maneira, como qualquer empresa.

4.2 Estratégia e Planejamento Estratégico

A palavra **estratégia** deriva do grego antigo “strategos”, que significa “a arte do general”. Na Teoria dos Jogos, estratégia se refere a uma conjunto estatístico de regras para que o jogador aumente as probabilidades de obter o retorno desejado (Chandler, 1962).

Hofel e Schendel (apud Galbraith, 1978, p.3) vêm a formulação de estratégias como o Processo de decidir a Missão básica da empresa, os objetivos que a empresa espera obter e as políticas que governam o uso dos recursos da firma para atingir seus objetivos.

Chandler (apud Galbraith, 1978, p.6) defende que mudanças na estratégia de uma empresa resultam da tomada de consciência das necessidades e oportunidades, para empregar seus recursos de forma mais lucrativa. Novas estratégias trazem novos problemas

administrativos. Estes requerem uma nova estrutura por parte da empresa, para que ela opere eficientemente.

A estratégia é definida por Gaj (1990) como “um Processo de raciocínio composto de estágios inter-relacionados que têm sua origem na definição da Missão e que continuam com a fixação de objetivos, análise dos pontos fortes e fracos internos, levantamento das ameaças e oportunidades do ambiente, trabalho criativo de apresentação de alternativas estratégicas, escolha entre alternativas e implantação das estratégias escolhidas”.

A implantação da estratégia depende de uma clara visão do que se pretende atingir, explicitando a estratégia através de um Processo de **formulação, implantação e avaliação** constantes (Gaj, 1990).

O Processo de formação de estratégia é abordado de forma diferente conforme o autor. Steiner (apud Gaj, 1990 p.XXVII) considera-a formada por um conjunto de quatro aspectos:

1. Futuridade das decisões correntes;
2. Processo de planejamento nos moldes estáticos, porém acrescido da necessidade de não ser cíclico e sim contínuo, devido ao ambiente e aos negócios estarem sempre em constante mudança;
3. Filosofia de uma atitude de parar para pensar;
4. Estrutura de planos globais, com uma única orientação para investimentos, planos operacionais, táticos, parciais ou totais.

Porter (apud Gaj, 1990, p.XXVII) tem uma abordagem diferente. Para ele, “o importante é analisar o concorrente; todo o resto é menos importante”.

Peters e Waterman, por sua vez, interpretam a estratégia através de um conjunto de oito recomendações que acreditam que levam a empresa ao sucesso:

1. Ação acima de tudo;
2. Ficar próximo ao cliente;
3. Autonomia e senso empresarial;
4. Produtividade através de pessoal;
5. Mãos à obra;
6. Fazer o que se sabe;
7. Formas simples de um quadro enxuto;
8. Propriedades simultâneas. (Waterman, 1982, apud Gaj, 1990)

Como se vê, há diversas interpretações para estratégia. Seu significado mais usual é quando empregada juntamente com Planejamento Estratégico.

O **Planejamento Estratégico** deve ser uma etapa natural do Processo de gestão das empresas. Peter Drucker (apud Degen, 1979, p.72) define Planejamento Estratégico como “um Processo contínuo e sistemático de tomada de decisões empresariais com o melhor conhecimento possível de suas conseqüências futuras, a organização sistemática do esforço necessário para implementar estas decisões, e as medidas para comparar os resultados com a expectativa através de uma realimentação sistemática e organizada”. Seu principal benefício, segundo Degen, é forçar os executivos a pensar no futuro dos seus negócios, prevendo e antecipando problemas antes que eles aconteçam.

O planejamento sistemático também provê os executivos com previsões e planos detalhados que facilitam a análise das razões por que certas decisões não produziram os resultados esperados (Degen, 1979). Em resumo, Planejamento Estratégico é a abordagem sistemática da tomada de decisões estratégicas pelas empresas. O planejamento eficiente depende do desenvolvimento de uma estratégia global para a empresa.

O Planejamento Estratégico oferece uma estrutura geral para a ação organizacional. Este Processo visa estabelecer os principais objetivos e prioridades da entidade. São estabelecidas as principais metas e considerados os possíveis meios de atingir essas metas.

O Planejamento Estratégico lida com a verificação de possíveis atividades para satisfazer às expectativas da sociedade. São estabelecidas estruturas de sistemas específicos, definidos Indicadores para os resultados efetivos esperados e criados meios para operacionalizar e instrumentalizar decisões.

Difícilmente se fala em Planejamento Estratégico sem mencionar a importância e a necessidade de a empresa ter sua Missão e Visão definidas e explicitadas.

Missão é definida por Oliveira (1995, p.219) como “ a determinação do motivo central do Planejamento Estratégico, ou seja, a determinação de “onde a empresa quer ir” e de sua “razão de ser”. Corresponde a um horizonte dentro do qual a empresa atua ou poderá atuar”.

Visão é definida por Albrecht (1994, p.139) como “uma imagem daquilo que o pessoal da empresa aspira a que ela seja ou se torne”.

4.3 Gerência Estratégica da Qualidade e Gestão pela Qualidade Total

O conceito de Qualidade Total incorpora os aspectos de Planejamento Estratégico, utilizando a seguinte seqüência de atividades:

- o estabelecimento de objetivos abrangentes;
- a especificação das ações necessárias para alcançar tais objetivos;
- a organização, entendida como a atribuição de responsabilidades claras pelo cumprimento destas ações;
- o fornecimento dos recursos necessários ao cumprimento dessas responsabilidades;
- o fornecimento de treinamento necessário;
- o estabelecimento de meios para avaliar o real desempenho com relação aos objetivos⁵;
- o estabelecimento de um Processo de análise periódica de desempenho dos objetivos;
- a instituição de um sistema de premiações que as relacione ao desempenho. (Juran apud Leite, 1994, p.15).

É fundamental que haja o envolvimento direto da alta administração no estabelecimento e cumprimento dos objetivos mais abrangentes da organização.

⁵ Os Indicadores cumprem exatamente esta função.

4.3.1 Gerência Estratégica da Qualidade

“Gerência Estratégica da Qualidade é um Processo estruturado para o estabelecimento de metas de qualidade de longo prazo nos níveis mais altos da organização e a definição dos meios a serem usados para o cumprimento daquelas metas” (Juran, 1992, p.307). Refere-se ao planejamento, controle e melhoramento da qualidade.

O estabelecimento de metas de qualidade é um elemento essencial da gerência estratégica da qualidade. As metas podem objetivar:

- melhoria do desempenho de um produto ou serviço;
- maior competitividade em qualidade;
- melhoria da qualidade;
- redução do custo da má qualidade;
- melhora do desempenho de Processos (Juran, 1992).

Muitos autores consideram o estabelecimento das metas de qualidade como o primeiro passo no planejamento da qualidade. A maior parte das metas se origina de necessidades dos clientes, sejam internos ou externos (Juran, 1992).

A fonte das metas estratégicas são os altos gerentes. As metas podem ser baseadas no mercado (concorrência), tecnologia, marcos de referência (*benchmarking*) ou no desempenho histórico da própria empresa (Juran, 1992).

4.3.2 Gestão pela Qualidade Total

A definição de Qualidade assume formas diferentes segundo sua autoria. Existem, porém, pelo menos dois pontos em comum entre eles. O primeiro é a busca da satisfação dos clientes, levando à conquista e manutenção de mercados. O segundo é a idéia de fazer certo na primeira vez, eliminando, assim, perdas, desperdícios, retrabalho, devoluções,

reclamações, indenizações, associados a aspectos de custos. Da conjugação destes dois aspectos derivam os princípios da competitividade e da sobrevivência da organização (Juran, 1992).

Os PIJ - Padrões Industriais Japoneses- definem Controle da Qualidade como

“um sistema de métodos de produção que produzem economicamente bens ou serviços de boa qualidade, atendendo aos requisitos do consumidor” (apud Ishikawa, 1993).

O próprio Ishikawa (1993) diz que “praticar um bom controle de qualidade é desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto de qualidade que é mais econômico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor”. Esse objetivo é conseguido através de todas as pessoas da empresa, pertencentes a qualquer nível hierárquico.

Um sistema de “gestão de qualidade” (segundo a ABNT-ISO/9004/item0.3. apud Carr, 1992) possui dois aspectos inter-relacionados:

- a) as necessidades e os interesses da empresa: é uma necessidade para a empresa obter e manter a qualidade desejada a um custo ótimo: o atendimento a este aspecto de qualidade está relacionado com a utilização eficiente e planejada dos recursos tecnológicos, humanos e materiais disponíveis para a empresa (sic);
- b) para o cliente há necessidade de confiar na capacidade da empresa em fornecer com qualidade desejada, bem como a manutenção contínua dessa qualidade”.

A Gestão da Qualidade Total é uma filosofia de administração que engloba toda a organização, visando controlar e aperfeiçoar, de modo contínuo, a maneira como é feito o trabalho, a fim de obedecer às expectativas de qualidade do cliente.

Na Gestão da Qualidade Total, qualidade significa qualquer coisa que tenha valor para uma empresa e seus usuários (Campos, 1992). Isto inclui a qualidade física dos produtos e serviços, a produtividade, a eficiência, a ética, a moral, a segurança e a adequada utilização dos recursos disponíveis.

A organização da Gestão da Qualidade Total é dinâmica e utiliza Planejamento Estratégico para se alinhar com o futuro. Ao mesmo tempo é flexível, para reagir às

mudanças da demanda e do ambiente. É uma alternativa possível para resolver o problema de ineficácia, melhorar a qualidade dos serviços prestados e ainda valorizar os recursos humanos das organizações (Campos, 1992).

A gerência para a qualidade é feita através do planejamento, controle e melhoria da qualidade, que formam a 'Trilogia de Juran' (Juran, 1992).

Conforme este autor, **planejamento da qualidade** é a atividade de desenvolvimento dos produtos e Processos exigidos para a satisfação das necessidades dos clientes. Envolve o estabelecimento de metas de qualidade, identificação de clientes internos e externos, determinação das necessidades desses clientes e o desenvolvimento de produtos que atendam aquelas necessidades, através de Processos capazes e controles adequados.

Controle de qualidade, ainda segundo Juran (1992) consiste na avaliação do desempenho efetivo de qualidade, na comparação com as metas, atuando nas diferenças.

Melhoria da qualidade é o Processo através do qual se eleva o desempenho da qualidade a níveis nunca antes alcançados. Isto é feito pelo estabelecimento de uma infraestrutura que dê condições para o melhoramento, identificação das oportunidades de melhoria e provimento dos recursos de que as equipes de melhoria necessitam para tornar a melhoria efetiva (Juran, 1992).

4.4 Qualidade nos serviços de saúde

Segundo Omachonu (1991), a qualidade de um serviço de saúde pode ser avaliada em três níveis:

- ⊕ Técnico: aplicação de ciência e tecnologia da medicina e de outras ciências da saúde, no gerenciamento de um problema de saúde pessoal;
- ⊕ Interpessoal: aspectos sociais e psicológicos dos cuidados de saúde e interação paciente-profissional;
- ⊕ Ambiente: conforto, conveniência e atratividade das facilidades.

A definição de **qualidade de atenção** segundo a JCAHO (*Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations*) é

“Grau pelo qual o serviço de atenção ao paciente diminui a probabilidade de resultados indesejáveis, dado o estado de conhecimento corrente”(apud Omachonu, 1991).

O serviço de saúde é de boa qualidade à medida que contribui para a saúde e o bem-estar do paciente. Ao mesmo tempo, é necessário que vá ao encontro dos interesses da empresa. Para isto, o desempenho da instituição deve ser acompanhado continuamente. Este acompanhamento é baseado na **medição**.

4.5 A medição

Medir é determinar o valor de certas grandezas em comparação com outra grandeza de mesma espécie (Cérutti, 1992).

A medida evoluiu de uma dimensão técnica (contagem e controle dimensional) e econômica (utilização das medidas técnicas para fins de análise) para uma dimensão mais humana, tornando-se um instrumento de motivação e com fins de obter melhorias. O alargamento do conceito de medida corresponde à evolução que acompanhou a própria história das empresas (Savall, 1995).

À época de Ford, a Organização Científica do Trabalho caracterizava-se pela divisão de tarefas, a extrema especialização dos operários e o uso de Processos de fabricação industrial opressores e restritivos. A empresa funcionava em torno da circulação de ordens dadas pelos superiores hierárquicos, recebidas pelo escalão inferior para serem retransmitidas para o executor. Àquele tempo, a medida era um instrumento essencial de controle. Eram os tempos da inspeção final, caracterizada pela presença dos supervisores (Cérutti, 1992).

Segundo Cérutti, (1992) a concepção Taylorista do controle pode ser assim representada:

Fazer ➡ medir ➡ conferir ➡ sancionar

Por outro lado, o controle corresponde à gênese da Qualidade. Àquela época, medir para controlar conferia ao sistema uma grande eficiência.

Com a evolução do uso da medição, passou-se da avaliação do tipo “sanção” puramente técnica e econômica à sua utilização como ferramenta de desenvolvimento, envolvendo **aqueles que fazem** na avaliação de seu próprio trabalho, numa proposta de colocar em prática ações de melhoria (Cérutti, 1992).

Esta mudança fez com que as empresas passassem a avaliar também suas **maneiras** de fazer (Processos) e o papel e atribuições de cada um. O operário, de simples executor, tornou-se progressivamente responsável por aquilo que fazia, inclusive planejando e preparando as tarefas futuras. O antigo supervisor deu lugar ao líder, voltado a motivar suas equipes e fazê-las refletir sobre seu trabalho. Tornou-se mais um gerente do que um chefe (Cérutti, 1992).

Essa mudança não se operou espontaneamente. As empresas a fizeram devido a pressões econômicas cada vez mais fortes (superprodução, concorrência, aumento dos

custos de produção, etc). Para sobreviver neste contexto, no entanto, mais tarde mesmo esses meios postos em prática deixaram de ser suficientes (Cérutti, 1992). Seriam necessários novos recursos para progredir.

Os recursos humanos representavam um grande potencial de desenvolvimento. Apostou-se, então, no homem e nas suas capacidades criativas. Os modelos de gestão foram, assim, sendo cada vez mais baseados no comprometimento de cada um e no desenvolvimento dos recursos humanos. A medida passou a ser responsabilidade de todos e seu objetivo passou a ser **motivar e estimular para a ação** (Cérutti, 1992).

A concepção da medida, segundo Cérutti, evoluiu para:

fazer ➡ medir ➡ explorar/valorizar ➡ agir corretivamente

4.5.1 A medida como instrumento de gestão

Dirigir uma empresa exige que se façam escolhas, tentando sempre otimizar a combinação de elementos técnicos, econômicos e humanos.

No entanto, a pertinência das decisões tomadas dependem sempre do homem que as tomou. Assim, existem muitos fatores subjetivos que intervêm: vontade, intuição, personalidade, hábitos, etc. Toda decisão tem um componente irracional. Desta forma, mesmo num mesmo contexto, duas pessoas tomam decisões diferentes sobre um mesmo assunto (Cérutti, 1992).

A crescente complexidade das empresas fez surgir a necessidade de que a tomada de decisão fosse apoiada também em elementos objetivos (Savall, 1995). Desta forma, um conjunto de Indicadores conveniente é um trunfo para que se tomem decisões mais acertadas, aumentando as chances de sucesso.

Aplicar a medida na ação e melhoria permanente é fruto de uma evolução na aplicação do princípio de medida. Esta lógica eleva a medida ao escalão estratégico da vida das empresas (Savall, 1995). A razão primeira da medida passa a ser, agora, um instrumento de gestão objetivo e quantificável.

4.6 O emprego de Indicadores de Desempenho

Sistemas modernos de gestão apoiam suas decisões inteiramente em fatos, dados e informações quantitativas. Por isso, a mensuração está se tornando elemento fundamental, pois ela permitirá a avaliação objetiva dos Processos, o que é fundamental para o monitoramento da melhoria contínua.

Os Processos são avaliados através de **Indicadores de Desempenho**, índices que permitem o acompanhamento dos resultados que se está obtendo. O uso de Indicadores é essencial para subsidiar as tomadas de decisão nas empresas.

Indicador de Desempenho é “uma relação matemática que mede, numericamente, atributos de um Processo ou de seus resultados, com o objetivo de comparar esta medida com metas numéricas preestabelecidas” (Revista da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade).

“O Indicador é o parâmetro que medirá a diferença entre a situação desejada e a alcançada, ou seja, ele indicará um problema” (Milet, 1993). Este problema, por sua vez, representa uma oportunidade de melhoria.

Um Indicador de desempenho pode ser de qualidade ou de produtividade:

✪ Um **Indicador de qualidade** está fundamentalmente ligado às saídas do Processo. Ele representa a eficácia com que o Processo atende às necessidades de seus

clientes (Milet, 1993). Assim, a qualidade só pode ser medida se olharmos em direção ao cliente do nosso Processo.

✪ Um **Indicador de produtividade**, por sua vez, se relaciona mais com fatores internos da organização. É utilizado para medir a utilização dos recursos, representando a eficiência dos Processos na produção dos produtos e serviços. O melhoramento desses Indicadores significa a otimização de Processos e diminuição de custos (Milet, 1993).

4.6.1 A formação de um Quadro de Indicadores

Um Quadro de Indicadores é um conjunto estruturado de Indicadores, construído a partir de informações selecionadas (Savall, 1995). Agrupa preferencialmente Indicadores **qualitativos, quantitativos e financeiros**, utilizados por cada membro da organização para gerir concretamente as pessoas e atividades de sua zona de responsabilidade. Permite medir, avaliar, acompanhar a realização de ações e supervisionar os parâmetros sensíveis das atividades operacionais e estratégicas.

A importância de um Quadro de Indicadores poderia ser resumida em “Melhor ver para melhor gerenciar” (Savall, 1995).

O Quadro de Indicadores deve exercer um papel de “pisca-pisca”, alertando para detectar anomalias, antes mesmo que elas causem efeitos econômicos visíveis. Conforme Savall, cada Indicador deve corresponder a um objetivo com data para ser alcançado (meta), um nível de ação controlável e um parâmetro mensurável.

Um bom quadro de Indicadores numa empresa tece ou estreita as ligações horizontais e verticais entre seus diferentes membros, co-responsáveis pela atividade da empresa (Savall, 1995).

A configuração de um Quadro de Indicadores deve ser feita a partir de um levantamento de decisões tomadas ou a tomar, a fim de estudar as necessidades de informações relevantes para tomar a decisão (Savall, 1995).

4.7 Processos

Processo é a direção e a frequência dos fluxos de trabalho e informação ligando os diferentes papéis entre e dentro da organização (Campos, 1992).

Processos Críticos são os Processos que se referem às principais atividades desempenhadas pela instituição, sustentando seus Indicadores Estratégicos⁶. Por isso, seu monitoramento é de extrema importância, pois quando um Processo Crítico não é desempenhado de forma satisfatória, afeta o desempenho global da organização.

MacroProcessos são grandes sistemas de uso repetitivo, de natureza multifuncional (Campos, 1992). Os macroProcessos provêm valor adicionado sobre o trabalho feito. Um macroProcesso ideal, segundo Campos (1992) satisfaz os seguintes critérios:

- ✱ é eficaz, ou seja, seu resultado satisfaz as necessidades dos clientes;
- ✱ é adaptável às mudanças das necessidades dos clientes;
- ✱ é eficiente: os microProcessos que o compõem são inter-relacionados e coordenados de forma lógica. Opera a custo mínimo, tempo mínimo por ciclo e mínimo desperdício;
- ✱ é mensurável: são estabelecidas unidades de medida em etapas chave para fornecer as avaliações necessárias ao controle;

⁶ Conforme definido anteriormente pelo próprio autor.

⊕ é controlável, ou seja, capaz de executar ciclos repetidos de trabalho com variabilidade mínima do produto ou serviço;

⊕ é formalizado, isto é, descrito em documentos formais, aprovados pelas autoridades competentes;

4.7.1 Análise de Processos

Análise de Processo é uma seqüência de procedimentos baseada em fatos e dados, que objetiva localizar a causa fundamental dos problemas (Berwick, 1994).

A análise de Processos é denominada por Berwick (1994) de “Jornada de Diagnóstico” e consiste, segundo ele, em dois passos básicos:

1. Definir e entender o Processo existente;
2. Analisar o Processo existente para determinar onde as falhas (e, portanto, oportunidades de melhorias) residem;

O ponto de partida para uma correta análise de Processo é sua descrição. Para isto, é feito um mapa (ou fluxograma) da forma como ele acontece no momento. A seguir, são geradas hipóteses sobre possíveis falhas. Em seguida, passa-se à coleta de dados, para testar se essas falhas particulares existem nesses pontos particulares do Processo. É um trabalho análogo ao método científico: faz-se uma pergunta, formulam-se hipóteses e, depois, usando os dados, procura-se rejeitar ou aceitar as hipóteses (Berwick, 1994).

Feito o diagnóstico do problema e identificadas as causas fundamentais das falhas no Processo, pode ser iniciada a fase que Berwick chama “Jornada para a Solução”. Segundo o mesmo autor, a jornada para a solução consiste em três passos:

1. Desenvolver a solução;
2. Implementar e testar a solução;

3. Lidar com a resistência à mudança.

O desenvolvimento da solução envolve considerar uma variedade de possíveis soluções. A cada solução possível, devem-se considerar os custos associados, o tempo exigido para implementá-la e os meios para avaliar a efetividade de cada alternativa.

Na fase seguinte, com a solução já escolhida, o departamento apropriado deve receber as recomendações a ela referentes. A fase de teste da solução pretende garantir que a solução resolva o problema, garantir que ela não introduza um novo problema e desvendar potenciais resistências à mudança que devam ser encaminhadas antes que a implementação final da solução possa ocorrer (Berwick, 1994).

Quanto a lidar com a resistência à mudança, deve ser desenvolvido um plano com base na compreensão de quais são as forças que se opõem à mudança (barreiras) e tentar equilibrá-las com as forças que motivam a mudança (facilitadores).

Berwick (1994) enumera dez itens como sendo os “Princípios Básicos da Qualidade Total”. Segundo ele, estes itens são fundamentais na transformação das empresas em busca da competitividade. Dentre os dez itens, quatro se relacionam diretamente com os Processos. Os demais se relacionam indiretamente, o que dá uma idéia da importância da análise de Processos para que se atinja o sucesso na implementação da gestão pela qualidade total.

Os princípios citados por Berwick são os seguintes:

QUADRO 2: OS PRINCÍPIOS DE BERWICK E SEUS SIGNIFICADOS

Princípio	O que significa
1. O trabalho produtivo é realizado através de Processos	Cada pessoa dentro de uma organização é parte de um ou mais Processos, onde recebe o trabalho de outros, adiciona-lhe valor e fornece-o para a pessoa seguinte no Processo. Cada trabalhador, então, exerce um papel triplo: é cliente, processador e fornecedor dentro de um Processo ou macroProcesso.

<p>2. Para uma segura administração da qualidade, são necessárias sólidas relações entre cliente e fornecedor</p>	<p>Administrar a qualidade, para o autor, significa tentar melhorar a capacidade e confiabilidade dos Processos para satisfazer às necessidades daqueles que são atendidos por eles.</p>
<p>3. A principal fonte de falhas de qualidade são os problemas no Processo</p>	<p>Muitos Processos não foram devidamente projetados, apenas se desenvolveram na organização, passando de uma geração de trabalhadores para as outras. <i>As falhas de qualidade costumam remeter muito mais a falhas inerentes aos Processos em que as pessoas trabalham do que a falhas das pessoas ao fazerem o seu trabalho. Assim, o que deve ser feito é corrigir os Processos, e não responsabilizar as pessoas que deles fazem parte</i>⁷</p>
<p>4. A má qualidade é custosa</p>	<p>A moderna administração da qualidade envolve descobrir, eliminar e evitar deficiências e, ao mesmo tempo, desenvolver os métodos mais eficientes para atender as necessidades dos clientes. A eliminação de deficiências reduz custos. A satisfação das necessidades dos clientes aumenta os ganhos pela ampliação da fatia de mercado, além de possibilitar, por vezes, a prática de preços maiores</p>
<p>5. Entender a variabilidade do Processo é a chave para melhorar a qualidade</p>	<p>Em qualquer Processo e em toda a medição há variabilidade. É importante, no entanto, que se identifique e controle as fontes de variação dos Processos, a fim de poder prever com o maior grau de certeza possível o desempenho do Processo. Se as fontes de variação forem difíceis de serem controladas, deve-se estudar a possibilidade de projetar novos Processos</p>
<p>6. O controle da qualidade deve concentrar-se nos Processos vitais</p>	<p>No gerenciamento da qualidade, é importante identificar os tipos e componentes dos Processos mais importantes e controlá-los. Para garantir a qualidade de cada parâmetro desses Processos, deve-se ter uma definição clara do nível desejado de desempenho da qualidade (Indicador), uma maneira de medir o desempenho (sistema de medição), uma maneira de interpretar as medições e uma maneira de colocar em prática ações para restabelecer o controle quando necessário</p>
<p>7. A moderna abordagem à qualidade está cuidadosamente fundamentada no pensamento científico e estatístico</p>	<p>Os pioneiros da administração da qualidade tentavam responder a questão: “Por que a qualidade falha?”. Com base nisto, acreditavam que o método científico geral detinha a chave para a melhoria dos Processos de produção. Um defeito na qualidade decorre de falhas no próprio Processo de produção, como matérias-primas defeituosas, procedimentos errados, equipamentos quebrados ou pessoas inadequadamente treinadas. O “terapeuta” do</p>

⁷ Grifo do autor.

	<p>Processos devem, então, realizar testes de diagnóstico, formular hipóteses de causa específicas, testar as hipóteses, projetar e aplicar soluções e avaliar o efeito das soluções. Para melhorar os Processos, é possível e desejável que todos na organização utilizem o método científico</p>
<p>8. O total envolvimento do empregado é crucial</p>	<p>As organizações devem encorajar e captar idéias de todos os empregados, e não apenas dos administradores. Garantir e melhorar a qualidade não deve ser responsabilidade de um departamento isolado, mas de todos os empregados</p>
<p>9. Novas estruturas organizacionais podem ajudar a obter melhoria da qualidade</p>	<p>A melhoria da qualidade pode ser acelerada através do desenvolvimento de novas formas organizacionais, como um "comitê geral dos trabalhos", ou "comitê da qualidade". O comitê deve ser formado por líderes que operam funções-chave da empresa. Eles deverão planejar e treinar gerentes e equipes, planejar a infra-estrutura técnica para a melhoria, criar e manter procedimentos para a escolha de Processos a serem trabalhados. etc</p>
<p>10. A administração da qualidade emprega três atividades básicas, estreitamente inter-relacionadas: planejamento da qualidade, controle da qualidade e melhoria da qualidade</p>	<p>O planejamento da qualidade envolve desenvolver uma definição de qualidade conforme ela se aplica aos clientes, desenvolver medidas de qualidade, projetar produtos e serviços de acordo com as necessidades dos clientes, projetar Processos capazes de oferecer esses produtos e serviços e transferir esses Processos para as operações rotineiras da organização. O controle da qualidade envolve desenvolver e manter métodos operacionais para garantir que os Processos funcionem como forem projetados e que os níveis visados de desempenho estejam sendo atingidos. A melhoria da qualidade é o esforço para melhorar o nível de desempenho de um Processo-chave. Envolve medir o nível de desempenho atual, encontrar maneiras de melhorar esse desempenho e implementar novos e melhores métodos</p>

4.7.2 Controle de Processos

O Processo de melhoria da qualidade não termina após a implementação da solução do problema. São necessárias ações para manter os ganhos obtidos com as mudanças feitas, caso contrário o desempenho dos Processos cai aos níveis anteriores (Berwick, 1994).

Berwick (1994) cita dois passos que devem ser executados a fim de manter os ganhos de melhoria:

1. Verificar o desempenho do novo Processo;
2. Monitorar o sistema de controle, ou seja, verificar se o Processo permanece no novo nível de desempenho ao longo do tempo.

Ao tentar manter os ganhos, a organização evolui do Processo de melhoria da qualidade para o Processo de controle da qualidade. O primeiro é um esforço para colocar os Processos em novos níveis de capacidade. O segundo é um esforço para manter o Processo estável e previsível em seus níveis melhorados de desempenho.

Para um controle de Processo (ou de qualidade) eficaz, é necessário que cinco elementos estejam presentes. Estes elementos são denominados pelo mesmo Berwick de **elementos do controle da qualidade**, e são os seguintes:

1. **Uma clara definição de qualidade:** o que este Processo pretende realizar?
2. **Alvos de desempenho claros:** em quais níveis se espera que este Processo se desenvolva?
3. **Uma maneira de avaliar o desempenho real:** quais medições caracterizam o desempenho deste Processo?
4. **Uma maneira de comparar o desempenho real com os alvos:** os resultados são consistentes com as expectativas?

5. Uma maneira de pôr em prática ações sobre a diferença entre o desempenho real e o desempenho esperado: quem pode fazer o que quando os resultados diferirem das expectativas? (Berwick, 1994, p.139).

5 METODOLOGIA

5.1 Considerações gerais sobre o método

Este trabalho constitui-se de um estudo de três casos. Conforme Schramm (apud Yin, 1994, p.12), “a essência de um estudo de caso é que ele tenta iluminar uma **decisão** ou um conjunto de decisões: **por quê** elas foram tomadas, **como** elas foram implementadas, e com quais resultados”. A decisão (ou conjunto de decisões) nos casos em análise são as que se referem aos objetivos estabelecidos no Planejamento Estratégico das instituições estudadas e aos Indicadores Estratégicos utilizados para seu monitoramento.

A pesquisa é um estudo de caso múltiplo, ou seja, ocupa-se de mais de um caso. Os estudos de caso múltiplos são considerados mais “fortes” ou robustos (Herriot & Firestone apud Yin, 1994, p.45). Um estudo destes pode ser visto como se fosse uma sucessão de experimentos, onde se persegue uma lógica de replicação (Yin, 1994, p.45). No entanto, cada caso individual consiste de um estudo inteiro, cujo relatório deverá indicar como e por que uma dada proposição foi demonstrada ou não naquele caso, e por que um caso teve certos resultados enquanto outros tiveram resultados contrastantes.

O estudo é também exploratório. Uma pesquisa exploratória busca descobrir novas relações entre os fatos, busca descobrir novas hipóteses ou identificar novas referências teórico-práticas, e não confirmar ou negar hipóteses já estabelecidas. As hipóteses poderão

ser geradas a partir do estudo de fontes de informações secundárias, opiniões de pessoas conhecedoras do assunto em geral e análise dos casos selecionados (Dillon, 1987).

5.2 Os casos selecionados

Os hospitais analisados no estudo em pauta são:

- ➡ Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (Santa Casa)
- ➡ Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)
- ➡ Hospital Nossa Senhora de Pompéia, de Caxias do Sul (Pompéia)

Os hospitais foram selecionados pela importância que têm no cenário dos serviços de saúde do Rio Grande do Sul e pelo acesso concedido pelas instituições às informações a elas pertinentes.

5.3 Variáveis Pesquisadas

Um dos passos mais importantes de toda a pesquisa é definir os fatores ou variáveis que se pretende que sejam respondidas através do estudo (Yin, 1994). Neste trabalho, as variáveis mais relevantes de nossa pesquisa são relacionadas à gestão estratégica das instituições:

- ➡ Elementos do Planejamento Estratégico (Visão, Missão, Diretrizes e Metas);

- ⊛ Indicadores empregados pela direção dos hospitais para monitorar os elementos estratégicos (Indicadores Estratégicos);

- ⊛ Processos que influenciam os resultados dos Indicadores Estratégicos (Processos Críticos).

As variáveis relacionadas ao Planejamento Estratégico, assim como os Indicadores Estratégicos, são levantados junto à Direção de cada Hospital através de entrevistas de profundidade.

A identificação e caracterização dos Processos Críticos é realizada pelo próprio pesquisador, através de observação e entrevistas em diversos setores dos hospitais pesquisados. Considerando a complexidade da tarefa de identificar e desenvolver os Processos Críticos de todos os dez Indicadores Estratégicos de cada hospital, optamos por focalizar este tipo de análise em cinco Indicadores por instituição. Entendemos que esta quantidade já é suficiente para demonstrar a eficácia do método aqui adotado, de monitoramento da gestão estratégica através de Indicadores.

5.4 Etapas da Pesquisa

5.4.1 Coleta de Informações: entrevistas e observações

Na primeira fase é feito o levantamento, junto à alta administração dos hospitais, dos seguintes itens:

- ⊛ Aspectos estratégicos: Visão, Missão, principais diretrizes e metas do Planejamento Estratégico;

✦ Indicadores considerados estratégicos pelo hospital (que formam o Quadro de Indicadores Estratégicos).

Para a escolha dos Indicadores que formam o Quadro de Indicadores Estratégicos de cada hospital, é solicitado à Alta Administração de cada um deles que liste dez Indicadores considerados os mais importantes para sua instituição, dentre todos os Indicadores em uso. Os Indicadores são dispostos pela Administração em ordem decrescente de **relevância**, ou seja, começando pelo mais importante, até chegar ao décimo. Deste conjunto de dez⁸, são selecionados para análise os cinco primeiros (os cinco mais importantes, portanto). A investigação sobre os Processos Críticos (que sustentam os Indicadores Estratégicos) é restrita a esses cinco Indicadores. Os outros cinco ajudam a dar uma visão mais abrangente sobre o que o hospital considera importante para sua gestão, mas não serão analisados.

5.4.2 Sistematização e Análise das Informações

Na segunda fase, já de posse das definições estratégicas e dos Indicadores Estratégicos, as atividades mais importantes são:

✦ Descrição dos Indicadores Estratégicos; significado e importância do Indicador para o hospital;

✦ Série histórica dos Indicadores Estratégicos, ou seja, valor dos indicadores num intervalo de tempo (no caso, 12 meses), mês a mês;

✦ Identificação dos Processos Críticos referentes a cada Indicador. A identificação dos Processos Críticos é efetuada pelo pesquisador, com base em observações e informações prestadas pelo pessoal do próprio hospital;

⁸ O Hospital Pompéia preferiu listar somente nove.

✦ Configuração através de fluxogramas (se for o caso) e análise dos Processos Críticos relacionados aos Indicadores Estratégicos. Esta etapa faz parte da Análise dos Processos, e é feita com base na “Jornada de Diagnóstico” proposta por Berwick (1994). A “Jornada de Diagnóstico” constitui-se de mapa dos Processos atuais⁹ (fluxogramas), levantamento de hipóteses sobre origem de falhas, e coleta de dados para testar se as falhas realmente existem nesses pontos do Processo. (O último item não é contemplado por este trabalho, que se restringe a apontar falhas e sugestões de melhorias).

✦ Verificação das condições de controle dos Processos Críticos.

As condições de controle de cada Processo Crítico são avaliadas com base nas questões:

- Quais as ações realizadas pelos hospitais a fim de manter o Processo sob controle?
- Quais as ações realizadas quando algum Indicador se apresenta fora dos níveis aceitáveis?

✦ Análise de consistência entre os Elementos Estratégicos e os Indicadores Estratégicos.

✦ Outros possíveis Indicadores Estratégicos que poderiam ser usados para avaliar e monitorar a Missão, Visão, metas e demais aspectos estratégicos de forma mais efetiva. Servem de sugestão para a direção do hospital na busca de um melhor monitoramento da gestão estratégica.

⁹ Nem todos os Processos são passíveis de serem representados por fluxogramas. Alguns são apenas descritivos.

5.4.3 Análise Comparativa e Conclusões

Na terceira fase são feitas comparações entre os três hospitais, onde são considerados:

- ✦ A escolha dos Indicadores Estratégicos e a motivação que justifica tal escolha;
- ✦ A consistência entre os Indicadores Estratégicos e os Elementos Estratégicos dos hospitais;
- ✦ Os Processos Críticos que sustentam os Indicadores Estratégicos;
- ✦ As condições de controle dos Processos Críticos nos três hospitais.
- ✦ O uso, pelos hospitais pesquisados, do procedimento de monitoramento de gestão estratégica proposto neste estudo.

5.4.4 Anexo: Informações Complementares

Por último, foram colhidos depoimentos de administradores dos três hospitais sobre o emprego de Indicadores Estratégicos nos hospitais pesquisados e sua importância no monitoramento da gestão estratégica. Os depoimentos constam no Anexo 1 do trabalho.

6 RESULTADOS OBTIDOS

6.1 *Caso 1 : SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE*

6.1.1 A Instituição

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é uma Instituição Filantrópica, de Direito Privado, fundada em 1803.

Caracteriza-se como um Complexo Hospitalar constituído de 06 hospitais, abaixo relacionados, com um total de 1.195 leitos (no final de 1995) em 75.000m² de área construída. Possui um conjunto de setores administrativos-operacionais e serviços especializados de diagnóstico e tratamento que atuam de forma centralizada, dando suporte às unidades assistenciais e contribuindo para sua agregação.

As Unidades Hospitalares que compõem a Santa Casa são as seguintes:

❶ **Policlínica Santa Clara**

Hospital Geral, desenvolve atividades assistenciais de internação e ambulatório nas especialidades e sub-especialidades da clínica médica de adultos, pediatria, cirurgia, obstetrícia e intensivismo. Terminou o ano de 1995 com 472 leitos e 1112 funcionários.

② Hospital São Francisco

Presta assistência clínica e cirúrgica, especialmente a pacientes portadores de doenças cardiovasculares, nas especialidades de cirurgia geral, traumatologia, oftalmologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e transplantes de órgãos. Tem 122 leitos e 401 funcionários¹⁰.

③ Hospital São José

Desenvolve atividades como único hospital especializado em neurocirurgia no Rio Grande do Sul. Tem 78 leitos e 240 funcionários.

④ Pavilhão Pereira Filho

Hospital especializado em pneumologia clínica e cirúrgica. Tem 74 leitos e 198 funcionários.

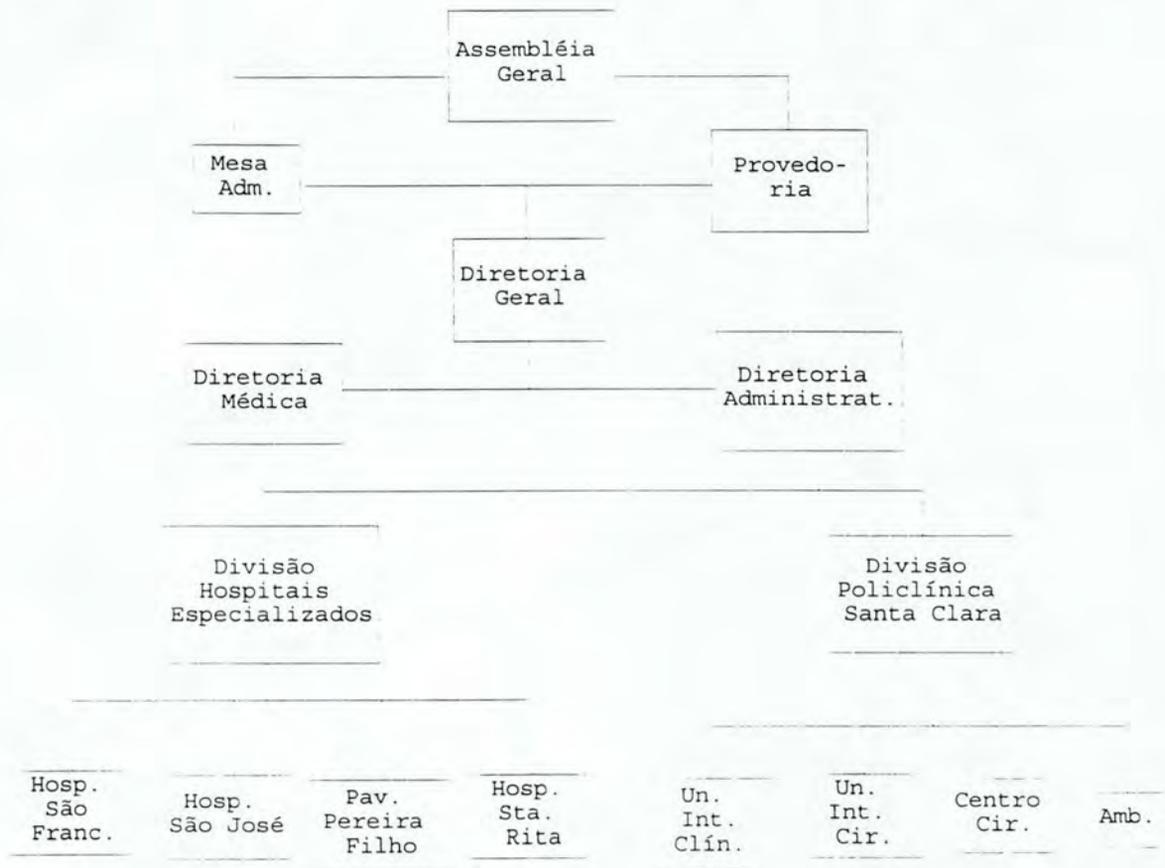
⑤ Hospital Santa Rita

Hospital especializado em oncologia clínica e cirúrgica. Detém uma capacidade instalada de 195 leitos de internação e conta com 336 funcionários.

⑥ Hospital da Criança Santo Antônio

Hospital especializado em pediatria clínica e cirúrgica, com prestação de assistência em internação e ambulatorial a crianças, é o único hospital do complexo localizado fora do quarteirão central da Santa Casa. Tem 254 leitos e 673 funcionários.

¹⁰ Dados de 1995, constantes no “Relatório Anual” daquele ano

FIG. 1:ORGANOGRAMA DO COMPLEXO HOSPITALAR SANTA CASA¹¹:

6.1.2 Os Elementos Estratégicos

a) Missão

“ A Santa Casa de Porto Alegre, como Hospital de referência e excelência, tem a missão de desenvolver e proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas de todos os grupos sociais, do Estado, e do País, apoiada por programas de ensino e pesquisa”.

¹¹ O organograma está concentrado nas relações entre Direção e os Hospitais. O Hospital da Criança Santo Antônio não aparece, pois tem gerência própria e, à época do organograma, era independente em termos de gestão. Apesar de ser um hospital de especialidade, sua gerência não é a mesma dos outros quatro hospitais especializados.

b) Visão

“ Instituição de assistência médico-hospitalar, de ensino e pesquisa, que:

- desenvolva e ofereça serviços especializados de alta qualidade, atendendo e excedendo as expectativas dos seus clientes;
- seja reconhecida como referência e padrão de eficiência no Sistema Único de Saúde;
- propicie adequadas condições para a formação de Recursos Humanos para a saúde, bem como para o desenvolvimento de pólo qualificado de pesquisa básica e aplicada;
- propicie aos seus Recursos Humanos condições tecnológicas, benefícios sociais e incentivos ao crescimento pessoal e profissional;
- represente a comunidade, liderando e apoiando a construção e o desenvolvimento de políticas de saúde a nível local, regional e nacional.”

c) Principais Metas e Diretrizes do Planejamento Estratégico

A Santa Casa citou as seguintes metas como as mais importantes de seu Planejamento Estratégico:

- ❖ 100 milhões de dólares de faturamento em 1996;
- ❖ mínimo de 33% dos atendimentos por convênio ou privado para 1996;
- ❖ 6% de margem de resultado no ano de 1996.

Quanto às diretrizes, o Diretor Administrativo do complexo Hospitalar Santa Casa apontou como diretriz macro-institucional a **Auto-sustentação com Crescimento**. “Suas linhas básicas consistem na revisão dos Processos de atendimento pelo SUS, com estabelecimento de limites de oferta de serviços que assegurem a viabilidade de seu financiamento; na expansão da oferta de leitos e serviços a pacientes de outros convênios;

no desenvolvimento de um plano de marketing institucional para difusão da imagem do Complexo Hospitalar; e na melhoria da qualidade dos serviços, mediante investimentos: na área de pessoal, visando sua fixação à instituição, na consolidação e aperfeiçoamento de Processos apoiados por capacitação de recursos humanos e supervisão, e nos investimentos em infra-estrutura para o Complexo¹²”.

Conforme o entrevistado, é através da auto-sustentação que o hospital conseguirá cumprir suas metas. Auto-sustentação significa desenvolver-se através do desenvolvimento do seu negócio e manter-se com seus próprios recursos, obtendo receitas no mínimo no mesmo volume que os custos. Para um crescimento é necessário que as receitas sejam maiores do que os custos, gerando um excedente que seria reinvestido no Complexo.

A margem de 6% e o mínimo de 33% de atendimentos por convênios foram estabelecidos por serem considerados condições para a auto-sustentação e o crescimento, custeando os investimentos previstos para o ano de 1996.

6.1.3 Indicadores Estratégicos¹³ - Complexo Hospitalar Santa Casa

Os Indicadores Estratégicos escolhidos pela Santa Casa, sua forma de cálculo e os Processos Críticos¹⁴ referentes a cada Indicador formam o quadro a seguir.

¹² Fonte: Relatório anual 1995, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

¹³ Indicadores Estratégicos, como já definido anteriormente, são os Indicadores mais importantes para a instituição. Devem refletir o atingimento das metas estabelecidas no Planejamento Estratégico.

¹⁴ Foram listados os Processos Críticos somente para os cinco primeiros Indicadores, que serão analisados mais profundamente.

QUADRO 3: INDICADORES ESTRATÉGICOS - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE

INDICADOR	DEFINIÇÃO	Processos Críticos
1. Margem de Resultado Econômico (%)	$\frac{\text{Lucro Operacional}}{\text{Receita Bruta}}$	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Atend. Ambulatoriais ☛ Internações ☛ Gerenciamento de materiais e de Recursos Humanos
2. Níveis de Caixa	Saldos diários de caixa	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Recebimento SUS ☛ Recebimento convênios e privados ☛ Pagto. fornecedores ☛ Pagto. Pessoal
3. Taxa de Ocupação de leitos	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de pacientes internados}}{\text{total de leitos}}$	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Agendamento das Internações ☛ Processo de alta
4. Média de Permanência	$\frac{\text{N}^\circ. \text{ de dias de internação}}{\text{n}^\circ. \text{ de pacientes}}$	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Processo de Diagnóstico e Tratamento ☛ Processo de alta
5. Volume de Exames	Qtde. exames por categoria (convênios e privados)	<ul style="list-style-type: none"> ☛ Agendamento de exames ☛ Realização de exames ☛ Adequação equip.x operadores

INDICADOR	DEFINIÇÃO
6.Taxa de desligamento de Recursos Humanos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de desligamentos por período}}{\text{total de funcionários}}$
7.Taxa de absenteísmo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de faltas ao serviço}}{\text{n}^\circ \text{ de funcionários}}$
8.Satisfação dos pacientes privados e conveniados	Pesquisa com pacientes, que atribuem nota de 1 a 4 para seu nível de satisfação
9.Percentual de internações por categoria privados - conveniados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados por convênio}}{\text{total de internações}}$
10. Tempo médio de espera na fila para agendamento da consulta SUS	$\frac{\text{Soma dos tempos de espera}}{\text{n}^\circ \text{ de pessoas na fila}}$

6.1.4 Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos

❶ Indicador “Margem de Resultado Econômico”

O que a Santa Casa chama de Margem de Resultado Econômico é denominado mais comumente de **Margem Operacional**. É um índice de rentabilidade e, como tal, mede a eficiência de uma empresa em produzir lucro através de seus produtos ou serviços (Martins, 1991).

Sua fórmula de cálculo é a seguinte:

$$\text{Margem Operacional} = \frac{\text{Lucro Operacional}}{\text{Vendas Líquidas}^*}$$

*vendas líquidas, no caso, é a receita advinda da prestação dos serviços.

Para o cálculo do Lucro Operacional, faz-se a Demonstração do Resultado do Exercício (DRE), conforme abaixo:

Demonstração do Resultado do Exercício

Receita bruta de venda de bens e serviços

(-) Impostos sobre vendas

(-) Devoluções, descontos comerciais e abatimentos

= Receita Líquida

(-) Custo dos produtos e serviços vendidos

= Lucro bruto

(-) Despesas de vendas

(-) Despesas administrativas

(-) Despesas financeiras líquidas

(-) Outras despesas operacionais

(+) Outras receitas operacionais

= **Lucro operacional**

Sendo a Santa Casa constituída por seis hospitais, e tendo uma gestão centralizada para todos eles, a margem do Complexo Hospitalar é a média ponderada das margens dos seis hospitais que o compõem. Apesar da gestão única, no entanto, também é apurado o resultado de cada uma das unidades separadamente.

Atualmente, o resultado da Santa Casa tem sido negativo (prejuízo). A análise dos balancetes mensais permite identificar a contribuição de cada um dos hospitais para esse resultado. Sistemáticamente, é a **Policlínica Santa Clara** (PSC) que mostra os maiores *deficits*. Por isso, a análise se concentrará nela, numa lógica de começar pelo problema maior.

A Policlínica Santa Clara concentra o volume mais expressivo de ações assistenciais de internação e ambulatório do Complexo. Internou, no ano de 1995, 26804 pacientes nos seus 472 leitos. Efetuou, durante o ano, 563772 atendimentos ambulatoriais em todas as suas Unidades. Dentre as Unidades, a que apresenta maior prejuízo absoluto é a Unidade de Internação em Clínica Médica, na especialidade Medicina Interna.

É importante salientar que a Policlínica Santa Clara atende exclusivamente pacientes do SUS. Desta forma, os preços por ela praticados são estabelecidos pelo governo.

A margem de resultado da Santa Casa como um todo é bastante afetada pelos resultados negativos da Policlínica Santa Clara. Assim, na busca do objetivo de atingir a

margem esperada pelo Complexo, é importante a ação específica e prioritária sobre este hospital.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Margem de Resultado**

Processo Crítico 1: **Atendimentos Ambulatoriais**

☛ **Atendimentos Ambulatoriais:** o elemento determinante aqui é o volume de atendimentos. Qualquer consulta pelo SUS significa prejuízo. O custo de uma consulta para a Santa Casa é de R\$ 11.00 , e o valor pago pelo SUS é de R\$ 2.55.

Considerando-se somente o aspecto econômico-financeiro, seria vantajoso para a Santa Casa acabar com o atendimento pelo SUS neste hospital, ou reduzi-lo e introduzir atendimentos por convênio e particulares. Isto não é feito, todavia, para que o hospital cumpra sua Missão de "...proporcionar assistência médico-hospitalar... para pessoas de todos os grupos sociais...".

✓ Condições de controle do Processo de Atendimentos Ambulatoriais

A Santa Casa vem tentando obter, junto ao Ministério da Saúde, atualização na tabela praticada para os atendimentos pelo SUS. Caso o valor dos atendimentos ambulatoriais, especialmente consultas médicas, venham a cobrir os custos incorridos, grande parte do problema de margem ficará resolvido.

Indicador: **Margem de Resultado**

Processo Crítico 2: **Internações**

☉ **Internações:** o número de pacientes internados no Hospital Santa Clara é, via de regra, o total da disponibilidade do hospital. Os elementos críticos para este Processo são os seguintes:

- O SUS fixa, na sua tabela, um tempo de internação padrão para cada patologia. Caso o paciente fique mais do que o tempo previsto na tabela, as despesas adicionais correm por conta do hospital. Somente a partir do primeiro dia após o dobro do tempo previsto, o hospital começa a receber um adicional diário que, segundo o hospital, é irrisório.

- O SUS baseia a remuneração dos serviços no tipo de patologia. Conforme a Santa Casa, para algumas patologias existe algum lucro, ou seja, a tabela do SUS cobre os custos e gera um excedente. Para outras, o valor de tabela não cobre os custos. Como o hospital não pode escolher as patologias que vai tratar, fica sujeito a ter de internar pacientes mesmo sabendo de antemão que vai haver prejuízo.

✓ **Condições de controle do Processo de Internaões**

O hospital não costuma manter seus pacientes além do tempo necessário, mesmo que isto leve a dificuldades no recebimento pela internação (no caso do tempo ser menor do que a metade do previsto na tabela). O hospital prioriza a assistência à saúde em detrimento dos lucros. Este é um Processo sobre o qual a instituição tem um poder de atuação bastante limitado. A alternativa, que já está sendo implementada, é tentar obter, junto ao Ministério da Saúde, remunerações mais justas pelos serviços prestados e redefinição dos tempos de permanência por patologia, já que o avanço tecnológico está diminuindo a necessidade de permanência.

Indicador: **Margem de Resultado**

Processo Crítico 3: **Gerenciamento de Mat. e de RH**

➡ **Gerenciamento de Materiais e de Recursos Humanos:** um adequado gerenciamento nos custos de materiais, custos indiretos e dispêndio com pagamento de pessoal são fatores em que o hospital pode atuar para melhorar sua margem, já que a obtenção de receita está “amarrada” ao SUS. Os elementos críticos de custo são:

- Gastos com pessoal (aproximadamente 45% do custo total);
- Gastos com material de consumo (que representam em torno de 15% do custo total);
- Custos indiretos (que perfazem os demais 40% do custo total).

✓ **Condições de controle do Processo de Gerenciamento de Materiais e RH**

A atuação nos elementos deste Processo é possível mas, mesmo assim, bastante limitada. É provável que não haja muitas oportunidades de corte de custos, pois a Santa Casa conta com um sistema de custos muito completo (e complexo), com um acompanhamento fino. Sua estrutura de custos é considerada modelo pelo próprio Sistema Único de Saúde que, inclusive, consulta a instituição nos casos de reajustes de tabela. Sua gerência é unânime em afirmar que os *déficits* que a Instituição vem enfrentando devem-se quase que exclusivamente à defasagem da tabela do SUS.

➡ **Indicador “Níveis de Caixa”**

Saldos Diários de Caixa

O termo **caixa** refere-se a ativos de liquidez imediata, ou seja, recursos monetários armazenados pela empresa e saldos mantidos em contas correntes bancárias. Representa valores que podem ser usados a qualquer momento em pagamentos de diversas naturezas (Martins, 1991).

Os Níveis de Caixa estão relacionados com o **fluxo de caixa**, que representa as entradas e saídas dos recursos monetários gerenciados pela empresa.

A administração de caixa visa manter uma liquidez imediata suficiente para suportar as atividades de uma empresa.

Os Níveis de Caixa são mantidos por três motivos (Martins, 1991):

- Motivo-negócios: necessidade que uma empresa apresenta de manter dinheiro em caixa para efetuar os pagamentos oriundos de suas operações normais;
- Motivo-precaução: dispêndios incertos, fora da atividade normal da empresa;
- Especulação: aproveitamento de oportunidades especulativas com relação a certos itens não-monetários (como estoques), ou aplicações financeiras cujos rendimentos sejam atraentes para a empresa.

No caso da Santa Casa, o motivo para manutenção dos (ou, pelo menos, preocupação com) Níveis de Caixa é o motivo-negócios.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: Níveis de Caixa

Processo Crítico 1: Recebimento do SUS

☉ **Recebimentos do SUS:** a Santa Casa vem enfrentando um *déficit* permanente de caixa, sendo obrigada a captar recursos no mercado. Isto acontece principalmente devido aos atrasos sistemáticos no pagamento dos serviços prestados através do SUS.

De todos os atendimentos efetuados na Santa Casa, em torno de 70% são pelo SUS (os demais 30% são através de outras 150 entidades, conveniadas ou particulares). Desta forma, o hospital acumula créditos bastante elevados com o Sistema Único de Saúde. Este, além de atrasar os pagamentos, vem pagando valores defasados que, muitas vezes, não cobrem nem os custos. Em novembro de 1995 foi autorizado um aumento de 25% sobre a tabela do SUS. Na prática, porém, os serviços estão sendo remunerados pela tabela antiga, sem o reajuste. O governo vem acumulando, por isso, uma dívida crescente com a instituição. A gerência financeira informou que, caso o SUS pagasse em dia, a necessidade de captação externa se reduziria a 1/5 ou 1/6 da atual¹⁵. Conforme essa mesma fonte, a dívida do Sistema para com a Santa Casa representa em torno de 85% da dívida da Santa Casa com os bancos. Os juros pagos pela Santa Casa aos bancos representam despesas financeiras diretas, pois os pagamentos do SUS não são corrigidos monetariamente.

✓ **Condições de controle do Processo de Recebimento do SUS**

Para contornar o problema de insuficiência de Caixa, a Santa Casa está estimulando o aumento do volume de atendimentos a conveniados e particulares, como condição para manter sua operação. A situação ficaria resolvida com o pagamento em dia e o reajuste da tabela SUS, o que está em negociação e discussão.

Indicador: **Níveis de Caixa**

Processo Crítico 2: **Recbto. Conv. e Priv.**

¹⁵ Informação de agosto/1996.

☛ **Recebimento Convênios e Privados:** este é o Processo que dá as condições para que a Santa Casa continue suas operações. Os pacientes particulares pagam à vista e os convênios têm data certa para efetuar o pagamento.

✓ Condições de controle do Processo de Recebimento Convênios e Privados

É um Processo que está se desenrolando de forma satisfatória. A preocupação poderia estender-se para um sistema de cobrança mais eficaz, reduzindo a inadimplência, que está atingindo quase 6% para pacientes conveniados.

Indicador: **Níveis de Caixa**

Processo Crítico 3: **Pagto. Fornecedores**

☛ **Pagamentos a fornecedores:** a Santa Casa se diz boa pagadora, ou seja, paga seus débitos em dia. Isto acontece mesmo que seja necessário captar dinheiro nos bancos para manter a pontualidade. Este fato, aliado aos altos volumes de compra, dá à Santa Casa um bom poder de barganha junto aos seus fornecedores. Esta situação deve ser explorada ao máximo, tentando obter, sempre que possível, descontos nos preços ou melhores condições de pagamento, favorecendo o fluxo de caixa da instituição.

✓ Condições de controle do Processo de Pagamento a Fornecedores

Conforme a gerência financeira do hospital, há negociações sistemáticas e cotações de preço com fornecedores, procurando sempre obter a melhor relação custo-benefício possível.

Indicador: **Níveis de Caixa**

Processo Crítico 4: **Pgto. Pessoal**

☹ **Pagamento de Pessoal:** a Santa Casa é comprometida com a pontualidade do pagamento de seu pessoal, não apresentando atrasos. Como no Processo anterior, muitas vezes isto é feito às custas de empréstimos em bancos.

✓ **Condições de controle do Processo de Pagamento de Pessoal**

A eficiência deste Processo é otimizada quando se tem um quadro de pessoal ajustado às reais necessidades do hospital e salários compatíveis, que satisfaçam os empregados e não sobrecarreguem o hospital. Os salários pagos pela Santa Casa são considerados baixos em relação aos pagos pelo HCPA, por exemplo, (que tem sua folha de pagamento paga pelo Ministério de Educação e do Desporto - MEC). O número de horas extras é acompanhado e controlado.

③ **Indicador “Taxa de Ocupação de Leitos”**

$$\frac{\text{Nº de Pacientes Internados}}{\text{Total de Leitos}}$$

O estudo da Taxa de Ocupação de leitos, neste trabalho, se restringe ao Hospital São Francisco e, dentro deste, à Unidade de Internação. O Hospital São Francisco foi escolhido porque os atendimentos nele efetuados são exclusivamente de pacientes particulares ou conveniados (este hospital não atende pacientes do SUS). Foi escolhida a Unidade de

Internação do Hospital porque é a área mais importante na estrutura de geração de receita. A UTI do hospital foi desconsiderada, por internar também pacientes do SUS.

Quando o Hospital São Francisco foi criado, na década de 1940, seu objetivo era gerar receita para cobrir os custos de outros hospitais do Complexo Hospitalar Santa Casa que, àquela época, atendiam gratuitamente. Este objetivo não mudou muito. Atualmente, o São Francisco financia outros hospitais do Complexo (principalmente o Hospital Santa Clara) que atendem pelo SUS, já que as receitas provenientes dos atendimentos por esse sistema muitas vezes não cobrem os custos.

Considerando, então, que os atendimentos efetuados neste hospital dão suporte financeiro a outros hospitais do Complexo, permitindo a continuidade de suas operações e sendo importante fonte de recursos, é importante, até mesmo **estratégico** para o hospital, que suas Taxas de Ocupação sejam mantidas as mais altas possível.

As Taxas de Ocupação¹⁶ do Hospital São Francisco para o período de junho de 1995 a maio de 1996 foram as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% de ocupação	86	85	87	88	89	82	74	74	65	78	79	83

Média para o período: 81%

A Taxa de Ocupação é calculada pela relação entre o número de leitos ocupados e o número de leitos disponíveis. A contagem dos leitos ocupados é feita diariamente, à meia-noite. O hospital tem 122 leitos¹⁷. No entanto, o número de leitos disponíveis (em outubro de 1996) é em torno de 85.

¹⁶ Estes percentuais e todos os outros que constam nas séries históricas dos 3 hospitais estão arredondados.

¹⁷ O número de leitos disponíveis não é fixo devido às necessidade de manutenção e reforma, que colocam o leito em situação de “bloqueado”.

Indicador: **Taxa de Ocupação**

Processo Crítico 1: **Agendamento das Internações**

☛ **Agendamento das Internações:** o “encaixe” nas internações é fundamental para a otimização do uso da capacidade instalada do hospital. Os elementos críticos relacionados a este Processo são:

- O dia da semana: os médicos não têm o hábito de solicitar internações para os sábados, mesmo que haja leitos vagos. É uma questão cultural (ou de comodismo), já que o hospital tem perfeitas condições de receber pacientes nesses dias. A liberação e não ocupação dos leitos aos sábados influenciam a Taxa de Ocupação.

- A reserva de leitos para pacientes que sofrerão cirurgia: muitas cirurgias são programadas com antecedência e, como os pacientes que sofreram cirurgia são internados após a intervenção, há leitos reservados para eles. Este fato pode fazer com que, no momento da contagem dos leitos, haja leitos vagos, puxando a Taxa de Ocupação para baixo.

- A existência de leitos semi-privativos: leitos semi-privativos são os pertencentes a quartos compartilhados, ou seja, há mais de um leito no mesmo quarto. Como não podem ser acomodados em um mesmo quarto pacientes de sexos diferentes, pode acontecer de um leito ficar vago mesmo existindo pacientes aguardando internação, se um for homem e o outro mulher.

- Feriados: nos períodos próximos a feriados também caem as Taxas de Ocupação. Isto acontece porque os médicos evitam marcar cirurgias ou internações para este período (comodidade) e, eventualmente, os pacientes que podem esperar, postergam sua internação para após os feriados. Obviamente, isto terá reflexos na Taxa de Ocupação.

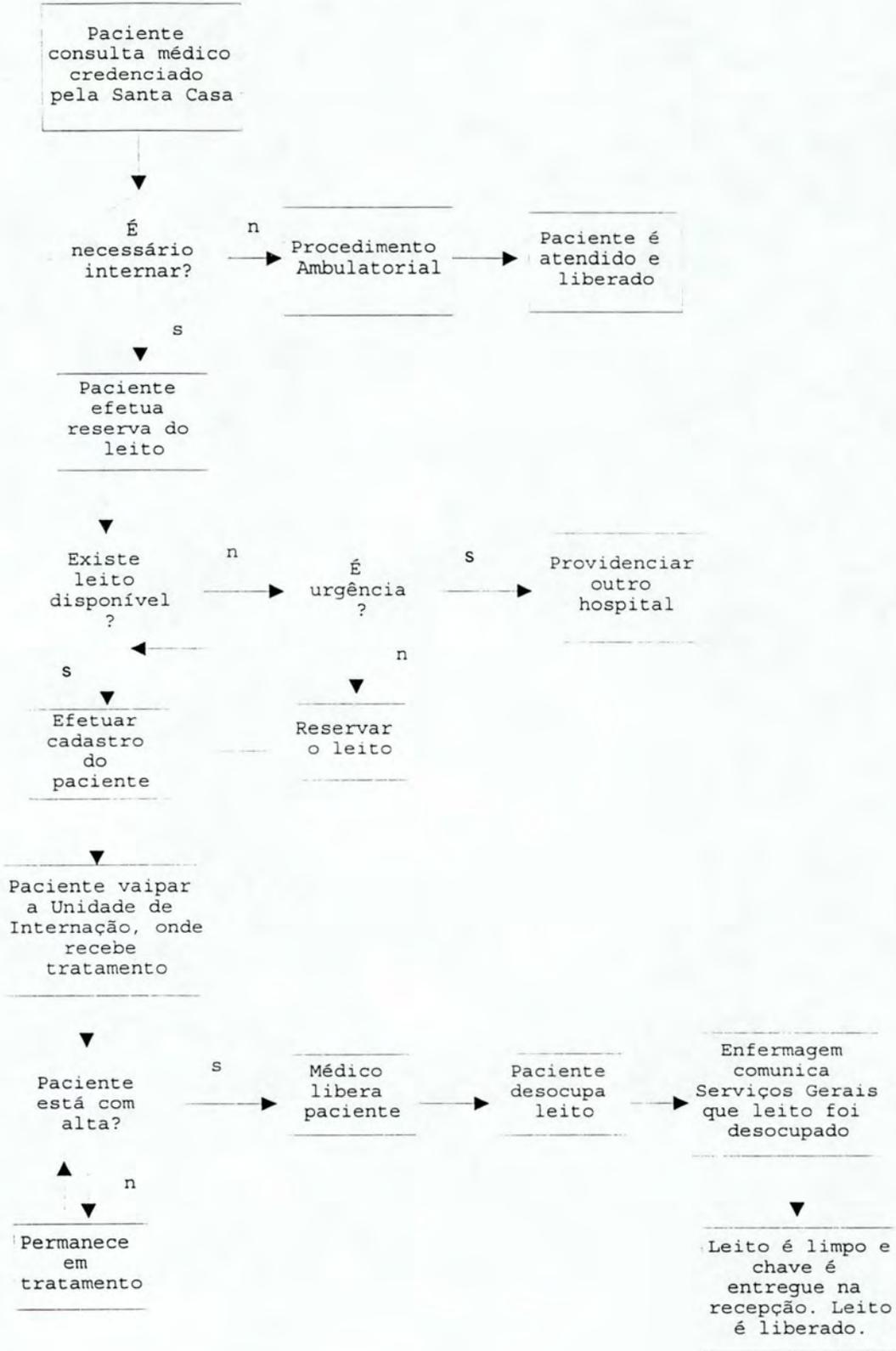
✓ Condições de controle do Processo de Agendamento das Internações

O hospital é bastante flexível no tocante ao horário de entrada de pacientes para internação. Assim, a possibilidade de ocupação de um leito vago aumenta. Além disto, quando em determinado hospital não existe vaga, é permitido, por vezes, internar pacientes em outros hospitais do Complexo, visando sempre a utilização máxima da capacidade do Complexo como um todo.

Por outro lado, não existem ainda esforços concretos no sentido de estimular internações ou cirurgias nos fins-de-semana e feriados, medida que poderia elevar as Taxas de Ocupação.

O fluxograma que representa o Processo de internação do hospital é o seguinte:

Fig. 2: Fluxograma de Internação



A parte crítica de todo o Processo representado pelo fluxograma acontece a partir da liberação do paciente pelo médico (que inclui a assinatura da alta). É nesta parte que deve se concentrar a atenção do gerenciamento, tentando reduzir os tempos:

- a) Entre a assinatura da alta e a saída do paciente;
- b) Entre a saída do paciente e a limpeza do leito;
- c) Entre a limpeza e a entrega da chave na recepção;
- d) Entre a situação do leito de “liberado” e a entrada do paciente seguinte.

Indicador: **Taxa de Ocupação**

Processo Crítico 2: **Processo de Alta**

● **Processo de alta:** o Processo de alta começa com a previsão da alta pelo médico (que às vezes não ocorre com a antecedência necessária), passa pela assinatura da alta pelo mesmo médico, até chegar à desocupação do leito pelo paciente e acerto de contas. Existem alguns elementos que podem retardar este Processo, atrasando a entrada do paciente seguinte:

- O horário da alta: um paciente liberado as 21h, por exemplo, provavelmente deixará seu leito vago até o dia seguinte, já que dificilmente um novo paciente entrará após este horário. Assim, quando for efetuada a contagem de leitos, à meia-noite, o leito será considerado vago.

- A saída efetiva do paciente do leito: às vezes os próprios pacientes optam por deixar o leito após o horário de liberação pelo médico devido a questões pessoais, como o desejo de almoçar no hospital ou a necessidade de aguardar a chegada de algum familiar que o acompanhe.

Além destes fatores internos, existe um externo ao hospital, que é a **demand** menor que a oferta nos meses de verão. Nesta época, tradicionalmente cai a ocupação dos hospitais. É uma época em que as pessoas (tanto pacientes em potencial quanto médicos) tiram férias, viajam, evitando marcar cirurgias (quando são eletivas) para este período.

A título de comparação, seguem as Taxas de Ocupação de todos os hospitais do Complexo para o ano de 1995¹⁸:

HOSPITAL	TAXA DE OCUPAÇÃO
Policlínica Santa Clara	88,28%
Hospital São José	77,00%
Pavilhão Pereira Filho	80,82
Hospital Santa Rita	82,02
Hospital da Criança Sto. Antônio	85,47
Hospital São Francisco	77,93

✓ Condições de controle do Processo de Alta

A Taxa de Ocupação poderia ser aumentada se houvesse maior rigor no horário da assinatura da alta pelos médicos. Atualmente, não está sendo “cobrado” dos médicos quando eles dão alta fora do horário previsto. A previsão da alta com a devida antecedência é outra questão que mereceria atenção.

¹⁸ Fonte: Relatório Anual 1995 da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

❶ Indicador “Média de Permanência”

$$\frac{\text{Nº de dias de Internação}}{\text{Nº de Pacientes}}$$

O Indicador “Média de Permanência” se restringe, também, ao Hospital São Francisco. A justificativa é a mesma da referente ao Indicador “Taxa de Ocupação”, ou seja, aumentar a receita.

As médias de permanência para a Unidade de Internação do Hospital São Francisco para o período de junho de 1995 a maio de 1996 foram as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Nº de dias	5,6	5,3	6,0	5,7	5,4	4,8	4,6	5,1	6,0	5,6	5,8	5,2

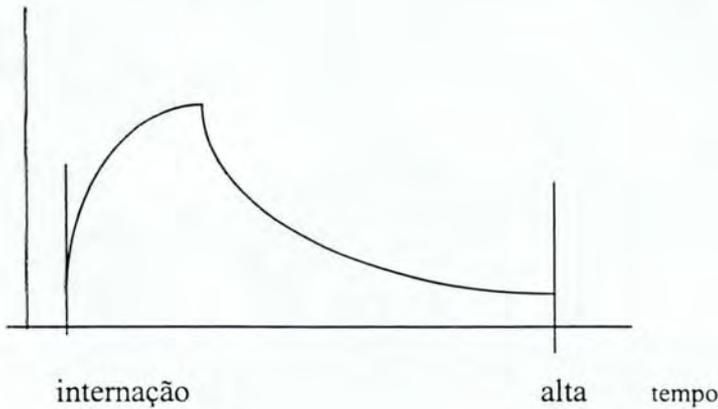
Média do período: 5,4 dias

Para o hospital, o interessante é manter o paciente internado o menor tempo possível, pelos seguintes motivos:

✪ Razões econômicas: para cada paciente internado, há uma grande geração de receita no período inicial da internação, quando são feitos os exames, as cirurgias, a medicação é mais intensa, etc. Após este período, há a “manutenção” do paciente, e a receita do hospital com aquele paciente começa a cair. A partir deste momento, passa a ser mais interessante economicamente que o paciente receba alta e seja admitido outro.

As receitas geradas por cada paciente seguem, aproximadamente, a curva abaixo.

FIG. 3: RECEITAS GERADAS PELA INTERNAÇÃO DE UM PACIENTE AO LONGO DO TEMPO
receita



✿ O paciente ficará exposto durante menos tempo aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar;

✿ Psicologicamente, é melhor que o paciente possa estar em sua própria casa. No Hospital São Francisco, especialmente, que atende somente pacientes particulares ou conveniados, os pacientes são de classe social mais alta e sua própria casa costuma ter comodidades de que o hospital não dispõe;

✿ Aumentar a rotatividade: se os pacientes ficam internados por tempos menores, será possível atender um número maior de pessoas, o que deverá aumentar o nível de saúde da comunidade como um todo, ao mesmo tempo que maximiza a obtenção de receitas.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Média de Permanência**

Processo Crítico 1: **Diagnóstico e Tratamento**

☛ **Processo de Diagnóstico e Tratamento:** neste Processo, o elemento crítico é a realização e a interpretação dos exames. É importante que haja **agilidade** na realização e interpretação dos exames, porque a parte principal do tratamento só pode ser iniciada após a interpretação dos exames, que darão maiores informações sobre as patologias dos pacientes. A rigor, o início do tratamento só acontece quando o médico está de posse dos resultados dos exames. Quando os resultados dos exames demoram a sair, a permanência tende a se prolongar.

✓ **Condições de controle do Processo de Diagnóstico e Tratamento**

Os pacientes internados têm prioridade na realização e interpretação dos exames. Deste modo, a permanência não se prolonga por este motivo.

Indicador: **Média de Permanência**

Processo Crítico 2: **Alta Médica**

☛ **O Processo da alta:** o elemento crítico deste Processo é a **previsão de alta**. Quando o médico não prevê a alta com a devida antecedência, pode acontecer de a família não estar preparada para receber o paciente, especialmente se forem necessários equipamentos especiais, como muletas, cadeira de rodas, etc. Por isto, o paciente muitas vezes fica mais do que o necessário, para que a família tenha tempo de providenciar o que for necessário.

✓ **Condições de controle do Processo de Alta**

Existe uma norma no Complexo estabelecendo que as altas devem ser previstas com pelo menos um dia de antecedência, e dadas até as 11h de cada dia. No entanto, a norma nem sempre é cumprida e não existe nenhum tipo de “punição” referente a esse fato. É uma questão que pode ser evitada através da conscientização dos médicos que fazem parte do Processo, que deverão estar cientes das implicações que o atraso na assinatura da alta podem ter.

Outro fator que influencia a Média de Permanência, mas sobre o qual não se pode atuar é a **gravidade do caso**: pacientes em estado mais grave requerem mais cuidados e, via de regra, necessitam de um período de internação e observação maiores. Quanto a isso, no entanto, nada pode ser feito para reduzir seu tempo de permanência, pois é uma questão inerente ao paciente.

❸ Indicador “Volume de Exames”

Como quinto Indicador¹⁹ Estratégico para a Santa Casa foi escolhido o Volume de Exames efetuados na Central de Diagnóstico por Imagem do Hospital São Francisco. A escolha deve-se ao fato de ser esse uma importante fonte de receita para o Complexo Hospitalar.

A Central de Diagnóstico por Imagem (CDI) efetua exames particulares, por convênio e para terceiros (particulares advindos de outros hospitais). Tem também uma quota para pacientes do SUS, para melhor aproveitamento da sua capacidade instalada.

Na CDI, os exames são todos realizados com hora marcada e na presença do paciente. Cada médico tem seu horário de atendimento, já que o equipamento é limitado. Para cada tipo de exame é estabelecido um tempo padrão para sua realização. O número de exames realizados é função, então, do tempo de funcionamento da Central e do tempo gasto com cada exame.

Atualmente, a CDI está operando com capacidade ociosa, ou seja, o número de exames realizados tem sido menor do que o possível.

¹⁹ A rigor, Volume de Exames não é um Indicador conforme definido neste trabalho, pois não se trata de nenhuma relação, e sim de um número absoluto. Neste caso específico, o mais indicado seria considerar a Taxa de Ociosidade do Laboratório ou o Percentual da Capacidade Instalada Utilizada. Qualquer um destes é um Indicador, e representaria de forma mais exata a questão.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Volume de Exames**

Processo Crítico 1: **Agendamento de Exames**

☹ **Agendamento de exames:** no agendamento dos exames é estabelecido um horário e os tempos de duração para cada exame. Alguns médicos, no entanto, levam sistematicamente mais tempo do que o padrão para a realização dos exames. Isto diminui o número de exames realizados no período.

✓ **Condições de controle do Processo de Agendamento de Exames**

A gerência da CDI aceita os tempos maiores requeridos por alguns médicos, mesmo tendo consciência das implicações negativas disto. É uma questão que pode ser resolvida com a sensibilização dos médicos para o problema ou treinamento adequado dos mesmos, pois se existe um médico que consegue realizar os exames no tempo estipulado, é possível que todos o façam.

Indicador: **Volume de Exames**

Processo Crítico 2: **Realização na Hora Marcada**

☹ **Realização dos Exames na Hora Marcada:** alguns médicos, conforme a gerência da CDI, “arranjam sempre alguma desculpa” para não realizar exames agendados. Os pacientes não atendidos por esse médico são transferidos para outros horários e seu horário

original fica vago. A CDI fica operando com capacidade ociosa por negligência dos médicos.

✓ Condições de controle do Processo de Realização dos Exames na Hora Marcada

O hospital já identificou as causas deste problema (médicos que simplesmente não realizam os exames nos horários previstos). Para tentar contorná-lo, efetua todo um trabalho de sensibilização dos médicos que realizam os exames, para conscientizá-los dos efeitos do não cumprimento dos horários. No entanto, conforme a gerência da CDI, o trabalho não tem surtido efeito. O empenho dos médicos é fundamental para o aumento da satisfação dos clientes, que deverá ter também reflexos na demanda. Com a colaboração dos médicos e a garantia da qualidade dos serviços, pode-se partir para um trabalho de divulgação dos serviços junto aos médicos (inclusive os de fora do Complexo) e à comunidade para estimular a procura pelos serviços. O hospital deve insistir na busca da colaboração dos médicos.

Indicador: **Volume de Exames**

Processo Crítico 3: **Adeq. equip./operadores**

⊖ **Adequação da Capacidade dos Equipamentos aos seus Operadores (ou vice-versa):** para um ótimo aproveitamento dos recursos da CDI, é fundamental que haja adequação entre a capacidade instalada da CDI e a mão-de-obra que opera o equipamento.

✓ Condições de controle do Processo de Adequação Equip./operadores

Atualmente (outubro/1996) a Central está operando com um médico a menos do que o habitual. Ocorreu uma demissão e o médico ainda não foi substituído.

O horário destinado anteriormente àquele médico está vago e os exames que a ele cabiam simplesmente não estão sendo realizados.

Por outro lado, às vezes ocorrem defeitos nos equipamentos necessários para a realização dos exames. Para muitos exames há apenas uma máquina disponível. Quando são necessárias manutenções nos equipamentos, aqueles exames são suspensos. A consequência de tudo isto é que a CDI realiza menos exames e obtém menos receita do que seria possível.

Outro aspecto importante diz respeito à demanda de exames particulares, que está relacionada à satisfação dos clientes. O hospital efetua regularmente pesquisa junto a seus clientes para verificar seu nível de satisfação em relação a diversos serviços oferecidos. Em relação aos exames realizados na CDI do Hospital São Francisco, a pesquisa aponta para insatisfações resultantes de atrasos na realização e na entrega dos exames. Apenas 66%²⁰ das pessoas consideram adequado o tempo de entrega dos resultados dos exames. Para o mês de agosto de 1996, o tempo médio de espera para a realização dos exames foi de 47 minutos, considerado muito elevado para a maioria dos pacientes. Estes atrasos, somados aos problemas acima listados, em conjunto, levam à insatisfação de clientes, causando também um reflexo negativo sobre a imagem do serviço. A médio prazo, têm efeito sobre a demanda, pois o serviço pode deixar de ser recomendado a pacientes em potencial.

6.1.5 Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência

Fez parte da coleta de dados junto à Alta Administração o levantamento dos principais Elementos do Planejamento Estratégico do Hospital (Metas, Diretrizes, Visão,

²⁰ Dados referentes à pesquisa de agosto/1996, efetuada pela própria Santa Casa.

Missão). Aqui é feito um confronto entre estes elementos e os Indicadores Estratégicos, a fim de avaliar se existe consistência entre eles, ou seja, se os Indicadores Estratégicos estão “afinados” com os Elementos do Planejamento Estratégico.

Confrontando os Indicadores escolhidos com os Elementos Estratégicos do Hospital (além das Metas, são consideradas as Diretrizes, Missão e Visão), vemos que:

- O Indicador 1, Margem de Resultado Econômico, corresponde à meta de 6% de margem de resultado, a terceira citada;

- A manutenção dos Níveis de Caixa (Indicador 2) é condição *sine qua non* para a continuidade das operações da instituição. Tem o status de Indicador Estratégico devido às dificuldades que o Complexo vem enfrentando para sua realização, pondo em risco a continuidade das operações.

- A Taxa de Ocupação do Hospital São Francisco (Indicador 3) e o Volume de Exames da CDI (Indicador 5) são importantes para que se atinja a meta de 100 milhões de dólares de faturamento previstos para 1996;

- A Média de Permanência (Indicador 4) em níveis apropriados aumenta a rotatividade dos pacientes, o que tem reflexo sobre os lucros (aumento do faturamento devido à concentração de receita nos dias iniciais da internação), ajudando a elevar a Margem de Resultado;

- A atenção dada às Taxas de Desligamento de Recursos Humanos e Absenteísmo (Indicadores 6 e 7, respectivamente) está relacionada à Diretriz da instituição de “melhorar a qualidade dos serviços mediante fixação do pessoal”;

- A Satisfação dos Pacientes Privados e Conveniados e o aumento do Percentual de Internações para o mesmo segmento (Indicadores 8 e 9, respectivamente) são importantes para atingir a meta de 33% dos atendimentos por convênio e privado;

- O Indicador “Tempo Médio de Espera na Fila para Agendamento da Consulta SUS” (Indicador 10) está consistente com o item da Visão da instituição de “ser reconhecida como referência e padrão de eficiência no Sistema Único de Saúde”, e “Melhoria da Qualidade dos Serviços”, outra das Diretrizes da instituição.

6.1.6 Condições de Controle dos Processos Críticos

De maneira geral, a Santa Casa apresenta um controle bastante satisfatório sobre seus Processos Críticos. Mesmo nos Processos sobre os quais o controle é limitado (como os relativos ao recebimento e atualização da tabela do SUS), a instituição tem boa atuação, lutando por reduções de custos, melhores valores de remuneração e pagamentos em dia. Os Processos Críticos sobre os quais há um menor controle são aqueles vinculados às atividades dos médicos, como Previsão da Alta, Alta no horário previsto. Realização de Exames na hora marcada e Agendamento de Cirurgias para fins-de-semana e feriados. Embora haja consciência por parte dos administradores deste hospital dos efeitos da falta de controle sobre esses últimos Processos, existem obstáculos de ordem cultural que impedem providências mais diretas nessa área. Trata-se de uma histórica diferença de abordagem acerca do serviço médico a separar a administração dos hospitais e o corpo clínico.

Conclusão:

Pode-se afirmar que todos os Indicadores escolhidos como Estratégicos pela instituição refletem efetivamente (e ajudam a monitorar) seus Elementos Estratégicos.

Embora o objetivo deste trabalho não seja atribuir conceito ou nota para a gestão dos hospitais, poder-se-ia classificar a Gestão Estratégica da Santa Casa como **eficaz**. Os Indicadores Estratégicos estão consistentes com os Elementos Estratégicos, e há um controle bastante satisfatório sobre a grande maioria dos Processos Críticos.

6.1.7 Outros Indicadores sugeridos

Além dos Indicadores já em uso, existem outros que ajudariam o hospital a monitorar sua gestão, de forma a se aproximar mais de sua Visão, Missão e, até, das suas metas. Para o caso da Santa Casa, os Indicadores que poderiam ser acrescentados são os seguintes:

✦ **Horas de Treinamento/Funcionário/ano:** relacionado à Visão “... propiciar aos recursos humanos condições tecnológicas, benefícios sociais e incentivos aos crescimentos pessoal e profissional...”, e com a diretriz “...aperfeiçoamento de Processos apoiados por capacitação de recursos humanos...”. O investimento em treinamento de recursos humanos é apontado pelo hospital como importante, contudo não foi relacionado como Indicador Estratégico. Seu desdobramento poderia considerar indicadores de treinamento em áreas prioritárias.

✦ **Satisfação dos clientes do SUS :** já que a Missão da instituição inclui “...proporcionar assistência médico-hospitalar, da melhor qualidade, para as pessoas **de todos os grupos sociais...**”, seria importante o acompanhamento também deste Indicador. O conjunto de indicadores desse hospital não contempla um estrato mais carente da população.

Além disto, para poder acompanhar a imagem que a comunidade faz do Complexo (que é uma das suas diretrizes), seria importante efetuar Pesquisa de Imagem da instituição junto ao seu público-alvo. Uma imagem positiva estimula a demanda em geral e seria uma forma de atrair pacientes particulares e conveniados. Neste caso, um Indicador de Imagem Pública poderia ser relevante.

6.2 Caso 2: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

6.2.1 A Instituição

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi criado em 1970. É uma empresa pública com patrimônio próprio e autonomia administrativa, vinculada à supervisão do Ministério de Educação e do Desporto.

O HCPA tem uma área física de 84.434 m², uma capacidade instalada de 703 leitos, e contava com 3.470 funcionários ao final de 1995. Por ser um hospital-escola, conta ainda com 254 professores e 297 residentes no Programa de Residência Médica.

O Hospital é integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), prestando assistência universalizada e gratuita em mais de 40 especialidades.

6.2.2 Os Elementos Estratégicos

a) Missão

“ Formar recursos Humanos,
gerar conhecimentos,
prestar assistência de excelência e referência e,
através da maximização do aproveitamento da infra-estrutura instalada,

transpor seus objetivos próprios,
atuando decisivamente na
transformação de realidades e no
desenvolvimento pleno da cidadania,
qualificando-se, desta forma, como
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE ATENÇÃO MÚLTIPLA”.

b) Negócio²¹

“ Assistência, ensino e pesquisa para o desenvolvimento da cidadania.”

c) Principais Metas e Diretrizes²² do Planejamento Estratégico

As diretrizes (sinalizadas com ☼) e principais metas²³ citadas como estratégicas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre foram:

☼ Desenvolvimento de Recursos Humanos

Metas:

- Formar para o mercado um mínimo de 50 profissionais a nível Operacional;
- Desenvolver a capacitação de pessoal obtendo o índice mínimo de 20 horas-ano em treinamento a nível operacional/gerencial aos funcionários do GAO;

²¹ O HCPA não usa o conceito de Visão.

²² Estes itens são, na verdade, diretrizes. Para cada diretriz há um conjunto de metas por setor, que estão (a maioria) devidamente quantificadas. As metas de cada área estão relacionadas num documento de 57 páginas, elaborado pelo hospital, por isso não serão detalhadas neste trabalho. Algumas delas encontram-se no item 6.2.5 - Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência.

²³ As Metas foram aqui listadas conforme se apresentam no documento do Hospital. Algumas delas não estão nem quantificadas nem com prazo previsto para a realização.

- Treinar 100% dos funcionários do faturamento sobre abertura de cadastro de pacientes;
- Capacitar, no mínimo, 150 funcionários das áreas de enfermagem e Médica na assistência de pacientes HIV positivo ou com AIDS.

★ Projetos e atividades científicas

Metas:

- Realizar a XIX Jornada de Nutrição do HCPA;
- Reavaliar e adequar a composição química das dietas artesanais utilizadas na Alimentação Enteral às necessidades dos pacientes.

★ Satisfação dos clientes

Metas:

- Reduzir em 50% o tempo médio de espera dos clientes na recepção;
- Aumentar em 50% o atendimento das ligações telefônicas dos clientes externos;
- Eliminar o extravio de exames coletados dos pacientes da emergência.

★ Receita e Despesa

Metas:

- Reduzir em 10% o custo das ligações telefônicas do PABX;
- Faturar 60% das contas hospitalares nas unidades de internação.

★ Estrutura, Métodos e Controles

Metas:

- Reduzir em 50% o tempo do Processo de separação da roupa suja;
- Informatizar o Serviço de Importação.

★ Inovação

Metas:

- Implantar sistema de pintura eletrostática na Oficina de Pintura;
- Implantar o sistema de Ponto Eletrônico.

✦ Indicadores Gerenciais

Metas:

- Valor médio de faturamento ambulatorial de Convênios e Particulares;
- Absenteísmo dos funcionários nas consultas médicas;

6.2.3 Indicadores Estratégicos - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Os Indicadores Estratégicos escolhidos pelo HCPA, sua forma de cálculo e os Processos Críticos²⁴ referentes a cada Indicador formam o quadro a seguir.

²⁴ Foram listados os Processos Críticos somente para os cinco primeiros Indicadores, que serão analisados mais profundamente.

QUADRO 4: INDICADORES ESTRATÉGICOS - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

INDICADOR	DEFINIÇÃO	Processos Críticos
1. Taxa de Ocupação	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes internados}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos no período}}$	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Gerenciamento de Leitos ➔ Processo de admissão para internação ➔ Processo de alta
2. Média de Permanência	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas no período}}$	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Identificação das patologias ➔ Realização de exames ➔ Processo de alta
3. Coeficiente de Mortalidade	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Óbitos}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas no período}}$	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Atendimento médico/assistencial ➔ Construção da Imagem do Hospital
4. Taxa de Infecção Hospitalar	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de infecções}}{\text{N}^\circ \text{ de saídas no período}}$	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Manuseio do paciente
5. Taxa de Cesárea	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas}}{\text{N}^\circ \text{ de partos no período}}$	<ul style="list-style-type: none"> ➔ Decisão médica

INDICADOR	DEFINIÇÃO
6. N° de Internações	N° de pacientes admitidos pelo Hospital, que ocuparam um leito hospitalar por mais de 24 horas
7. N° de consultas	N° de consultas prestadas, por especialidade, num determinado período de tempo.
8. N° de Cirurgias	N° de Processos operatório efetuados, por tipo, num determinado período.
9. Quantidade de exames complementares	N° de procedimentos exames) que complementam o diagnóstico. o tratamento e a reabilitação do paciente.
10. N° de Partos	N° de expulsões ou retiradas de conceptos com mais de 20 semanas ou 500 gramas.

Obs: aquilo que o hospital indicou como Indicadores do 6º ao 10º não são considerados Indicadores como tratado neste trabalho. Tratam-se, somente, de indicativos de produção.

6.2.4 Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos

❶ Indicador “Taxa de Ocupação”

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pacientes Internados}}{\text{N}^\circ \text{ de Leitos}}$$

O HCPA busca atingir níveis cada vez mais altos de ocupação, numa tentativa de melhor atender a elevada demanda pelos seus serviços e otimizar a utilização da sua infraestrutura instalada.

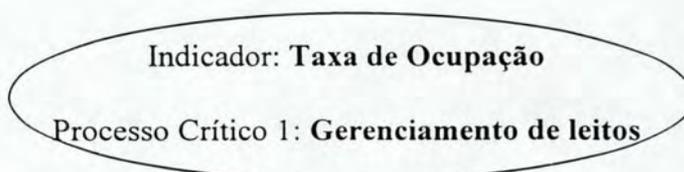
O hospital apresentou as seguintes Taxas de Ocupação para o período junho de 1995 a maio de 1995:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% de ocupação	94	90	91	90	90	91	88	91	86	85	90	90

Média do período: 90%

A Taxa de Ocupação relaciona-se com a disponibilidade de leitos e com o movimento dos pacientes (demanda por especialidade por dia).

Análise dos Processos Críticos



☛ **Gerenciamento de leitos:** existem alguns fatores que são levados em conta na admissão dos pacientes para internação que dificultam o atingimento de 100% de ocupação. São os elementos (itens de controle, conforme terminologia da Gestão pela Qualidade Total) a seguir relacionados:

- A especialidade requerida: existe um número predeterminado de leitos para cada especialidade. Este número é definido em função da disponibilidade da equipe médica, já que as equipes atendem cada qual uma dada especialidade. Eventualmente podem ocorrer admissões de pacientes em número maior do que o designado para uma dada especialidade. Estes casos dependem de acordos entre as equipes médicas, que podem “ceder” algum leito para alguma equipe de especialidade diferente:

- O sexo do paciente: cada quarto deve ter todos os seus ocupantes do mesmo sexo. Por isto, mesmo que haja algum leito liberado para a especialidade requerida pelo paciente, se ele não for do mesmo sexo dos demais ocupantes do quarto, não poderá ser admitido. O leito fica vago até surgir alguém com as características necessárias.

- Faixa etária do paciente: existe uma divisão de leitos também por grupo etário. A divisão é entre crianças, adultos e idosos. A não coincidência de grupo etário também impede a internação de um paciente.

Fora estes fatores levados em conta no momento da admissão, existe outro que retarda a entrada de um novo paciente para ocupar algum leito onde houve a saída de outro paciente: é o **intervalo de substituição**, ou seja, o tempo que transcorre entre uma alta e uma nova internação. Durante o intervalo de substituição é feita a limpeza e higienização do leito vago e é realizada a manutenção do leito e/ou quarto, se necessário.

No HCPA, o Intervalo de Substituição médio para o ano de 1995 foi de 1,2 dias. É um período longo, considerando que o tempo necessário para que um leito seja limpo vai de meia hora (no caso de leito simples, em quarto ocupado por diversos pacientes) até duas horas (para apartamentos individuais). Assim, o Intervalo de Substituição torna-se, dentro do Processo de gerenciamento de leitos, um elemento crítico, ou seja, fundamental para o bom desempenho do Processo. É importante, por isso, investigar por que o intervalo de substituição é tão elevado. Entrevistas com “donos do Processo” levaram às seguintes constatações:

- Existe um tempo que transcorre entre a saída do paciente do leito até a equipe de limpeza ficar sabendo que o leito foi liberado. A liberação do leito é informada no sistema e é necessário que alguém da equipe verifique no sistema a situação dos leitos. Outra forma de a equipe ficar sabendo da liberação é circulando pelos corredores. Falta sistematização no ato de verificar no sistema a situação dos leitos, ou seja, não há padrão do tipo “verificar sistema a cada meia hora”.

- Existe a limitação do número de funcionários que efetuam a limpeza dos leitos. São dois funcionários por turno por andar. Nos momentos de maior pique, alguns leitos não conseguem ser limpos em tempo hábil para uma nova internação no mesmo dia da sua liberação (é que novos pacientes são admitidos somente até as 15 horas, a não ser em casos de emergência), ficando o leito, então, destinado à emergência. Caso o leito não seja usado naquele dia, uma nova ocupação só acontecerá no dia seguinte.

✓ **Condições de controle do Processo de Gerenciamento de Leitos**

Potencialmente, o Processo tem todas as condições de acontecer de maneira totalmente satisfatória. É todo ele informatizado, bastando que se verifique no sistema a situação dos leitos. O entrave, no entanto, é que não há regras sobre a frequência indicada para que as pessoas envolvidas no Processo (desde a

equipe de limpeza até o pessoal da admissão) “entrem” no sistema para verificar a situação dos leitos. Existe à disposição do pessoal da admissão uma tela de terminal de computador que dá um sinal eletrônico quando algum leito é liberado. O sinal, no entanto, costuma ficar desligado.

Apesar disto, a “Taxa de Ocupação” do HCPA é elevada, mesmo se comparada a outros hospitais com características semelhantes. O HCPA (pelo menos no período em análise) teve Taxas de Ocupação maiores do que qualquer um dos hospitais do Complexo Hospitalar Santa Casa em 1995, mostrando um bom gerenciamento dos leitos.

Indicador: **Taxa de Ocupação**

Processo Crítico 2: **Alta médica**

● **Processo de alta:** dentro deste Processo, o elemento mais crítico é o horário da alta. Vigora uma regra no HCPA de que os médicos devem assinar as altas até as 10 horas da manhã de cada dia. A alta deve ser prevista com um dia de antecedência, de modo que a família possa ser avisada a tempo. No entanto, a maioria das altas é dada após este horário, atrasando a liberação do leito e, conseqüentemente, sua limpeza e disponibilização para uma nova internação. A assinatura da alta pelo médico atrasa porque pela manhã eles fazem *round*, reuniões das equipes para discutir os casos. Além disso, muitas vezes a equipe está realizando cirurgias no horário da liberação, atrasando o Processo. Outras vezes, ainda, o médico está atendendo no ambulatório, o que o impede de dar a alta. Neste último caso, a alta poderia ser dada por outro membro da equipe (cada equipe é formada por um professor, dois residentes e acadêmicos). Tanto o professor - que é médico, - quanto os residentes - que também são médicos formados - podem dar a alta. Seria necessário, para isto, que a equipe definisse como regra a designação de outro médico

sempre que fosse atender no ambulatório. Isto não acontece no HCPA. A justificativa é que os médicos têm autonomia, e a definição de uma regra deste tipo feriria a autonomia dos médicos. Conforme relato de funcionária do hospital, a filosofia do hospital não permite que a administração dite regras ao corpo clínico, mas apenas lhe dê o suporte necessário. Por outro lado, este fator (da não assinatura da alta no tempo previsto) parece ser o principal responsável pelo alto intervalo de substituição e seus efeitos sobre uma Taxa de Ocupação menor do que a possível.

✓ Condições de controle do Processo de Alta Médica

O HCPA tem consciência dos problemas gerados pelo atraso na assinatura da alta, e até das alternativas possíveis para contornar este problema. A questão problemática é que o hospital acredita que a exigência do cumprimento da regra feriria a autonomia dos médicos. Seria indicado, neste caso, um programa de conscientização dirigido aos médicos, mostrando as conseqüências da demora da assinatura da alta.

⊗ Indicador “Média de Permanência”

$$\frac{\text{Nº de Pacientes - dia}}{\text{Nº de Saídas no período}}$$

Em relação à Média de Permanência (nº de dias que o paciente fica internado), a média do HCPA (em torno de 10 dias) é mais elevada do que a média nacional (7 dias)²⁵. A grosso modo, esta diferença ocorre devido ao perfil das patologias dos seus pacientes, que costumam ser predominantemente de alta complexidade, e devido ao fato de o hospital

²⁵ Conforme gerência de admissão do HCPA.

dedicar-se também ao ensino. Assim, muitas vezes se torna interessante para o hospital manter um determinado paciente por um tempo maior, a fim de que seu caso seja melhor estudado pelos alunos.

As médias de permanência do HCPA para o período de junho de 1995 a maio de 1996 são as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Média perm(dias)	10	10	09	10	10	10	09	10	10	10	10	10

Média do período: 10 dias.

O fluxograma a seguir representa todo o processo que envolve a permanência do paciente no hospital, desde sua avaliação pelo médico, admissão, até sua alta e posterior liberação do leito.

Fig. 4: Fluxograma para internação e alta dos pacientes



Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Média de Permanência**

Processo Crítico 1: **Identificação das patologias**

☉ **Processo de Identificação das Patologias:** por ser um hospital reconhecido por sua excelência e vanguarda, o hospital atrai pacientes com patologias complexas, que normalmente exigem tempo de internação maior. Por ser um hospital-escola, o HCPA procura sempre conciliar o período de permanência do paciente com o completo estudo do seu caso. Análises mais aprofundadas do caso podem prolongar um pouco a estada do paciente no hospital.

✓ **Condições de controle do Processo de Identificação de Patologias**

Não há registro de quanto a permanência pode se prolongar devido ao aprofundamento do estudo dos casos. Pode ser, inclusive, que isto nem ocorra na prática. Há apenas indícios, já que a Média de Permanência do HCPA é maior do que a média nacional. Esta questão mereceria uma atenção maior pelo hospital.

Indicador: **Média de Permanência**

Processo Crítico 2: **Realização de Exames**

☉ **Realização de exames,** especialmente os que não são de análises clínicas: a realização de alguns tipos de exames requer um agendamento prévio. Há um número limite diário para alguns tipos de exames. Caso o paciente necessite de algum deles, deverá agendá-lo

após a internação, e o exame poderá demorar alguns dias para ser realizado. Enquanto isto, o tempo de internação está correndo.

✓ **Condições de controle do Processo de Realização de Exames**

Os exames para pacientes internados têm prioridade sobre os demais. Seria necessário um estudo aprofundado para ver se, mesmo assim, o tempo de realização de exames é satisfatório.

Indicador: **Média de Permanência**

Processo Crítico3: **Alta Médica**

⊖ **Processo de alta:** os médicos são instruídos para avisarem sobre a alta do paciente com um dia de antecedência, de modo que a família possa ser avisada. No entanto, isto nem sempre acontece. Sem ter quem o leve para casa, o paciente pode acabar ficando mais do que o necessário.

✓ **Condições de controle do Processo de Alta Médica**

Da mesma forma que já exposto anteriormente em relação à assinatura da alta, os médicos deveriam ser sensibilizados para as conseqüências da falta de previsão das altas. Atualmente, o hospital não intervém de maneira rigorosa sobre este fato para não ferir a autonomia do corpo clínico.

Obs: Na Média de Permanência estão incluídos os **pacientes de psiquiatria**, cuja Média de Permanência isolada é de em torno de 30 dias. Este fato ajuda a aumentar o valor do Indicador.

⊗ Indicador “Coeficiente de Mortalidade”

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Óbitos}}{\text{N}^\circ \text{ de Saídas no período}}$$

O terceiro Indicador selecionado pelo HCPA é o Coeficiente de Mortalidade da instituição.

Os Coeficientes de Mortalidade Institucional apresentados pelo HCPA para o período de junho de 1995 a maio de 1996 são as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Coef. de mort. (%)	6,5	5,1	4,6	4,8	5,1	5,3	4,4	5,1	6,5	4,5	5,3	4,4

Média para o período: 5,1%

Neste percentual estão incluídas todas as mortes, inclusive as ocorridas em consequência da AIDS. A Taxa de Mortalidade deste hospital talvez seja um pouco alta em comparação com alguns padrões²⁶. Este fato deriva do perfil de pacientes por ele atendido, que é de patologias de alto risco e complexidade. Além disto, o hospital recebe pacientes aidéticos, o que faz com que sua Taxa se eleve.

²⁶ Mezzomo (1991) apresenta como padrões as Taxas de mortalidade de 3% para pacientes agudos e 4% para crônicos.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Mortalidade**

Processo Crítico 1: **Atendimento Médico-assistencial**

☉ **O atendimento médico-assistencial:** é um Processo abrangente, que inclui tudo o que acontece ao paciente desde sua entrada até sua saída do hospital (com ou sem vida). Não será detalhado neste estudo devido à sua amplitude e complexidade.

✓ **Condições de controle do Processo de Atendimento Médico-assistencial**

Para o monitoramento da Taxa de Mortalidade, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre conta, há três anos, com a **Comissão de Óbitos**, uma equipe de médicos que representa as principais áreas do hospital e cujo objetivo é revisar os prontuários dos pacientes que morreram na instituição, na busca de alguma evidência de erro médico ou falha que pode ter levado a uma morte evitável ou prematura.

O número de óbitos mensais no HCPA é de em torno de cem. Destes, aproximadamente 15% são de pacientes aidéticos, 10% são cirúrgicos (morte durante ou após cirurgia) e o restante está distribuído pelas demais clínicas.

A Comissão de Óbitos examina os prontuários de uma amostra de 30% a 35% dos óbitos mensais (excluindo os aidéticos). Através do exame dos prontuários médicos (documentação do paciente, com todo seu histórico médico, familiar, etc), a comissão procura ver se foram tomadas todas as medidas cabíveis ao caso. Em situações em que existem suspeitas de que a morte poderia ter sido evitada ou postergada, a comissão envia à Vice-Presidência Médica do hospital um relatório com o histórico da situação. A Vice-Presidência Médica examina

os relatórios e encaminha-os às chefias das equipes que trataram dos casos. Não há um *feedback* para a comissão de se houve ou não erro médico. O objetivo maior, segundo a comissão, é alertar os médicos no sentido de que “alguém está olhando” seu trabalho. Algumas mortes talvez poderiam ter sido evitadas. Outras poderão, ainda, ser evitadas no futuro.

Conforme informação da chefe da Comissão de Óbitos, aproximadamente 6 casos são enviados mensalmente à Vice-Presidência Médica. Como exposto acima, é examinada somente uma amostra dos prontuários. Isto se deve não a um critério científico, mas à falta de tempo dos profissionais da comissão que, além de avaliarem prontuários, têm atividades em outras áreas do hospital. Está em estudos a adoção da “Nota de Óbito”, uma relação dos óbitos ocorridos, informados no sistema, somente com os dados mais importantes do prontuário do paciente. Isto daria mais agilidade à análise dos casos, permitindo que um número maior (o objetivo é 100%) de óbitos seja analisado.

De qualquer forma, mesmo que mais casos sejam revisados, a situação em análise é irreversível. O paciente já está morto e nada vai fazê-lo retornar. É um problema que está nas mãos e na consciência dos médicos no decorrer da prestação do atendimento.

Indicador: Taxa de Mortalidade

Processo Crítico 2: Construção da Imagem do Hospital

☛ **Construção da Imagem do Hospital:** a imagem do hospital junto à comunidade é a de um centro de excelência²⁷. Cada vez mais, são atraídos para o hospital pacientes com patologias de alta complexidade, geralmente associadas a maiores riscos de mortalidade. Desta forma, à medida que a imagem do hospital se confirma como a de um centro de excelência, atrai determinado perfil de pacientes e tende a apresentar Taxas de Mortalidade crescentes, o que não significa que seu atendimento esteja decaindo.

✓ **Condições de controle do Processo de Construção da Imagem**

Faz parte da Missão do hospital “prestar assistência de excelência e referência”. Os resultados apontam para a concretização dessa Missão. Conforme chefe da Comissão de Óbitos, não há registro de queixa, por parte de familiares de pacientes que foram a óbito no HCPA, questionando a qualidade da assistência prestada.

④ **Taxa de Infecção Hospitalar**

$$\frac{\text{Nº de Infecções}}{\text{Nº de Saídas no período}}$$

Infecção Hospitalar, de acordo com o estabelecido na Portaria 930 do Ministério da Saúde “é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a internação, ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares”.

É norma do Ministério da Saúde que todos os hospitais tenham um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

²⁷ A caracterização do HCPA como centro de excelência e o fato de que trata patologias de alto risco e complexidade são informações dadas por funcionários do próprio hospital.

O Serviço de Infecção Hospitalar (IH) é constituído de um enfermeiro e um médico. É responsável pela parte técnica, vigilância, controle, educação em serviço, etc. É um órgão executor.

A Comissão de IH, por sua vez, é formada por pessoas de diversas especialidades do hospital: administrador, enfermeiro, médico, etc. É um órgão de assessoria, que cria normas e padrões que serão executados pelo Serviço de IH.

Para auxiliar os hospitais neste trabalho, o Ministério da Saúde distribuiu, em 1985, um “Manual de Controle de Infecção Hospitalar”, onde sugere uma série de medidas preventivas de infecção. Não há uma obrigatoriedade, por parte dos hospitais, de obedecer às normas do manual. Pelo contrário, muitos hospitais já contam com sistemas e procedimentos que acreditam ser muito melhores do que os constantes no manual.

No que se refere ao controle de Infecção Hospitalar, o HCPA apresenta uma Comissão e um Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, de acordo com o estabelecido na referida Portaria 930²⁸.

O tipo de Taxa de Infecção Hospitalar acompanhada pelo HCPA é a Taxa de **Incidência**, ou seja, é feito um controle e **busca diária em todo o hospital**, inclusive nos profissionais que lá trabalham. Conforme informações de membro da equipe do Serviço de Controle de IH, a Taxa de incidência²⁹ é a mais confiável, apresentando uma confiabilidade de 90 a 95%.

Para efetuar a vigilância, é feita uma **busca ativa** de infecções, que tem o objetivo de detectar infecções já instaladas e pacientes com maiores riscos de virem a contrair infecção.

Além da busca ativa diária, o hospital atua fortemente quando acontecem surtos, ou seja, as Taxas de um determinado período (alguns dias ou semanas) eleva-se a padrões que

²⁸ Fonte: Diário Oficial de 4 de setembro de 1992. Portaria Nº 930, de 27 de agosto de 1992.

²⁹ Em contraposição à Taxa de prevalência, utilizada pelo Hospital Pompéia e explicada no item 8.3.4.3.

fogem muito da média. Nestes casos, é feita uma completa investigação epidemiológica para descobrir as causas. São avaliadas questões do tipo procedimentos utilizados, materiais empregados, equipe responsável, etc, de forma a levantar todas as causas possíveis de terem levado ao surto. As causas são bloqueadas e, conforme integrante do Serviço de Controle, costumam resolver o problema, embora nem sempre seja possível saber exatamente qual das ações tomadas foi a responsável pela solução do problema.

Independentemente disto, é gerado um relatório mensal com todas as informações referentes a infecções, como em qual especialidade a Taxa aumentou, qual o setor, etc. Nos casos de cirurgias, é feito também um controle por equipe de cirurgia. As equipes recebem cada qual um relatório com sua própria série histórica. Caso suas Taxas tenham aumentado significativamente, devem justificar este aumento para a Comissão de IH.

As Taxas de Infecção Hospitalar apresentadas pelo HCPA para o período de junho de 1995 a maio de 1996 são as seguintes³⁰:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Taxa de IH. (%)	5,2	5,3	5,0	9,4	8,4	9,0	9,0	10,2	9,0	9,4	8,0	8,4

Média para o período: 8%

Conforme informação de pessoas das equipes do Serviço e da Comissão de IH, não faz sentido comparar Taxas de Infecção entre hospitais distintos. Mesmo dentro de um mesmo hospital, conforme elas, há que se considerar um período de tempo grande, de no mínimo dois anos para que faça sentido a análise da série.

³⁰ Percentuais arredondados

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Infecção Hospitalar**

Processo Crítico1: **Manuseio do Paciente**

☉ **Manuseio do paciente:** profissionais do próprio hospital que entram em contato com o paciente podem trazer consigo microorganismos que, entrando em contato com um paciente debilitado (e, portanto, mais suscetível) podem desencadear a infecção no paciente. Uma pessoa com infecção respiratória, por exemplo, que manusear um paciente já debilitado, expõe o paciente a grandes riscos de contrair infecção hospitalar. É importante também considerar o número de pessoas que contatam com o paciente. Tanto maior o número, maiores os riscos. Os procedimentos hospitalares, que incluem todos os atos afetos aos pacientes, influenciam diretamente as Taxas de Infecção. Devem ser considerados também os materiais utilizados no tratamento ao paciente. Alguns materiais (como certas marcas de soro, que não possuem vedação perfeita) são propícias à entrada de germes, ou não impedem sua proliferação. É um item importante no controle de infecções, assim, a qualidade dos materiais utilizados.

Além disto, as Taxas variam devido ao perfil dos pacientes atendidos pelo hospital, predominantemente pessoas de baixa condição social e precárias condições de saúde. Estas pessoas estão mais sujeitas à infecção do que pacientes de hospitais privados, usualmente com melhores condições de vida.

O período do ano causa também flutuação na Taxa de Infecção de um mesmo hospital. No inverno a frequência de pacientes internados com infecções respiratórias aumenta bastante. Um paciente internado nestas condições expõe outros pacientes à infecção, além de estar ele próprio mais exposto, devido à debilidade da sua condição.

✓ Condições de controle do Processo de Manuseio do Paciente

As Taxas de IH do HCPA são divulgadas mensalmente para todo o hospital. A comissão acredita que é uma forma de educar as pessoas, sensibilizando-as para as causas que podem levar a infecções. Cartazes com o slogan “Previna a Infecção Hospitalar: lave suas mãos” estão espalhados em vários setores do hospital, pois trata-se de uma medida básica de higiene que pode evitar infecções.

Funcionários do hospital que entram em contato com pacientes, caso tenham alguma infecção manifesta, são liberados deste trabalho.

Quanto ao uso dos materiais adequados, devido à exigência legal de fazer licitação para a compra de materiais, o HCPA não tem muita liberdade para escolher os materiais pela qualidade, pois as licitações se atêm mais aos preços. Mesmo assim, na medida do possível, o pessoal da Comissão de IH define características que devem estar presentes nos materiais comprados, numa tentativa de garantir que seja comprado o melhor, e não o mais barato.

Existe um trabalho permanente de prevenção, através de uso de materiais estéreis, lavar as mãos ao entrar em contato com o paciente, etc.

Conforme o Serviço de Controle, além destas, existem muitas outras variáveis interferindo nas Taxas de Infecção. Conforme informado por membro do Serviço de Controle, “tudo influencia”, sendo muito difícil precisar a influência isolada de cada uma das variáveis.

⊖ Taxa de Cesárea

$$\frac{\text{Nº de Cesáreas}}{\text{Nº de Partos no período}}$$

Em entrevistas com médicos dos hospitais estudados, eles foram unânimes em dizer que “as Taxas de Cesariana no Brasil são caso de polícia”. Estavam se referindo ao número crescente de cesarianas desnecessárias que têm sido feitas no mundo inteiro, inclusive no Brasil. Conforme os médicos entrevistados, as razões para o crescimento das Taxas de Cesariana não são médicas, e sim culturais. Segundo eles, se fossem observados somente critérios técnicos, as Taxas poderiam ser de aproximadamente 10%. Na prática, porém, as Taxas são muito mais elevadas, ultrapassando os 50% se forem considerados alguns hospitais isoladamente³¹.

O pior é que as Taxas, além de estarem num nível elevado, têm apresentado crescimento. Nos Estados Unidos, por exemplo, as Taxas passaram de 4,5% em 1965, para 24,7% em 1988³². No Brasil, as Taxas eram de 15% em 1974, passaram para 31% em 1980³³ e, conforme informações de médicos, aumentaram ainda mais após este período, tendo atualmente uma das maiores Taxas do mundo.

Um hospital de Dublin, na Irlanda, é uma prova de que as Taxas podem ser muito menores: conseguiu manter uma Taxa entre 4% e 5% de 1965 a 1980. Diante deste quadro, surgem as questões: Por que as Taxas estão crescendo? Por que alguns médicos têm se preocupado em tentar reduzi-las?

Os principais problemas provenientes de elevadas Taxas de Cesarianas são:

✪ Aumento nos riscos para a mãe, devido a anestesia e doenças relacionadas à cirurgia: uma pesquisa realizada na Alemanha³⁴ mostrou que a mortalidade maternal em cesarianas é de um caso a cada 2000, enquanto que a mortalidade para partos normais é de

³¹ O Hospital Moinhos de Vento apresentou Taxa de Cesárea de 68,2% em 1994. No mesmo ano, o Hospital Mãe de Deus e o Hospital Ernesto Dornelles apresentaram Taxas de 65,6% e 60,8%, respectivamente. Dados do Relatório do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 1994.

³² Fonte: Global aspects of a rising Caesarean section rate, apresentado no Canadá em 1995 por K. Bhaser Rao.

³³ Mesma fonte que item anterior.

³⁴ Fonte: The safety of Caesarean section, apresentado em Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetria, no Canadá, em 1995, por E. J. Hichl.

1 caso a cada 25000. O risco de morrer de uma paciente submetida a cesariana é, então, mais de 10 vezes maior do que o de uma paciente com parto normal.

✪ Aumento dos custos, sem benefícios adicionais para a mãe ou para o bebê: a cesariana é uma cirurgia e, como tal, tem custos muito mais elevados do que um parto normal.

✪ Estimula enganos médicos: o bebê pode ser retirado antes ou após o momento que seria o natural. Muitas vezes o momento da cesariana é escolhido em função da comodidade para o médico (ou para a paciente), não sendo, necessariamente, o ideal para o bebê.

O parto normal tem também a vantagem de “preparar o feto para a vida pós-uterina”³⁵.

As Taxas de Cesárea apresentados pelo HCPA para o período de junho de 1995 a maio de 1996 são as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
Taxa de Ces.(%)	26	24	22	26	31	24	27	23	20	31	24	32

Média para o período: 26%

O HCPA apresenta Taxas de Cesariana aparentemente mais elevadas do que o necessário. Isto se deve ao fato de o hospital atender um percentual muito grande de pacientes com gestação de alto risco, para as quais a Taxa prevista de cesariana é de aproximadamente 25%.

Conforme Freitas (1993), os fatores que levam às altas Taxas de Cesariana são os seguintes:

³⁵ Afirmação de um dos médicos entrevistados do HCPA.

- Comodismo dos médicos: para um médico é mais cômodo efetuar uma cesariana.

É um tipo de parto programado, onde o médico tem condições de escolher o dia e hora da operação. Assim, evita de ser chamado em momento inoportuno (fins-de-semana, madrugada, etc) para acompanhar um parto normal.

- Cesariana iterativa: existe uma crença quase generalizada de que, se no primeiro parto foi feita cesariana, os demais deverão ser também cesáreos. Conforme médico do HCPA, esta idéia é falsa.

- Incentivos econômicos: um médico normalmente recebe muito mais por um parto cesáreo, pois trata-se de uma cirurgia.

- Medo, por parte dos médicos, de reclamações subsequentes: o número de Processos contra médicos tem crescido e acontece principalmente quando foi feito um parto normal e a mãe (ou seu advogado) acreditam que um parto cesáreo poderia ter evitado o problema. Assim, para diminuir os riscos de que haja reclamações por uma cesariana que poderia ter, na visão de uma mãe, evitado um problema que aparece no futuro, alguns médicos acham mais prudente efetuar cesariana.

- Desejo da parturiente de realizar esterilização tubária concomitante: apesar de ser uma prática ilegal, muitas mulheres (especialmente no Brasil) aproveitam a cesariana para ligar as trompas.

Conforme médico do HCPA, nenhum destes elementos que fazem aumentar as Taxas de Cesariana estão presentes no HCPA. O hospital não realiza esterilização tubária concomitante ao parto, seu corpo clínico não enfrenta medo de Processos provenientes de cesarianas não realizadas, não há o problema de incentivos econômicos, por tratar-se de hospital público, e não existe a “lei” de que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

O único item que talvez possa ser posto à prova é a questão do comodismo no caso de pacientes particulares cujos médicos (ou ela própria) fazem a opção pela cesariana.

Nestes casos, a opção pela cesariana é do médico e não lhe é questionado se uma cesariana era realmente necessária. A cirurgia, nestes casos, é marcada para a data escolhida pelo médico.

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Cesárea**

Processo Crítico1: **Decisão Médica**

☉ **Decisão Médica:** mesmo existindo uma série de critérios (itens de controle) que devem ser levados em consideração no momento da opção pelo tipo de parto, a palavra final é sempre do médico. Sua decisão, via de regra, não é questionada. Assim, fica quase impossível saber se todas as cesarianas efetuadas são realmente necessárias. A comparação das Taxas entre hospitais diferentes, no entanto, dá-nos uma medida do quanto são feitas cirurgias por critérios que não estritamente técnicos.

✓ **Condições de controle do Processo de Decisão Médica**

O hospital efetua um monitoramento muito grande em relação a sua Taxa de Cesariana. Alguns de seus obstetras, inclusive, lançaram um livro sobre Rotinas em Obstetrícia, atualizado a cada 2 ou 3 anos, buscando divulgar, entre outras coisas, os perigos das altas Taxas de Cesárea e as vantagens do parto normal. Conforme um dos autores do livro, no HCPA não são feitas cesarianas desnecessárias. Sua Taxa tem sido constante desde 1980 e, conforme ele, devem se manter neste nível, já que são atendidas muitas gestantes de alto risco.

A preocupação do HCPA em relação ao Indicador “Taxa de Cesárea” deve-se a fatores médicos/técnicos, e não econômicos. Isto é reforçado pelo fato de ser o HCPA um hospital-escola, em que os residentes aprendem as práticas mais indicadas para cada caso. Uma vez por semana, reúnem-se médicos e residentes do hospital para discutir casos mais críticos, onde há dúvidas sobre as condições da paciente, entre as quais, a opção pelo tipo de parto.

Uma paciente internada para dar à luz fica em observação numa sala designada para este fim, onde são avaliados seus sinais vitais, é feito um acompanhamento da evolução do quadro e são solicitados os exames laboratoriais necessários.

Em relação ao fluxograma do Processo que leva à escolha do tipo de parto, vale o mesmo apresentado no item 6.3.4.5, para o Hospital Pompéia.

6.2.5 Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência

O confronto entre os Indicadores Estratégicos e os Elementos Estratégicos (Metas, Diretrizes, Visão, Missão) do Hospital permitem avaliar se existe consistência, ou seja, se os Indicadores refletem a realização das Metas e Diretrizes e vão ao encontro da consolidação da Missão e Visão.

O confronto dos Elementos Estratégicos com os Indicadores Estratégicos permitenos ver que:

Enquanto os Indicadores se referem ao desempenho global do Hospital, as metas, em geral, estão orientadas para o plano operacional. Os Indicadores Estratégicos estão mais

afinados com a Missão e a Visão do hospital (mais especificamente com a “maximização do aproveitamento da infra-estrutura instalada”) do que com as metas do Planejamento Estratégico. As metas são acompanhadas setorialmente pelo hospital, porém não há um controle mais efetivo acerca do seu cumprimento. Isso se deve ao grande número de metas propostas, compreendendo algumas centenas delas, situação que é incompatível com o conceito de “Estratégico”.

6.2.6 Condições de Controle dos Processos Críticos

A pesquisa no hospital mostrou que o controle dos Processos Críticos não está plenamente satisfatório. O Processo de Alta e a Identificação das Patologias (que sustenta o Indicador “Média de Permanência”) ilustram isto. Não se sabe, por exemplo, qual seria a Média de Permanência adequada, nem se o aprofundamento do estudo dos casos por alunos afeta este Indicador.

Por outro lado, merece destaque o controle sobre os Processos que sustentam os Indicadores “Taxa de Infecção Hospitalar” e “Coeficiente de Mortalidade”. Apesar de nem todos os elementos que influenciam estes dois Indicadores serem passíveis de controle, a observação e as entrevistas mostram que há gerenciamento sobre os aspectos controláveis.

Um melhor controle sobre os principais Processos Críticos, no HCPA, é uma questão de esforço consciente, pois existem todas as condições em potencial para que ele ocorra de maneira eficaz, já que o hospital possui um alto nível de informatização (do qual é exemplo a tela que mostra a situação dos leitos) e pessoal com alta qualificação.

Conclusão:

Verificamos que os Indicadores Estratégicos são efetivamente acompanhados pelos administradores do hospital, através de relatórios mensais. Entretanto, cabe observar que a maioria das metas estabelecidas no plano setorial não refletem as diretrizes do Planejamento Estratégico, sendo muitas vezes estabelecidas livremente pelos setores do hospital.

Por outro lado, observou-se que os Indicadores não estão diretamente associados com Metas Globais, mas sim com diretrizes extraídas da Missão e Visão.

Sob o ponto de vista de gestão estratégica, o fato do Indicador ser global implica que deve ser monitorado pela Direção da instituição. Num segundo nível, devem ser identificados responsáveis para efetuar o controle sobre os Processos Críticos a eles referentes.

A Gestão Estratégica do HCPA poderia ser classificada, sob a ótica da metodologia adotada neste trabalho, como relativamente eficaz. Poderia ser mais eficaz se houvesse metas mais “afinadas” com os Indicadores Estratégicos e maior controle sobre os Processo Críticos.

6.2.7 Outros Indicadores sugeridos

Existe no HCPA um “Plano de Metas” estabelecido, que relaciona sete temas (diretrizes) em relação aos quais são estabelecidas metas. No entanto, as metas são em número extremamente elevado (centenas) e não são ordenadas por importância. A sugestão é estabelecer prioridades para as metas, separando as Estratégicas (que interferem no valor dos Indicadores Estratégicos) e dando-lhes tratamento diferenciado das metas que se referem a aspectos mais operacionais.

6.3 Caso 3: HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA

6.3.1 A Instituição

O Hospital Pompéia deriva de uma instituição de caridade criada em 1913 e destinada a “socorrer os necessitados e, no que for possível, fornecer-lhes serviços médicos, remédios e mantimentos”. Somente mais tarde passou a cobrar pelos serviços prestados. A instituição não parou de crescer desde então, tanto em área física quanto na abrangência dos serviços médicos prestados.

Atualmente, o Hospital Pompéia é um hospital eminentemente cirúrgico (em torno de 48% da sua receita provém de cirurgias) e é um dos mais importantes da sua região.

6.3.2 Os Elementos Estratégicos

a) Missão

“Zelar pela vida, através da assistência médico-hospitalar à comunidade, primando pela qualidade dos serviços prestados.”

b) Visão

“Tornar o Hospital Pompéia, Instituição de referência por excelência, no Rio Grande do Sul nos próximos cinco anos, em educação de saúde comunitária, diagnóstico e tratamento médico-hospitalar, proporcionando a satisfação plena de seus clientes”.

c) Principais Diretrizes e Metas do Planejamento Estratégico³⁶

As diretrizes (sinalizadas com ✪) e metas citadas como estratégicas pelo Hospital Pompéia foram:

✪ Manter alto nível de atendimento

Metas:

- % de Ocupação
- Nº de Leitos Existentes
- Volume de Cirurgias
- Coeficiente de Infecção Hospitalar
- Tempo de Atendimento
- Pesquisa de Satisfação

✪ Assistir o paciente na sua integralidade

Metas:

- Tempo de Permanência
- Funcionário/Leito Ocupado
- Distribuição Quadro de Pessoal

³⁶ Estas metas estão relacionadas em documento do Programa de Qualidade do Hospital sob a denominação *Objetivos*. Para cada um destes objetivos existe um grupo de Indicadores que o quantificam. Para cada Indicador existe um valor (meta), com data para ser atingido. Os Indicadores são apresentados no item 8.3.5, Indicadores Estratégicos X Metas do Planejamento Estratégico.

- Número de Atendimentos
- Pesquisa de Satisfação (Serviço de Enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Serviço de Higienização e Limpeza, Serviços Médicos, Serviços Complementares e Atendimento Religioso).

✦ Promover qualidade de vida nas pessoas e na organização

Metas:

- Rotatividade
- Horas de Treinamento
- Absenteísmo
- Acidentes de Trabalho
- Nível de Escolaridade
- Tempo Médio de Permanência
- Pesquisa de Satisfação

✦ Ser auto-sustentável

Metas:

- Margem Líquida
- Índice de Liquidez
- % Folha + Encargos/Receita
- Materiais e Medicamentos/Receita
- Faturamento
- Níveis de Investimento
- Nível de Endividamento
- Inadimplência (particulares)

6.3.3 Indicadores Estratégicos - Hospital Pompéia

Os Indicadores Estratégicos escolhidos pelo Hospital Pompéia, sua forma de cálculo e os Processos Críticos³⁷ referentes a cada Indicador formam o quadro a seguir.

QUADRO 5: INDICADORES ESTRATÉGICOS - HOSPITAL NOSSA SENHORA DE POMPÉIA

INDICADOR	DEFINIÇÃO	Processos Críticos
1. Volume cirúrgico por especialidade	Nº de cirurgias por especialidade por mês	☛ Agendamento de Cirurgias
2. Taxa de Ocupação do Hospital	$\frac{\text{Nº pessoas internadas}}{\text{total de leitos}}$	☛ Adequação oferta-demanda
3. Taxa de Infecção Hospitalar	$\frac{\text{Nº de infecções num dia}}{\text{total de internos no dia}}$	☛ Manuseio do paciente
4. Taxa de Mortalidade global	$\frac{\text{Total de óbitos}}{\text{total de saídas}}$	☛ Atendimento médico
5. Taxa de Cesarianas	$\frac{\text{Nº de cesarianas}}{\text{total de partos}}$	☛ Decisão médica

³⁷ Da mesma forma que para os demais hospitais, foram listados os Processos Críticos somente para os cinco primeiros Indicadores.

INDICADOR	DEFINIÇÃO
6. Percentual de encargos RH sobre Receita Operacional	$\frac{\text{Dispêndio com RH}}{\text{Receita operacional}}$
7. Estoque em dias de consumo	$\frac{\text{Estoque}}{\text{consumo médio diário}}$
8. Coeficiente de funcionários por leito ocupado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos ocupados}}{\text{N}^\circ \text{ de funcionários}}$
9. Margem líquida de resultado operacional	$\frac{\text{Lucro Líquido}}{\text{Receita Operacional}}$
10. (Não informado)	

6.3.4 Descrição dos Indicadores e Análise dos Processos Críticos

❶ Indicador “Volume Cirúrgico”

Nº de Cirurgias por tipo por mês

A preocupação do Hospital Pompéia com o volume de cirurgias deve-se ao fato de ser ele um hospital “eminente cirúrgico”, com quase metade de sua receita proveniente de cirurgias. Assim, é importante para o hospital manter o volume cirúrgico em níveis elevados, ocupando o máximo possível da sua capacidade.

O Hospital Pompéia classifica suas cirurgias em três categorias: cirurgias pequenas, médias e grandes. O número de cirurgias dessas três categorias para o período de junho de 1995 maio de 1996 foi o seguinte:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
cir. peq.	99	101	209	102	104	107	106	193	154	183	144	112
cir. méd.	342	324	422	323	334	333	280	291	285	376	378	440
cir. gdes.	327	347	222	297	329	288	257	150	102	134	112	84

Médias do período:

Cirurgias pequenas: 134

Cirurgias médias: 344

Cirurgias grandes: 221

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Volume de Cirurgias**

Processo Crítico 1: **Agendamento de Cirurgias**

☛ **Agendamento de Cirurgias.** O volume cirúrgico realizado depende:

- Da demanda: o hospital opera com capacidade ociosa grande parte do ano. Poderia realizar uma quantidade maior de cirurgias se houvesse demanda.

- Do período do ano: no período de dezembro a fevereiro o volume de cirurgias costuma cair significativamente (pela tabela, a queda mais significativa se dá nas cirurgias grandes). É a época em que os médicos tiram férias, por isso não marcam cirurgias eletivas.

✓ **Condições de controle do Processo de Agendamento de Cirurgias**

Não há medidas em relação a estímulo à demanda por cirurgia. O hospital procura apenas oferecer qualidade nos serviços prestados (para isto instituiu um Programa de Qualidade), buscando obter a preferência dos pacientes em potencial e manter a preferência dos clientes antigos. Também não há campanhas que estimulem a realização de cirurgias no período de dezembro a fevereiro.

☛ **Indicador “Taxa de Ocupação Hospitalar”**

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Pessoas Internadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Leitos}}$$

Sendo o Pompéia um hospital privado, sua Taxa de Ocupação se reflete diretamente no volume de receita auferida. É interessante manter as Taxas altas, otimizando a utilização da sua capacidade instalada e, assim, aumentando o lucro operacional.

As Taxas de Ocupação do Hospital Pompéia para o período de junho de 1995 a maio de 1996 foram as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% de ocupação	84	84	79	79	76	74	68	69	75	81	74	79

Média do período: 77%

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Ocupação**

Processo Crítico 1: **Adequação da Oferta à Demanda**

➊ **Adequação da Oferta à Demanda:** o Hospital atua sobre sua Taxa de Ocupação principalmente através da adequação entre o número de leitos disponíveis e a demanda de mercado. Isto significa fechar algum setor que eventualmente esteja ocioso, inclusive demitindo funcionários. Assim o hospital reduz seu custo fixo total, diminuindo o impacto que a baixa ocupação tem sobre o lucro.

O fechamento de um setor aconteceu em janeiro de 1996, provocado pela baixa demanda. A queda nas Taxas deveu-se, principalmente, à abertura de um novo hospital nas imediações. A intensificação da concorrência obrigou o hospital a adotar a estratégia de flexibilizar seu dimensionamento. Isto é possível porque não mais existem, no Pompéia,

setores específicos para cada especialidade. Atualmente, pacientes com diferentes patologias podem ser internados no mesmo setor, o que dá flexibilidade nas internações, melhorando a utilização da capacidade instalada.

Por outro lado, o hospital vem tentando aumentar a demanda através da implementação de um plano de saúde próprio. Com isto, espera elevar o volume total de atendimentos, inclusive de internações.

✓ **Condições de controle do Processo de Adequação da Oferta à Demanda**

A principal medida de controle realizada pelo hospital é a adequação da oferta à demanda existente, através do eventual fechamento de setores, com vistas a diminuir custos.

Do lado da demanda, em outubro de 1996, foi implantado o PompéiaMed, um Plano de Saúde específico do Hospital Pompéia (o hospital já tinha plano de saúde anteriormente, mas ele foi reformulado, abrangendo agora uma variedade maior de serviços). O plano está sendo divulgado na televisão, rádio e jornal, e espera-se que tenha efeitos sobre a procura dos serviços oferecidos pelo hospital. Se isto ocorrer, as Taxas de Ocupação do hospital deverão aumentar.

Há, também, esforços no sentido de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos pelo hospital de forma a obter a preferência dos pacientes em potencial ou o retorno dos pacientes já anteriormente internados. Isto está sendo feito através da implantação de um Programa de Qualidade Total.

⊗ **Indicador “Taxa de Infecção Hospitalar”**

$$\frac{\text{Nº de Infecções no dia}}{\text{Nº de Internos no dia}}$$

Por ser um hospital que realiza muitas cirurgias, é uma questão estratégica para o Pompéia se preocupar com sua Taxas de Infecção Hospitalar. Ter muitos casos de IH denigre a imagem do hospital junto à comunidade, reduzindo sua credibilidade e, conseqüentemente, afastando os pacientes em potencial. Um baixo índice de IH, pelo contrário, está ligado a um alto nível de atendimento.

O Hospital Pompéia realiza três tipos de levantamento em relação à Taxa de Infecção Hospitalar:

✿ **Incidência** de Infecção Hospitalar: é um acompanhamento diário dos pacientes, com ou sem infecção. É realizada somente na UTI Adultos.

✿ **Taxa de Prevalência**: conforme definição do próprio hospital, “estabelece-se uma vez ao mês um dia fixo e faz-se o levantamento dos pacientes baixados; contam-se as infecções que se apresentam neste dia (casos novos e antigos), calculando-se pelo número de internados no dia”. Constitui-se numa contagem simples de número de casos (que, para o cálculo do Indicador, é dividido pelo número de pacientes internados), e engloba todos os setores do hospital. É esta Taxa que será analisada neste estudo.

✿ **Busca ativa**: é um acompanhamento diário de todos os internados, com o objetivo de investigar os casos de pacientes que estão com risco de contrair a infecção ou que já estão com a infecção instalada. Tem uma função também preventiva.

Além dos acompanhamentos acima, o hospital efetua **Investigações de Surtos**. Quando as Taxas sobem exageradamente, o hospital faz uma investigação com o intuito de descobrir o que causou o surto. Para isto, tenta descobrir o que foi feito, como foi feito, quais materiais foram utilizados, etc, de forma a bloquear a causa do problema.

As Taxas de Prevalência apresentadas pelo hospital no período de janeiro a maio de 1996 foram as seguintes³⁸:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% de infecção								12	12	13	10	10

Média do período: 11,4%

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Infecção Hospitalar**

Processo Crítico: **Manuseio do Paciente**

☉ **Manuseio do Paciente:** todos os contatos, seja manual, seja por intermédio de instrumentos, equipamentos ou materiais, podem levar a infecções hospitalares. Fazem parte do manuseio os **procedimentos**, atos sofridos pelo paciente durante seu período de internação e que dizem respeito ao tratamento médico-assistencial prestado pelo hospital ao paciente. A “qualidade” dos procedimentos, por sua vez, é afetada por outros elementos:

- Nº de funcionários por leito: um atendimento mais individualizado tem efeito de reduzir as Taxas de IH, pelo aumento do cuidado com cada paciente.
- Nº e tipo de cirurgias realizadas: hospitais que realizam muitas cirurgias infectadas ou contaminadas tendem a ter Taxas maiores de IH.
- Recursos físicos do hospital: materiais melhores e melhores recursos técnicos puxam a Taxa de IH para baixo.

³⁸ Para o ano de 1995 o hospital não tem dados que considera confiáveis. Conforme informado, as Taxas que constam no arquivo referentes a esse ano foram “chutes”, e não refletem a realidade, devido à metodologia de cálculo. Por isso, não foram citadas.

Alguns fatores externos interferem no risco de contração da IH:

- Estado de saúde do paciente: pacientes que chegam ao hospital já debilitados têm mais chance de ser infectados quando expostos a algum risco.

- Período do ano: no inverno, por exemplo, há uma propensão maior para infecções respiratórias, elevando a Taxa geral. No verão, pelo contrário, o número de internados diminui (principalmente os internados para cirurgia). O número de funcionários diminui menos do que proporcionalmente. Assim, os pacientes recebem atendimento melhor, afetando a Taxa de IH positivamente.

✓ **Condições de controle do Processo de Manuseio do Paciente**

Pacientes com doenças contagiosas são isolados. Aumentos excessivos nas Taxas (surtos) são investigados mais a fundo. Ademais, flutuações das Taxas são encaradas como normais.

Um dos membros da Comissão de Controle de IH mencionou a importância da qualidade dos materiais utilizados como fator de prevenção de IH. No entanto, diz ele, nem sempre o hospital tem condições de trabalhar com os melhores materiais, pois às vezes eles significam aumentos consideráveis nos custos.

Um maior número de funcionários por leito, segundo a mesma fonte, colabora na prevenção da IH. Nos meses de verão, quando a internação diminui, isto é possível. Nos demais períodos, a pressão para manter baixos os custos fixos impede que seja usado este expediente.

Obs: Conforme esse mesmo membro da Comissão de Controle de IH, não há sentido em comparar Taxas de IH de hospitais diferentes (a mesma informação foi dada por um membro da Comissão de IH do HCPA). Isto se deveria ao perfil de pacientes do hospital

(condições sócio-econômicas, condições físicas, etc) patologias mais freqüentes atendidas pelo hospital, percentual de internação cirúrgica, clima da região, etc.

❶ Indicador “Taxa de Mortalidade Global”

$$\frac{\text{Total de Óbitos}}{\text{Total de saídas no período}}$$

A Taxa de Mortalidade Global do Hospital Pompéia é medida, segundo seu Diretor Administrativo, para que se tenha um *feedback* sobre a “complexidade do atendimento do hospital”. A Taxa serve como parâmetro, uma forma concreta (dados) que torna possível discutir com o corpo clínico do hospital eventuais problemas, já que ela é um reflexo do desempenho do hospital como um todo, ao mesmo tempo que mede a capacidade de resposta da equipe médica. Um centro cirúrgico com baixa Taxa de Mortalidade, por exemplo, indica que a equipe médica é boa, que os equipamentos são adequados, etc. Em última análise, a Taxa de Mortalidade serve como avaliação técnica do desempenho do hospital. Sua importância está em indicar falhas (setores com altas Taxas de Mortalidade) para que se possa atuar sobre elas e melhorar os serviços.

As Taxas de Mortalidade apresentadas pelo hospital no período de junho de 1995 a maio de 1996 são as seguintes:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% mortali- dade	2,3	2,4	2,1	3,1	0,6	2,0	1,8	1,7	2,6	2,9	2,3	2,7

Média do período: 2,2%

Análise dos Processos Críticos

Indicador: **Taxa de Mortalidade**

Processo Crítico 1: **Atendimento Médico**

☉ Atendimento Médico

O atendimento médico, na acepção do Pompéia, inclui principalmente aspectos de qualidade técnica. Está relacionado à qualidade intrínseca do serviço oferecido. É um macroprocesso derivado, ou seja, é resultante do desempenho de uma teia inter-relacionada de processos menores, incluindo quase que a totalidade dos setores do hospital. Por sua complexidade, não será aqui detalhado.

✓ Condições de controle do Processo de Atendimento Médico

O Hospital realiza reuniões bimestrais com diferentes equipes de profissionais para discutir as Taxas. Caso alguma especialidade esteja com Taxas acima do esperado ou da média, é solicitado a dar esclarecimentos, justificando os valores.

⊕ Indicador “Taxa de Cesarianas”

$$\frac{\text{Nº de Cesarianas}}{\text{Total de Partos}}$$

O hospital apresentou os seguintes percentuais de partos por cesariana³⁹ no período entre junho de 1995 e maio de 1996:

Mês	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai
% de cesáreas	44	46	43	45	48	46	45	45	47	46	47	49

Média do período: 46%

A preocupação do Hospital Pompéia em relação a sua Taxa de partos por cesariana se relaciona especificamente aos partos realizados através do SUS. As razões são predominantemente financeiras, pois a remuneração para os dois tipos de parto é semelhante, mas os custos são muito diferentes. Financeiramente, e em se tratando de SUS, é muito mais vantajoso efetuar partos normais. Efetivamente, em torno de 85% dos partos realizados pelo SUS são normais e apenas 15% são partos cesáreos. São índices muito bons se comparados à Taxa global de cesarianas realizadas no segmento particular/convênios do próprio hospital ou, até, à média no Estado do Rio Grande do Sul.

Dentre as pacientes particulares, em torno de 95% vêm com prescrição médica prévia para realizar cesariana. Nestes casos, o Hospital não discute a necessidade ou não da operação, acatando as recomendações do médico particular das gestantes. Nos casos de pacientes previdenciárias, as pacientes ficam em observação, e a decisão pelo tipo de parto é feita pelo médico plantonista, que se baseia na evolução do trabalho de parto para optar entre as duas formas.

Além do fator financeiro, o hospital considera alguns aspectos técnicos que tornam o parto normal mais vantajoso (neste caso, principalmente para a paciente):

- ⊕ A mãe corre menos riscos

³⁹ Estas Taxas não discriminam pacientes atendidas pelo SUS das particulares/conveniadas. Se fossem consideradas somente pacientes do SUS, as Taxas seriam de, aproximadamente, 15%.

- ✦ Há menores riscos de infecção
- ✦ O tempo de internação é menor.

O índice geral de Taxa de Cesariana do hospital está mais elevado do que a média do Rio Grande do Sul, que em 1994 foi de 38,2% (ZH, 26/05/1996, p.34).

O diretor médico do Hospital Pompéia considera que um índice razoável de partos por cesariana seria de 25%, que cobriria apenas os casos de real necessidade. As situações que exigem cesariana, segundo o mesmo médico, são as seguintes:

- ✦ Bebê pélvico
- ✦ Pré-eclâmpsia
- ✦ Cesária prévia⁴⁰
- ✦ Sofrimento fetal.

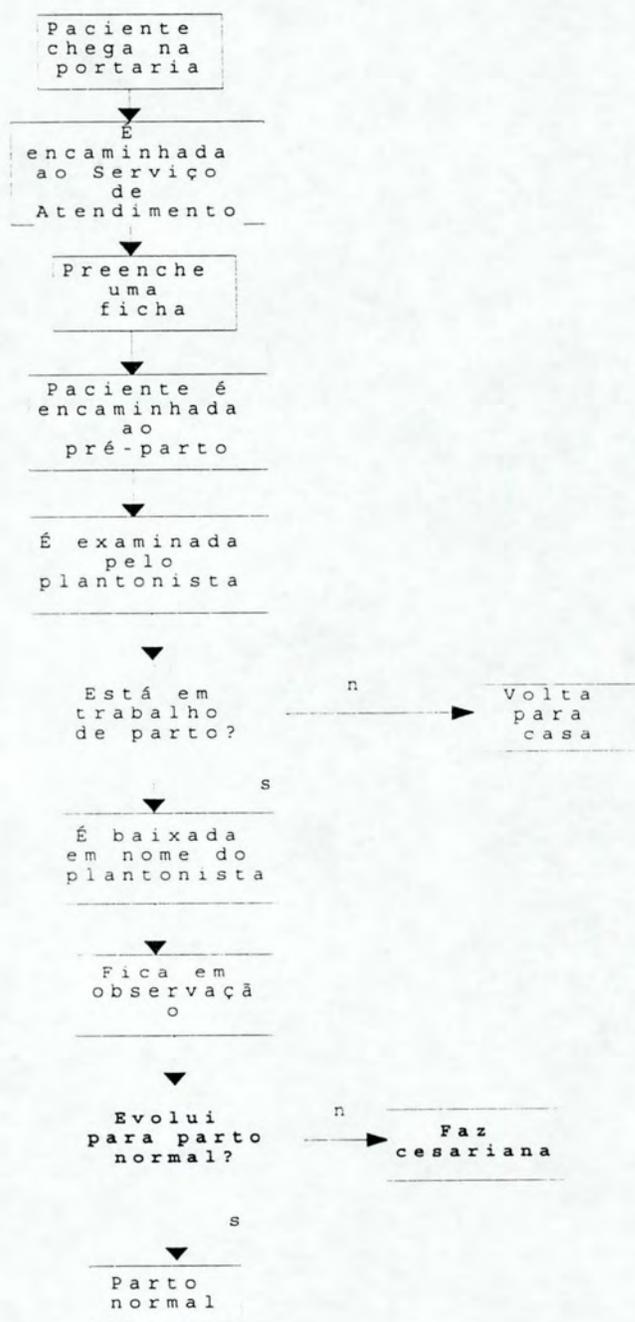
Conforme o médico, o conjunto desses casos não ultrapassaria os 25% anteriormente mencionados. Acredita, no entanto, que a elevada Taxa de cesarianas é um problema mundial, e que deriva de questões culturais.

Segundo algumas entrevistas realizadas entre médicos e administradores hospitalares, a opção pela cesariana deve-se, principalmente, ao medo das gestantes e ao comodismo dos médicos. O parto natural demanda de 8 a 10 horas de atendimento, enquanto que uma cesariana pode ser realizada em até 30 minutos (ZH, 26/05/96, p.34). Quanto às mães, elas temem que a dor nos partos normais seja muito grande.

O fluxograma do Processo que leva à opção pelo tipo de parto pode ser representado como a seguir:

⁴⁰ Este fator não é considerado motivo para cesariana pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

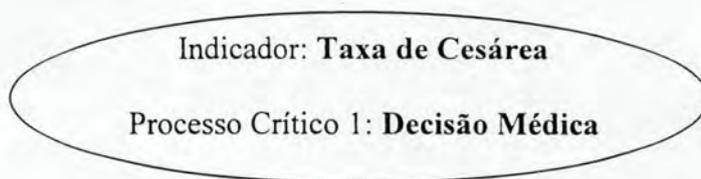
Fig. 5: Fluxograma Referente ao Indicador Percentual de Cesarianas



A questão chave da opção pelo tipo de parto está na fase: “Evolui para parto normal?”

Pode-se considerar que o Processo Crítico referente a esse Indicador é a Decisão Médica.

Análise dos Processos Críticos



☉ **Decisão médica:** para optar pelo tipo de parto (no caso específico do Pompéia, entende-se parto SUS), o médico acompanha uma série de “itens de controle”, como dilatação, espaçamento das contrações, etc. Além disto, é levada em consideração a situação pregressa da paciente (os dados constam numa carteirinha, que acompanha a mãe durante a gestação). É nesta fase que pode haver uma diferença no julgamento: pode ocorrer de um médico considerar que está ocorrendo a evolução para parto normal. Outro pode julgar que a evolução está lenta, ou não existe, preferindo optar por uma cesariana. Alguns médicos, ainda, somente realizam cesariana. O médico possui controle e autonomia total sobre o tipo de parto. Sua decisão não é questionada.

✓ Condições de controle do Processo de Decisão Médica

Os médicos têm autonomia para realizar o tipo de parto que considerarem o mais apropriado. Não há questionamentos sobre cesarianas desnecessárias. Os índices obtidos são aceitos como normais.

6.3.5 Indicadores Estratégicos X Elementos Estratégicos: Análise de Consistência

Aqui é feito um confronto entre os Indicadores Estratégicos e os Elementos Estratégicos do Hospital, a fim de avaliar se os dois elementos estão “afinados”, ou seja, se são consistentes.

O confronto dos Elementos Estratégicos com os Indicadores Estratégicos indicam que:

O Hospital Pompéia relacionou os Indicadores 1,2 e 3 (Volume de Cirurgias, % de Ocupação e Taxa de IH, respectivamente) ao objetivo de “Manter Alto Nível de Atendimento”. Considero que, além disto, os Indicadores 1 e 2 se relacionam também com o objetivo de “Ser Auto-sustentável”, pois mesmo de forma indireta afetam o faturamento.

Aos Indicadores 4,5 e 7 (Taxa de Mortalidade, Taxa de Cesárea e Estoque) não existe meta relacionada. Se são Indicadores considerados estratégicos pelo hospital, deveriam ser contemplados no seu Planejamento Estratégico, com as respectivas metas. O Indicador 4 poderia ser incluído junto ao objetivo “Manter alto nível de atendimento”. O Indicador 5, ao “Assistir o paciente na sua integralidade”, já que a opção pelo tipo mais aconselhável de parto beneficia mãe e bebê. O Indicador 7 parece estar ligado a “Ser auto-sustentável”, pois um grande estoque tem efeito sobre o caixa da instituição.

Os Indicadores 6 e 9 (Encargos RH e Margem Líquida) estão relacionados ao objetivo de auto-sustentação, pois estão ligados a receitas e despesas.

O Indicador 8 (Coeficiente de Funcionários por Leito) foi relacionado pelo hospital ao objetivo “Assistir o paciente na sua integralidade” já que, quanto mais funcionários por leito, mais atenção pode ser dada a cada paciente. Por outro lado, afeta também o objetivo “Ser auto-sustentável”, pois um alto coeficiente de funcionários por leito aumenta o valor da folha de pagamento e traz efeitos para a Margem Líquida.

6.3.6 Condições de Controle dos Processos Críticos

Dos cinco Processos Críticos do Hospital Pompéia, pode-se dizer que três estão sob controle. A adequação da Oferta à Demanda acontece de maneira eficaz, com o hospital atacando nas duas frentes: de um lado, reduzindo a oferta através do fechamento de setores ociosos (reduzindo, assim, os custos fixos), de outro, estimulando a demanda através da criação de Plano de Saúde próprio. Quanto ao Indicador “Taxa de Cesárea”, mesmo sendo a Decisão Médica um Processo de difícil controle, os índices obtidos nos partos pelo SUS (de 15%) apontam para um bom desempenho do mesmo. Os Coeficientes de Mortalidade são utilizados pelo hospital como *feedback* sobre o desempenho passado, e quando este não está satisfatório, são tomadas as medidas cabíveis.

Por outro lado, o Processo que sustenta a “Taxa de Infecção Hospitalar” (Manuseio do Paciente) tem um controle apenas regular. Por medidas de contenção de despesas, o hospital restringe o cálculo de Taxa de Incidência aos pacientes da UTI de adultos, além de privilegiar o uso de materiais mais baratos, nem sempre com as mesmas condições de assepsia de outras alternativas mais dispendiosas. O Agendamento de Cirurgias, Processo que sustenta o Indicador “Volume Cirúrgico”, também merece maior controle. O hospital tem em relação a ele uma conduta passiva, não tomando medidas quando os resultados não são satisfatórios.

Conclusão:

No Quadro de Indicadores Estratégicos do Hospital Pompéia apareceram três Indicadores sem que houvesse qualquer meta a eles relacionadas, indicando falta de consistência. Não ficou realmente claro qual a política do hospital em relação àqueles Indicadores, para os quais é necessário um maior esforço de monitoramento.

A Gestão Estratégica do Pompéia, sob o prisma da metodologia adotada neste estudo, pode ser classificada como regular. Para melhorar, devem ser estabelecidas metas em relação a **todos** os Indicadores e efetuado um maior controle sobre alguns dos Processos Críticos.

6.3.7 Outros Indicadores sugeridos

Para o caso do Hospital Pompéia, a sugestão não é de acrescentar novos Indicadores aos já em uso, mas acrescentar metas referentes a alguns dos Indicadores Estratégicos (Taxa de Mortalidade, Taxa de Cesariana e Estoque em dias de consumo). Estes Indicadores são considerados Estratégicos pelo hospital, porém não consta nos objetivos nenhuma meta a eles referentes. Sem que eles sejam contemplados com metas no Planejamento Estratégico (ou no Programa de Qualidade) seu monitoramento fica prejudicado.

7 COMPARAÇÕES ENTRE OS TRÊS HOSPITAIS

7.1 Em relação à motivação para a escolha dos Indicadores Estratégicos

O trabalho mostrou que diferentes motivações levam à escolha de um Indicador como Estratégico pelos hospitais.

Na Santa Casa, os Indicadores escolhidos relacionam-se predominantemente com aspectos econômico-financeiros. A escolha justifica-se, pois a instituição tem lutado muito para continuar prestando assistência pelo SUS. Suas dificuldades de auto-sustentação vêm de longa data, exigindo um esforço continuado pela sobrevivência. Ao mesmo tempo, a Santa Casa não se descuida da qualidade dos serviços prestados⁴¹. A baixa remuneração de alguns serviços pelo SUS e os atrasos sistemáticos nos pagamentos, contudo, tem levado a instituição a buscar outras alternativas, como aumentar a quota de atendimentos a pacientes conveniados e particulares. Sem isto, não mais haveria condições de manter o hospital em funcionamento. Pode-se dizer que a linha mestra, o ponto para o qual convergem os Indicadores Estratégicos, é a auto-sustentação, coincidindo com sua Diretriz Macro-institucional.

⁴¹ A Santa Casa iniciou seu Programa de Qualidade em 1993 e já tem um longo caminho trilhado neste sentido.

No HCPA, os Indicadores escolhidos relacionam-se predominantemente com o gerenciamento do aproveitamento da sua infra-estrutura instalada, o que é contemplado na Missão do hospital. A preocupação com aspectos financeiros não aparece de forma clara, provavelmente porque o Hospital tem sua folha de pagamento sustentada pelo MEC⁴². Assim, fica ressaltada no HCPA a preocupação assistencial, com ênfase na qualidade dos serviços prestados e na plena utilização dos recursos.

No Hospital Pompéia, os Indicadores Estratégicos poderiam ser divididos em dois blocos: de um lado, os relacionados à rentabilidade financeira, com tentativas de aumentar receitas e/ou reduzir custos (Indicadores 1,2,6,7,8,9). De outro, a preocupação com aspectos referentes ao nível técnico dos serviços prestados, (refletidos pelos Indicadores Infecção Hospitalar e Mortalidade) e que tem também uma relação indireta com os resultados financeiros. O hospital está fazendo esforços para ser, ao mesmo tempo, lucrativo e apresentar bom nível de atendimento. O item 6.3.6 deste trabalho mostra, contudo, que ainda é necessário maior controle sobre alguns dos seus Processos Críticos.

7.2 Em relação à consistência Indicadores - Elementos Estratégicos

Dentre os três hospitais, a Santa Casa foi o que apresentou maior consistência entre os Indicadores Estratégicos e suas diretrizes e metas. Existe coerência também entre os depoimentos das pessoas entrevistadas na instituição, como se para todos os entrevistados estivesse muito claro quais são as diretrizes do hospital, e em qual direção devem ser concentrados os esforços (conforme o Diretor Administrativo do hospital, o Plano de

⁴² Os gastos com pessoal na Santa Casa, por exemplo, representam aproximadamente, 45% de todo o custo do hospital.

Diretrizes e Metas do hospital ficou durante bastante tempo exposto em murais do Complexo, para que qualquer funcionário tivesse acesso).

No HCPA, confirma-se o que afirmou seu Vice-Presidente: há uma nítida separação entre Indicadores globais e setoriais. Quanto aos setoriais, mais específicos, os setores têm total liberdade no estabelecimento das metas. Estas, no entanto, não necessariamente vão ao encontro das grandes metas da instituição (que deveriam ser as que se referem aos Indicadores Estratégicos). Se atingir as metas setoriais, é claro que o hospital vai obter ganhos de melhoria. No entanto, estes ganhos não se referem às questões consideradas estratégicas para a instituição.

No Pompéia, há uma grande variedade de metas estabelecidas, mas três dos nove Indicadores Estratégicos não foram contemplados com metas. Isto aponta para um nível de consistência problemático entre os Indicadores e os Elementos Estratégicos.

7.3 Em relação aos Processos Críticos associados aos Indicadores

Uma observação importante no âmbito da comparação entre os hospitais é que nem sempre um mesmo Indicador é sustentado pelos mesmos Processos Críticos, em hospitais diferentes. Esta diferença deve-se às peculiaridades de cada hospital. Dentre estas, a mais importante diz respeito à relação oferta-demanda em que cada hospital está inserido. Nos hospitais que atendem predominantemente pelo SUS, a demanda pelos serviços é muito maior do que a oferta. A atenção da administração se volta, então, para maximizar a utilização da capacidade instalada (como é o caso do HCPA) ou para redução de custos/aumento de receitas em outros setores (como acontece na Santa Casa). No Pompéia, que é privado, a demanda é menor do que a oferta na maior parte do tempo. Isto conduz os

esforços da administração para estímulo à demanda ou, também, para enxugamento de custos fixos.

Dos cinco primeiros Indicadores Estratégicos, o Hospital Pompéia e o HCPA escolheram quatro Indicadores iguais. No entanto, há diferenças em alguns Processos Críticos. O Indicador “Taxa de Ocupação” é um exemplo. Para o HCPA, os Processos Críticos são o Gerenciamento dos Leitos e os Processos de Internação e Alta, pois sua demanda é maior do que a oferta, e o que se busca é maximizar o uso dos recursos disponíveis. No Pompéia, o Processo que sustenta esse mesmo Indicador é a Adequação da Oferta à Demanda, pois a demanda é menor do que a oferta, e o hospital preocupa-se em adequá-la, reduzindo a oferta nos momentos de queda da demanda, de forma a reduzir custos fixos. Para a Santa Casa, que também escolheu este Indicador (só que por motivação financeira), os Processos Críticos são o Agendamento das Internações e o Processo de Alta que, se funcionarem bem, permitem ao hospital maior rotatividade dos leitos, o que tem impacto direto sobre o faturamento.

Em relação à Taxa de Infecção Hospitalar, apesar de os Processos Críticos serem os mesmos para o Pompéia e o HCPA, as condições de monitoramento são muito distintas. O Pompéia está limitado (ou, pelo menos, mais concentrado) no cumprimento da legislação. Sua forma de cálculo da Taxa, inclusive, é diferente da forma de cálculo adotada pelo HCPA. No Pompéia é calculada apenas a Taxa de Prevalência, o levantamento de todos os casos manifestos em um determinado dia do mês. Este método é rejeitado pelo HCPA, que o considera de baixa confiabilidade. O HCPA prefere calcular a Taxa de Incidência, um levantamento diário de todos os casos manifestos e potenciais. Os custos deste sistema são mais elevados mas, segundo o hospital, tem uma boa confiabilidade (de 90% a 95%). Aí deve-se considerar a característica de o HCPA dedicar-se também à pesquisa, o que o

coloca numa posição de vanguarda. Procura ser exemplar e ainda buscar sempre novas soluções.

No que se refere à Taxa de Cesariana, tanto o HCPA quanto o Pompéia têm como Processo Crítico a Decisão Médica. O que varia, neste caso, é a qualidade da decisão, ou seja, o quanto ela está baseada em critérios técnicos e o quanto a opção pela cesariana deve-se a outros fatores. A Taxa média de Cesariana do Pompéia para o período analisado foi de 46%, enquanto que a do HCPA foi de 25%. Esta diferença nos índices é um indício de que, no Pompéia, muitas cesarianas são efetuadas por critérios não essencialmente técnicos. É um Processo em relação ao qual é difícil avaliar as condições de controle para os dois hospitais, pois as decisões médicas não são questionadas *a posteriori*.

O Indicador Média de Permanência foi selecionado pelo HCPA e pela Santa Casa. Também neste caso, as situações são bem diferentes, a começar pelos Processos que sustentam o Indicador. Enquanto na Santa Casa (mais especificamente no Hospital São Francisco, hospital ao qual se restringe o Indicador) há interesse em agilizar o Diagnóstico e o Processo de Alta para aumentar a rotatividade dos leitos e aumentar a receita, no HCPA as patologias são discutidas por professores e alunos (residentes e/ou doutorandos), que levam para isto o tempo que for necessário. A ênfase é em estudar os casos detalhadamente, prestando a melhor assistência. O tempo que isto vai levar é secundário. Isto significa um fraco controle do Processo, pois o hospital não sabe em quanto a permanência fica aumentada por este fator.

Os Indicadores Volume de Exames da Santa Casa (neste caso, da CDI) e o Volume Cirúrgico do Pompéia foram escolhidos em função da capacidade de gerar receita. No HCPA aparecem também Indicadores⁴³ de volume de produção. Mais uma vez, no entanto, neste hospital a ênfase é para o aproveitamento da capacidade instalada. Isto não quer

⁴³ Como afirmado anteriormente, estes não são Indicadores no sentido em que foi definido para este trabalho.

dizer, contudo, que o hospital não se preocupe com a receita. Apenas, não parece ser a questão prioritária.

A noção de Processos Críticos, ou Processos que sustentam cada Indicador, pareceu que não é clara para a maioria dos entrevistados. Este é um ponto no qual as instituições tem de prestar mais atenção, pois é da atuação nos Processos que advirão as melhorias obtidas nos Indicadores.

7.4 Em relação às condições de controle dos Processos Críticos

A Santa Casa se destaca como o hospital que realiza um melhor controle sobre seus Processos Críticos, dentre os três pesquisados. A falha no controle neste hospital acontece quando o bom desempenho do Processo repousa sobre o envolvimento dos médicos.

No HCPA, os Processos que têm um controle mais precário são os que envolvem aspectos relacionados a ser o HCPA um hospital-escola. Dentre estes, os principais são os Processos que sustentam a Média de Permanência.

No Pompéia, a grande preocupação com custos dificulta o bom andamento de alguns dos Processos, como os relacionados ao Indicador Taxa de Infecção Hospitalar. Quando não diretamente relacionados a custo, os Processos apresentam um bom controle.

De maneira geral, e envolvendo os três hospitais, não parece ser muito difundida em nenhum deles a idéia de “donos de Processo”, pessoas que atuam no controle direto dos Processos e de cujo desempenho resulta o valor do Indicador. Seria importante que os hospitais difundissem esta idéia, pois é uma maneira de criar envolvimento e responsabilidade. Cada pessoa da organização deve ter noção dos efeitos que o seu trabalho

tem sobre o Processo a que está associado e, por extensão, ao Indicador que o Processo sustenta ou ajuda a sustentar e sobre o desempenho do hospital como um todo. O problema da Alta nos horários estabelecidos ilustra bem isto. Caso os médicos fossem conscientizados sobre os efeitos “em cadeia” quando atrasam a liberação de um paciente sob sua responsabilidade, certamente o número de atrasos nas Altas diminuiria.

Quanto à identificação de quais são os Processos Críticos de cada hospital, notamos que eles nem sempre estão bem “amarrados” com os Indicadores a que se referem. Falta conscientização, mais uma vez, de quais são os Processos que estão por trás de cada Indicador, e como e em quais Processos atuar a fim de melhorar os valores dos Indicadores. Em outras palavras, **falta sistematizar o monitoramento dos Indicadores Estratégicos, buscando melhorias nos seus resultados através da atuação nos Processos Críticos.**

7.5 Em relação ao uso do procedimento proposto

Nenhum dos hospitais pesquisados utiliza rigorosamente o método de monitoramento desenvolvido neste trabalho. Há alguns elementos do método, contudo, nos três hospitais.

Os três hospitais têm Indicadores, mas seu uso é diferente para cada hospital. Na Santa Casa, cada gerência recebe relatórios referentes a sua área, e acompanha os Indicadores correspondentes. Embora o controle dos Processos não seja feito de forma sistemática, existe a noção de dependência das atividades que sustentam cada Indicador. Como as Diretrizes e Metas do Complexo como um todo estão muito claras para os gerentes, fica mais fácil dirigir os esforços na direção correta.

No HCPA, existe um relatório mensal distribuído para os níveis gerenciais, onde estão listados exatamente aqueles Indicadores que o Hospital classificou como Estratégicos. A diferença em relação à Santa Casa é que no HCPA não há um setor ou grupo de pessoas que se “responsabilize” pelo Indicador, tentando descobrir falhas nos Processos. Por outro lado, é comum no HCPA a formação de Grupos Espontâneos, formados por representantes de diversas áreas relacionadas com algum Indicador, que investiga origens de problemas em Processos, tentando melhorar algum Indicador que está em níveis insatisfatórios. A idéia é excelente, mas deveria ser sistematizada e relacionada à gestão estratégica.

No Hospital Pompéia existe uma planilha referente ao Programa de Qualidade do Hospital, com quatro grandes objetivos (diretrizes), sendo que para cada um deles foram definidos diversos Indicadores e metas. Quanto aos Processos que sustentam os Indicadores, não existe nada definido. Talvez venha a ter com o prosseguimento da implantação do Programa de Qualidade do Hospital, que está ainda no início.

7.6 Avanços e Limites

O principal avanço proporcionado pelo uso do método adotado neste trabalho relaciona-se com a oportunidade que ele proporciona às empresas de, conhecendo quais são os Processos Críticos associados a cada Indicador considerado Estratégico, intervir de forma rápida e eficaz nesses Processos, elevando sua *performance* e, como consequência, os valores dos Indicadores correspondentes.

O uso sistemático deste procedimento confere agilidade às organizações na resolução de problemas associados a falhas nos Processos. Para usufruir de todos os

benefícios que o método oferece a empresa deve, primeiramente, formar um Quadro de Indicadores que represente os aspectos mais importantes a serem acompanhados na organização. Feito isto, deve investigar quais são os Processos que sustentam aqueles Indicadores e elaborar diagramas de como eles se desenvolvem.

Quando algum dos Indicadores não se apresenta nos níveis esperados, a atuação deverá ser diretamente nos Processos Críticos. O resultado da atuação nos Processos deverá melhorar o valor do Indicador.

É importante salientar que este método é aplicável a qualquer tipo de organização, seja de prestação de serviços, seja industrial, e em qualquer segmento produtivo

Uma organização que, tendo estabelecido suas Metas e Diretrizes, define Indicadores Estratégicos que ajudem a monitorá-las e domina a noção de Processos Críticos, tem um grande recurso de monitoramento de gestão. Mais do que isto, pode atuar corretivamente de forma mais rápida e eficaz, o que cada vez mais vai distinguir organizações competitivas de outras, com menos chance de sobrevivência.

Os limites do método encontram-se na dificuldade em enfrentar certas resistências ligadas a mudanças culturais. O procedimento exige a criação de um envolvimento responsável de todas as pessoas da organização que tem relação com os Processos Críticos. É necessário criar uma mentalidade de não culpar pessoas por resultados indesejáveis, mas corrigir processos.

O uso de Indicadores de Desempenho de forma sistemática é fato ainda relativamente recente, que chegou com os Programas de Qualidade. A utilização deste

procedimento de monitoramento de gestão estratégica, por isto, é mais fácil quando aplicado em empresas com Programas de Qualidade já em desenvolvimento⁴⁴.

⁴⁴ Os três hospitais pesquisados neste estudo têm Programa de Qualidade implantado ou em implantação. Dos três, a Santa Casa é a que adotou há mais tempo esta filosofia de gestão. Talvez isto justifique seu melhor resultado no uso do procedimento sugerido neste trabalho.

8 CONCLUSÃO

Reflexos da crise no setor da saúde ficaram evidenciados nos três hospitais estudados. A inadequação da tabela do SUS, tanto em termos de valores de remuneração quanto em relação aos tempos de permanência estabelecidos como base, foi um problema ressaltado pelos três hospitais. A tabela é única para todo o país e não considera as diferenças nas tecnologias utilizadas nas diferentes regiões e nos diferentes hospitais. Além disto, há uma insatisfação geral devido aos atrasos no pagamento. Hospitais que atendem predominantemente pelo Sistema Único de Saúde dependem destes recursos para se manterem em operação. Os atrasos comprometem a autonomia do hospital, levando-os a reduzir as quotas de atendimento por este sistema e ampliar os atendimentos para pacientes conveniados e particulares. Isto é um indicativo de falência do Sistema Nacional de Saúde em vigor.

Considerando o volume insuficiente de recursos que estão sendo aplicados no setor da saúde, nenhum hospital pode dar-se ao luxo de trabalhar com Processos ineficientes. Cada vez mais, é necessária uma gestão que concilie atendimento de qualidade com uso adequado de recursos.

É importante ressaltar o impacto que uma gestão eficaz (considerando gestão eficaz como aquela que monitora seus Indicadores Estratégicos e controla seus Processos de forma adequada, atingindo suas metas) tem sobre a satisfação dos seus clientes. Tome-se o exemplo da Taxa de Ocupação, cujo principal Processo Crítico é o gerenciamento de leitos.

O controle sobre este Processo permite a internação de um maior número de pessoas, sem prejuízo da qualidade da assistência prestada individualmente. Cliente atendido (principalmente em se tratando de cliente do SUS) normalmente é cliente satisfeito.

A importância do uso de Indicadores no monitoramento da gestão estratégica é reconhecida por todos os administradores entrevistados dos três hospitais estudados⁴⁵. No entanto, existem algumas dificuldades em relação ao uso de alguns deles. Uma delas é a falta de parâmetros, de Indicadores que sirvam de referência, permitindo que os hospitais comparem seus Indicadores com padrões. O estudo mostrou a complexidade de estabelecer comparações diretas para um mesmo Indicador entre diferentes hospitais. As peculiaridades de cada hospital, como o perfil epidemiológico atendido, o nível de tecnologia utilizado, a forma de constituição do hospital (ser hospital-escola, ser privado ou público, etc), são alguns dos fatores que podem distorcer eventuais comparações. No entanto, uma série histórica do próprio hospital é sempre válida. Assim, uma alternativa lógica para estabelecer valores-meta para Indicadores é a partir das séries históricas da própria organização. O melhor desempenho passado pode ser tomado por base no estabelecimento de metas futuras. Fora isto, poderia ser criado um banco de dados com índices de diversos hospitais de maneira a estabelecer índices médios (o que poderia ser feito pela Federação dos Hospitais, por exemplo), o que permitiria que cada hospital pudesse se comparar com o valor médio de cada tópico. Por outro lado, o *benchmarking* deve ser estimulado, a fim de que Processos eficientes possam ser difundidos para outros hospitais.

Apesar de parecer óbvia a importância do emprego de Indicadores e do controle dos Processos Críticos, não faz muito tempo que os hospitais utilizam este recurso para o monitoramento da sua gestão. E, mesmo usando, nem sempre utilizam as informações

⁴⁵ Vide Anexo 1, com depoimentos de administradores dos três hospitais pesquisados sobre esta questão.

deles provenientes da forma mais adequada. Parece que o que motivou a preocupação com a busca de melhores níveis de desempenho de gestão foi o acirramento da concorrência e a própria escassez dos recursos. Mesmo assim, falta articular melhor (de maneira geral) a Missão, Visão, as diretrizes, as metas os Indicadores e os Processos Críticos. Dentre estas, a principal questão a ser trabalhada é a identificação e o controle dos Processos Críticos. O hospital precisa saber quais Processos sustentam cada Indicador, pois da atuação neles vai depender o valor do Indicador e a obtenção dos resultados pretendidos.

Outra questão que precisa ser tratada diz respeito ao conflito (mesmo velado) entre médicos e pessoal administrativo. Os administradores dos hospitais pesquisados mostraram, ao mesmo tempo, insatisfação com a falta de envolvimento dos médicos, e uma grande preocupação em preservar a autonomia dos mesmos no que concerne à atividade-fim do hospital, qual seja a assistência propriamente dita. Por outro lado, a falta de questionamento, ou a aceitação resignada da falta de envolvimento dos médicos com as metas da Direção parece que tem trazido problemas para a administração dos hospitais.

A falta de rigor na assinatura da alta pelo médico é um exemplo disto. Conforme o Vice-Presidente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, este é um problema histórico dos hospitais. Conforme ele, a mudança deste comportamento deve passar por uma mudança de cultura, que atinge o envolvimento dos médicos com as rotinas (ou burocracia) do hospital. Os Programas de Qualidade podem dar aos médicos essa oportunidade.

Por outro lado, os Programas de Qualidade exigem alguns formalismos (é um sistema de gestão baseado em fatos e dados, que por sua vez exige documentação) com os quais os médicos, segundo diversas opiniões no meio hospitalar, não se sentem envolvidos. Um exemplo é a escolha pelo tipo de parto. Para optar por um parto Normal ou Cesáreo, é necessário acompanhar alguns fatores técnicos (itens de controle). Os médicos, no entanto, fazem a opção mais por *feeling*, ou pela prática. Isto dificulta o controle dos Processos. O

envolvimento fica prejudicado, ainda, pelo fato de muitas vezes o médico atuar em vários hospitais, dificultando sua efetiva identificação com os problemas de cada um deles.

Em relação à autonomia do médico, há que se chegar a um equilíbrio. Ficou evidente que a área administrativa estabelece metas que dependem, em grande parte, do trabalho dos médicos. É claro, também, que a autonomia dos médicos deve ser preservada. No entanto, nada impede que eles sejam alertados, conscientizados e sensibilizados para as conseqüências que certos aspectos do seu trabalho têm para todo o hospital. É difícil acreditar que uma pessoa preocupada com o bem-estar dos pacientes, treinada para restabelecer a saúde das pessoas, vá se recusar a colaborar em aspectos administrativos sabendo, por exemplo, que existe outro paciente do lado de fora do hospital esperando para entrar. Se a conduta dos médicos não é a esperada pelos administradores, talvez a responsabilidade seja dos próprios administradores, que não expuseram as implicações do não seguimento de certas regras do hospital. Expostas as conseqüências, a administração tem o direito e a obrigação de fazer com que as regras sejam cumpridas.

Outra questão fundamental é o envolvimento dos “que fazem” na medição. Quem faz parte do Processo deve medir seu desempenho. Isto não é uma tentativa de culpar ninguém, mas de envolver as pessoas no seu trabalho. Resultados indesejados devem ser superados através de mudanças nos Processos e não culpando pessoas. Existe ainda um certo preconceito em relação a isto. Muitos acreditam no antigo “medir para punir”. É necessária uma nova visão, que aponte para “medir para agir corretivamente”.

Uma grande vantagem do uso de Indicadores é que ele traz transparência para a instituição. Isto é bom para os gestores, que com seu uso “sabem onde estão” e para a sociedade, que também tem o direito de conhecer os Indicadores dos hospitais para ter condições de optar pelo serviço que mais lhe convém. O próprio Governo Federal poderia instituir incentivos para hospitais públicos que obtivessem bons Indicadores.

O aumento da competitividade e a insuficiência de recursos que caracterizam a crise pela qual estão passando os hospitais estão mudando o panorama da indústria dos serviços de saúde no Brasil. Como já aconteceu nos Estados Unidos na década de 1980 (segundo Omachonu, 1991), muitas instituições serão obrigadas a fechar suas portas. As que quiserem sobreviver deverão se ajustar à nova ordem, onde coexistem serviços de alto nível com custos reduzidos. A operação com Processos eficientes e eficazes é uma alternativa que pode salvar muitos hospitais.

BIBLIOGRAFIA

- ABELL, Derek F., *Definição do Negócio: Ponto de Partida do Planejamento Estratégico*. São Paulo, Atlas, 1991.
- AERTS, D. *Relatório Preliminar do Sistema de Informações sobre Nascidos vivos em Porto Alegre - 1994*. Secretaria Municipal da Saúde, 1994, 91p.
- ALBRECHT, Karl, *Programando o Futuro: o trem da linha norte*. São Paulo, Makron Books, 1994.
- AZEVEDO, Antonio C., “Indicadores da Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde”. *Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade*, Brasília, n.1, p.47, fev 1993.
- BERWICK, Donald M. et al., *Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde*. São Paulo, Makron Books, 1994.
- BRASIL, Portaria n.930, de 27 de agosto de 1992. *Diário Oficial*, Brasília, 4 set. 1992.
- CAMPOS, Gastão W.S., *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo, Hucitec, 1991.
- CAMPOS, Vicente F., *TQC : Controle da Qualidade Total*. Rio de Janeiro, Bloch Editores, 1992.
- CARR, David K.; LITTMAN, Ian D., *Excelência nos Serviços Públicos: gestão da qualidade total na década de 90*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992.
- CÉRUTTI, Olivier et GATTINO, Bruno, *Indicateurs et Tableaux de Bord*. Paris, Afnor, 1992.
- CHANDLER Jr., Alfred D., *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Massachusetts, The M.I.T. Press, 1962.

- DEGEN, Ronald J., "As Vantagens do Planejamento Estratégico". Exame n.177, p.83-84, jun.1979.
- DEMING, W. Edwards, *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro, Marques-Saraiva, 1990.
- DEVER, G.E.A., *A Epidemiologia na Administração dos Serviços de Saúde*. São Paulo, Pioneira, 1988.
- DILLON, William R. et al. *Marketing Research in a Marketing Environment*. St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing, 1987.
- DRUCKER, Peter F., *Administrando para o Futuro*. São Paulo, Pioneira, 1992.
- ÉTHIER, Gérard. *La Qualité Totale: Nouvelle Panacée du Secteur Public?* Québec, Presses de l'Université du Québec, 1994.
- EUREKA, William E.; RYAN, Nancy E., *QFD: Perspectivas Gerenciais do Desdobramento da Função Qualidade*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1992.
- FRANKENFELD, Norman. *Produtividade*. Rio de Janeiro. Manuais CNI, 1990.
- FREITAS, Fernando et al. *Rotinas em Obstetrícia*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- GAJ, Luis, *Tornando a Administração Estratégica Possível*. São Paulo, McGraw-Hill, 1990.
- GALBRAITH, Jay R.; NATHANSON, Daniel A., *Strategy Implementation: the Role of Structure and Process*. St. Paul, West Publishing Company, 1978.
- HICKL, E.J., *The safety of Caesarean section*. Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia - Canadá, 1995.
- ISHIKAWA, Kaoru, *Controle de Qualidade Total à Maneira Japonesa*. Rio de Janeiro, Campus, 1993.
- JURAN, J.M., *A Qualidade desde o Projeto: os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços*. São Paulo, Pioneira, 1992.

- LAURENTI, Ruy et al., *Administração de Saúde no Brasil*. São Paulo, Livraria Pioneira, 1989.
- LEITE, Sérgio S.Olivé ; GASTAL, Fábio L., *Qualidade Total em Psiquiatria: um modelo para o hospital ano 2000*. Pelotas, Nupesm/Col/Ucpel, 1994.
- MALIK, Ana Maria, "Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência da Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde", *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, 32(4):32-41, set./out. 1992.
- MARTINS, Eliseu & ASSAF NETO, Alexandre, *Administração Financeira*. São Paulo, Atlas, 1991.
- MEZZOMO, Augusto A., *Serviço do Pronto-socorro do Paciente*. São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração, 1982.
- MILET, Paulo B. et al., *Indicadores de Qualidade e Produtividade para a Área de Informática*. Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1993.
- NOVAES, H.M. & PAGANINI J.M., *Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe*. Organização Panamericana da Saúde, Série/Silos n. 13, 1992.
- OLIVEIRA, Djalma P.R., *Excelência na Administração Estratégica*. São Paulo, Atlas, 1995.
- OMACHONU, Vincent K., *Total quality Productivity Management in Health Care organizations*. Industrial Engineering and Management Press, Norcross, Georgia, USA, 1991.
- PARENTE Filho, José, *Gestão da Qualidade no Setor Público*. Rio de Janeiro, IPEA: Texto para discussão n. 237, nov. 1991.
- PETERS, Thomas; WATERMAN JR., *Vencendo a Crise*. São Paulo, Harper and Row, 1982.
- PORTER, Michael E., *Estratégia Competitiva*. Rio de Janeiro, Campus, 1986.
- RAO, K. Bhaser, *Global aspects of a rising Caesarean section rate*. Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia - Canadá, 1995.
- REVISTA INDICADORES DE DESEMPENHO*. Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade. São Paulo, maio 1994.

RIVERO, David T., *Hacia un Nuevo Modelo para el Cuidado de la Salud y el Mejoramiento de la Calidad de Vida*. Brasília, 1994, 28p., Mimeo.

SAVALL, Henri & ZARDET, Véronique, *Ingénierie stratégique du Réseau: souple e enracinée*. Paris, Economica, 1995.

SPENDOLINI, Michael J., *Benchmarking*. São Paulo, Makron Books, 1993.

WALTON, Mary, *Método Deming na Prática*. São Paulo, Campus, 1992.

YIN, Robert K., *Case Study Research: design and methods*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1994.

ANEXO 1 IMPORTÂNCIA DO EMPREGO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS**- DEPOIMENTOS DE GESTORES DOS HOSPITAIS**

Como parte final do trabalho, foram entrevistadas algumas pessoas da administração dos três hospitais pesquisados sobre a importância que eles atribuem ao emprego de Indicadores no monitoramento da gestão estratégica e atingimento das metas estabelecidas pela instituição. Os depoimentos estão transcritos a seguir:

“ Sob o ponto de vista estratégico, os Indicadores têm uma importância vital. O que não se mede não se controla. Se você não tem Indicadores, que são a expressão quantitativa, numérica, embora às vezes também qualitativa, não tem condições de saber onde está. É a mesma coisa que viajar com o velocímetro estragado. Você pode viajar, mas não vai saber onde está. Ou sem mapa, sem bússola. Um dos métodos de trabalho, sob o ponto de vista de gestão estratégica, que é extremamente interessante, é o que se chama de gerenciamento pelas diretrizes, ou Hoshin Kanri. Este método é interessante para objetivos estratégicos de alto impacto. Todo ele é estruturado de forma que se estabeleçam metas, e toda a meta deve ser quantificada, com um Indicador vinculado, uma medida de performance, além de ser relacionado a um tempo de realização. A partir de grandes metas estratégicas conseguimos desdobrar as metas até o nível de tarefa. Este gerenciamento só se torna eficaz se ele tiver Indicadores, que permitem uma avaliação. A avaliação, se não for feita de forma objetiva, através de Indicadores, cai na base da subjetividade, do acho. Então, tem que existir o Indicador. E este Indicador, o Indicador estratégico, ele é uma resultante dos Indicadores funcionais e da performance. O Indicador sempre vai ter relação com algum aspecto operacional. Um Indicador das atividades operacionais não necessariamente é o mesmo do Indicador estratégico. Via de regra, as metas estratégicas são definidas para um período longo: um ano, dois anos, cinco, dependendo. Mas ela tem que ter aferições intermediárias. Se é uma meta mensal, ela tem que ter aferições, se possível, diárias. Só assim a gente vai poder corrigir rumos e ter uma possibilidade de

sucesso no alcance da meta. De nada adianta chegar no dia 30 do mês e ver que a meta não foi atingida. Diariamente a gente tem que trabalhar para saber quanto falta para que aquela meta seja atingida. A meta é o efeito desejado. Para ter o alcance do efeito desejado tem-se que trabalhar no Processo, nas causas que vão gerar aquele efeito. Esta é toda a filosofia do trabalho. É toda a filosofia da Qualidade Total. Na Santa Casa tem-se aplicado, nas empresas do Programa Gaúcho da Qualidade, aquelas que estão desenvolvendo ações usando esta metodologia tem o mesmo pensamento, porque ele é lógico, ele é racional. E tem outro aspecto, ele descortina a empresa, homogeneiza os diferentes setores e a empresa como um todo, fazendo com que todas elas tenham medidas as suas performances de uma forma objetiva, e não mais com base em critérios subjetivos. Realmente, a empresa como um todo tem uma Missão, tem uma meta estratégica, que deve estar convergindo para aquela Missão. Se ela está bem ou não está bem, ela é resultante da performance das microempresas que estão dentro da empresa. Aí se faz uma avaliação de cada uma delas. Por isso, volto a dizer, Indicador é vital. Como a gente estabelece metas? Com base em algum referencial, se é uma meta de melhoria. Aquela história do *benchmarking*. Outro critério, que nós aqui na Santa Casa utilizamos, é o melhor desempenho passado. Se em algum momento, por alguma razão, eu atingi, é porque é possível. A meta é nua e crua. É um número. Na questão de referências, é interessante ter referências. Tem também referenciais públicos. O Ministério da Saúde estabelece referenciais para algumas coisas”.

Ricardo Minotto

Gerente Financeiro e

Coordenador do Programa de Qualidade Total

Santa Casa

“Na verdade, sem Indicador de monitoramento não se chega a nada. Dificilmente tu vais atingir uma meta estabelecida se não tiver este controle bem claro, que é o gerenciamento da rotina no dia a dia. Eu trabalho mais com Taxa de Ocupação e Volume de Exames. Começo o dia olhando como está a Taxa de Ocupação. A partir dali começa a minha comunicação com os setores. Vejo o que tenho de internação no dia, os leitos bloqueados, os disponíveis, aí vejo como gerenciar os leitos. Sem o Indicador não se sabe onde está. Sem Indicadores não tem como trabalhar: saber capacidade, saber ociosidade, saber como está indo o hospital. Em relação à Média de Permanência, a mesma coisa. Se eu não tiver o Indicador, não tenho como gerenciar. Se alguns pacientes estão há muito tempo, vou ver se são casos mais graves, ou se está acontecendo um problema. A preocupação é diária. Sempre tentamos ter a maior Taxa de Ocupação possível, atender o maior número de pacientes, aumentando a rotatividade. Se não monitorarmos e não tivermos os Indicadores, não temos como chegar às metas. porque se chegar o final do mês e não conseguirmos, não adianta nada. O acompanhamento tem de ser diário. Mas só o Indicador em si não adianta. Tem que ter um conhecimento e saber o que significa o Indicador, o que é que aquele dado me diz. É fundamental não ficar só no Indicador. Tem que saber a causa, o porquê deu a mais ou a menos. Até para rever a meta. O Indicador indica. O nome já diz tudo”.

Vera Suzana Streb de Souza

Gerente dos Hospitais Especializados

Santa Casa

“ Talvez eu tivesse que fazer uma separação aqui. Os Indicadores que vão estabelecer ou permitir o acompanhamento são os grandes Indicadores da instituição. Posso dar como exemplo a Taxa de Mortalidade, Média de Permanência, índice de infecção hospitalar, e outros neste nível de grandeza. São Indicadores que possuem a capacidade de resumir o desempenho da instituição como um todo. Este é um grupo. Estes Indicadores, como são Indicadores tradicionais, não há muita resistência em mantê-los. Com estes, ninguém se sente sendo avaliado individualmente. Quem é avaliada é a instituição. Se a Taxa de Ocupação não é boa, ou se o valor médio das contas não é bom, há um sem-número de lugares onde pode estar o problema. Os outros, são Indicadores que não têm esse poder de resumir tudo, mas tem o poder de pontuar uma série de questões específicas, são mais indicativos de desempenho, mais especializados, setORIZADOS. Eu entendo que tanto os Indicadores globais, com o poder de resumir, quanto os outros, são absolutamente fundamentais. Podemos fazer qualquer acompanhamento lógico de metas, de objetivos, de desempenho. Não tenho nenhuma dúvida em relação à importância, eu diria que é absolutamente fundamental. Para mim é uma coisa tão clara que...Eu prefiro fazer a discussão da briga de conseguir estas coisas. Hoje, num Processo de gestão, mais do que nunca a empresa tem que ter suas metas, as pessoas tem que ter suas metas. O problema é fazer as pessoas trabalharem com suas metas em cima da mesa. Porque por trás da questão das metas está a questão da avaliação, e por trás da questão da avaliação tem a questão do Indicador. Por uma questão cultural, as pessoas não gostam de trabalhar com suas metas em cima da mesa. Por outro lado, ninguém consegue dizer que não tem metas. A questão não é se tem ou não tem. A questão é, se tem, dizer quais são elas. Aí se estabelece quais são os Indicadores que vamos avaliar, se está indo bem, se está indo mal. Quando as pessoas têm bons resultados elas vêm aqui (na presidência). Quando não têm, ninguém

vem aqui. Às vezes parece que as pessoas não trabalham com metas. Na verdade elas têm metas, mas de preferência não revelam, pelo medo de serem avaliadas. Parte da culpa disto é dos avaliadores, que às vezes “queimam” as pessoas porque elas não conseguiram atingir suas metas. Mas isto é função dos administradores, reunir as pessoas para estabelecer metas e objetivos e depois reunir para avaliar como elas foram, para reorientar eventuais metas que não se consegue, discutir a estratégia que foi adotada. Teoricamente, não se pode sair fazendo metas. Tem que ter um guia. Então a gente tem as grandes definições: de negócio, de Missão, de Visão, de princípios que dêem o norte. Mas a empresa precisa revelar quais são os seus grandes objetivos. Porque o papel setorial seria, a partir destes objetivos, estabelecer metas que levariam ao cumprimento destes objetivos. Isto nem sempre existe, e às vezes nem sempre é claro. Então as pessoas têm dificuldade em estabelecer metas. As pessoas nem sempre recebem o estímulo natural da empresa em relação aos seus objetivos. Em geral, os dois tipos de Indicadores são fundamentais. Eu nem posso pensar em avaliar as metas se não tiver Indicadores. Para mim é ponto pacífico. Faço considerações em relação às dificuldades em trabalhar com isso. Outro aspecto que às vezes atrapalha é a dificuldade, pelo menos na área hospitalar, de estabelecer os paradigmas: com que quem tu te comparas. A nossa atividade é tão cheia de variáveis, que efetivamente dificulta isso. Em geral, tua acaba te comparando contigo mesmo. Claro que a gente faz comparações, mas sabe que há uma margem. As dificuldades que envolvem os Indicadores não tem nada a ver com sua importância. A dificuldade é ter o Indicador e utilizá-lo. Que ele efetivamente seja um instrumento de metas, de estratégias, e não um Indicador para “queimar” as pessoas, para que as pessoas tenham medo dele. Ser efetivamente um instrumento sério de avaliação, de correção de rota, de revisão de determinados desvios. É efetivamente um instrumento gerencial de altíssimo valor. Apenas existem dificuldades em utilizá-lo e interpretá-lo. Aqui, a partir das grandes objetivos do hospital, as diferentes áreas

estabelecem as suas metas. O estabelecimento destas metas é completamente livre. Nem é uma coisa muito metodologicamente cuidada. Fica mais num clima de responsabilidade. E tem funcionado bem”.

Alceu Alves da Silva

Vice-Presidente Administrativo

HCPA

“ Nossa luta está em ter Indicadores para todas as ações. Existem alguns Indicadores que são comparáveis (com outros hospitais), outros que são específicos de nosso Hospital, que é diferente porque é um hospital-escola. O MEC fornece alguns referenciais para os hospitais-escola. O SUS também tem alguns Indicadores específicos. São exigências feitas aos hospitais cadastrados. Para outros Indicadores, o hospital propõe referências, baseado na sua própria história. É necessário (o uso de Indicadores) para o aprimoramento do hospital e melhoria interna. Todos os Processos deveriam ter Indicadores. Os Indicadores são importantes para comparar com a concorrência. (Comparando com os concorrentes), descobrimos que tinha Indicadores importantes que não eram acompanhados. Os Indicadores são tão importantes que deveriam estar fixados em todas as áreas, visíveis, para que todos vissem e estivessem alertados para seu desempenho”.

Odair Pereira

Assessor de Planejamento

HCPA

“O Indicador é um parâmetro. Tendo os parâmetros, sabe-se o caminho a trilhar para atingir as metas. O problema é estabelecer o Indicador, seu valor ideal. Por exemplo, a Média de Permanência: qual é a Média de Permanência ideal? Muitos estabelecem “seu” Indicador e tentam chegar à meta. É extremamente importante (o uso de Indicadores) para atingir as metas. É importante, tem que haver. Para o setor saúde é difícil ver o que é ótimo e o que é bom”.

Luiz Carlos de Souza Dias

Assessor de Planejamento

HCPA

“ A importância do emprego dos Indicadores no monitoramento da gestão estratégica no hospital basicamente se concentra na visão que ele permite à administração para tomar a correta decisão no sentido de, inclusive, estabelecer a continuidade do trabalho planejado. Nós no Hospital Pompéia desenvolvemos um Planejamento Estratégico focado em quatro grandes macro-objetivos: ser auto-sustentável, buscar a qualificação e o desenvolvimento de recursos humanos dentro da instituição, o que envolve não só o corpo funcional, mas até o corpo clínico, que é um grupo atuante dentro do hospital, muito embora sem vínculo empregatício, mas decisivo na vida do hospital. Outro objetivo desenvolvido é a busca constante da qualidade do atendimento prestado. Para cada um destes macro-objetivos foram desenvolvidos Indicadores de controle. Estes Indicadores de controle, a cada mês nos reunimos com a alta gerência do hospital e temos discutido exatamente se eles estão sendo atingidos ou não. Então, (o uso de Indicadores de Desempenho) é a forma de mensurar se aquele objetivo está sendo atingido ou não. Isto está muito atrelado aos planos táticos, que desenvolvemos para atingir os objetivos. E até,

quando o Indicador apresenta distorções naquilo que nós entendemos o ponto decisivo para aquele plano tático, se reavalia o próprio Planejamento Estratégico. Acho que a importância deste Indicador está neste Processo de reavaliação constante, que tem que ter no Planejamento Estratégico da instituição. E é o Indicador que dita isto. Qual a importância? Eu acho que ela se concentra aí. Os Indicadores de controle são aqueles que permitem o monitoramento de todas as ações. Até que ponto as ações estão convergindo para lado correto, no sentido de ser atingido o macro-objetivo ou não. A importância, então, se resume na possibilidade que ele nos dá de reavaliar o próprio Planejamento Estratégico, que tem que ser uma coisa extremamente dinâmica, dada a questão que envolve principalmente o setor de saúde hoje, com o Processo da municipalização, o Processo da inserção da rede hospitalar na própria municipalização. Os Indicadores têm sido a peça fundamental para o monitoramento disto, das mudanças nos planos táticos para que os macro-objetivos sejam atingidos. Os Indicadores, em última instância, indicam se tudo está indo ao encontro do que se quer ou não. Como eu disse, ele é o instrumento que permite a reavaliação permanente do Planejamento Estratégico”.

Francisco Ferrer

Diretor Administrativo

Hospital Pompéia.

“Os Indicadores de Desempenho são importantes à medida que o seu acompanhamento sistemático - mensalmente, por exemplo - possibilita o controle do desempenho das diferentes áreas da empresa. Assim, através da sua análise, pode-se tomar medidas e/ou exercer ações sobre determinado segmento da empresa que não demonstre o desempenho estabelecido no Planejamento Estratégico. Auxilia, ainda, na concentração dos

esforços para as metas de mais difícil atingimento, permitindo um melhor entendimento dos fatos quando avaliados em conjunto com o cenário - ameaças e oportunidades externas - e pontos fortes e fracos do hospital”.

Euclides Schiavenin

Assessor Administrativo

Hospital Pompéia