

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

PÂMELA LORENZONI CARDOZO

**APLICAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA COMPROMISSO COM A
QUALIDADE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE BAGÉ**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**Bagé
2014**

PÂMELA LORENZONI CARDOZO

**APLICAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA COMPROMISSO COM A
QUALIDADE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE BAGÉ**

Trabalho de graduação apresentado ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal do Pampa, para a obtenção do título de Bacharel em Engenharia de Produção.

Orientador:
Prof. Mauricio Nunes M. de Carvalho

**Bagé
2014**

PÂMELA LORENZONI CARDOZO

**APLICAÇÃO DOS INDICADORES DO PROGRAMA COMPROMISSO COM A
QUALIDADE HOSPITALAR: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DE BAGÉ**

Trabalho de graduação apresentado ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal do Pampa, para a obtenção do título de Bacharel em Engenharia de Produção.

Banca examinadora:

Prof. Mauricio Nunes M. de Carvalho - Orientador
Engenharia de Produção – UNIPAMPA

Prof. Caio M. Recart da Silveira - Avaliador
Engenharia de Produção - UNIPAMPA

Prof. Ivonir Petrarca dos Santos - Avaliador
Engenharia de Produção - UNIPAMPA

AGRADECIMENTOS

Agradeço sempre primeiro a Deus, por me guiar por todo o caminho traçado até aqui. Agradeço ao administrador Paulo Zandomenghi do Hospital Universitário de Bagé pelo acolhimento e total apoio para este trabalho, assim como todos os funcionários que auxiliaram durante todo o projeto, em especial ao auxiliar de administração Leandro M. de Deus que esteve disponível em todos os momentos necessários.

Agradeço aos meus pais por todo o apoio e confiança que em mim depositaram.

Agradeço também ao meu orientador e Professor Mauricio Carvalho pela disponibilidade, competência e paciência ao me orientar, em todos os momentos.

Aprender é a única coisa de que a mente
nunca se cansa, nunca tem medo
e nunca se arrepende.

Leonardo da Vinci.

RESUMO

As organizações hospitalares constituem-se de muitas subempresas - como limpeza, hotelaria, cozinha, entre muitas outras - que precisam ser gerenciadas para que, como um todo, a organização funcione de forma eficiente. Essa complexidade, no entanto, gera um sofrimento para a administração, que por muitos anos negligenciou e até subestimou a importância do planejamento estratégico e gestão eficiente dentro dos hospitais, que poderia trazer uma redução no custo e aumento do desempenho dos mesmos. O fato é que os gestores estão percebendo somente agora a necessidade da qualidade hospitalar no intuito de auxiliar sua gestão, visto que é necessária uma análise baseada em dados confiáveis e não apenas intuições. Dentre os programas de acreditação hospitalar existentes, foi escolhido o CQH - Compromisso com a Qualidade Hospitalar - que disponibiliza resultados dos indicadores utilizados nos hospitais credenciados a esse programa, pelo fato de que utilizar meios de comparação entre as organizações também tem sido percebido pelos hospitais como fator crítico de sucesso, por poder conhecer e entender as atitudes que deram certo para outras instituições e que poderiam também ser aplicadas em suas próprias organizações. Portanto, este trabalho tem como objetivo principal implantar um sistema de indicadores com base em um programa de acreditação hospitalar em um hospital universitário localizado na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul, a fim de auxiliar na gestão da organização e posteriormente, através de metas impostas por cima dos resultados obtidos, melhorar a qualidade hospitalar dessa instituição. Como conclusão, a pesquisa demonstrou que o hospital está, em relação a maioria dos indicadores utilizados, ainda precário em seus processos de qualidade, e se propôs algumas melhorias, a fim de auxiliar a instituição em seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Indicadores de qualidade.CQH.Gestão hospitalar.

ABSTRACT

Hospital organizations are made up of many sub-contractors - as cleaning, catering, cooking, among many others - that need to be managed so that as a whole, the organization works efficiently. This complexity, however, creates a hardship for the administration, which neglected for many years and even underestimated the importance of strategic planning and efficient management within hospitals, which could bring a reduction in cost and increase the performance of the same. The fact is that managers are only now realizing the need for hospital quality in order to assist their management, since it is necessary an analysis based on reliable data and not just intuition. Among existing programs, was chosen CQH - Commitment to quality hospital - which provides results of the indicators used in hospitals accredited this program, by the fact that use means of comparison between organizations has also been noticed by hospitals as a critical factor of success, to be able to know and understand the attitudes that have worked for others and could also be applied in their own organizations. Therefore, this work has as main objective to implement a system of indicators based on a hospital accreditation program in a university hospital in the city of Bage, Rio Grande do Sul, in order to assist in the management of the organization and subsequently through targets imposed upon the results obtained by improving the quality of the institution hospital. In conclusion, the study showed that the hospital is, for most of the indicators used, still insecure in their quality processes, and proposed some improvements in order to assist the institution in its development.

Keywords: Quality Indicators. CQH. Hospital Management.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|----------|---|
| ABNT | Associação Brasileira de Normas Técnicas |
| ABRAMPAS | Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde |
| a.C | Antes de Cristo |
| BNDES | Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social |
| CBA | Consórcio Brasileiro de Acreditação |
| CBC | Colégio Brasileiro de Cirurgiões |
| CCAOS | Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde |
| CCS | Centro de Ciências de Saúde |
| CQH | Compromisso com a Qualidade Hospitalar |
| DIH | Densidade de Infecção Hospitalar |
| EFQM | European Foudation for Quality Management |
| FBH | Federação Brasileira de Hospitais |
| FNQ | Fundação Nacional da Qualidade |
| HCFMUSP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo |
| HU | Hospital Universitário |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IPE | Instituto de Previdência |
| INAMPS | Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social |
| ISQua | International Society for Quality in Health Care |
| JCAHO | Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification |
| JCI | Joint Comission International |
| JCR | Joint Commission Resources |
| MP | Média de Permanência |
| MS | Ministério da Saúde |
| NBR | Norma Brasileira |
| OCDE | Organização para a Cooperação do Desenvolvimento Econômico |
| ONA | Organização Nacional de Acreditação |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PACQS | Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde |
| PAHO/WHO | Pan American Health Organization |

| | |
|---------|--|
| PBQP | Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade |
| PGAQS | Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde |
| PNGS | Prêmio Nacional de Gestão na Saúde |
| PNQ | Prêmio Nacional da Qualidade |
| PROHASA | Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde |
| RN | Recém Nascido |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TIH | Taxa de Infecção Hospitalar |
| TMI | Taxa de Mortalidade Institucional |
| TMO | Taxa de Mortalidade Operatória |
| TOH | Taxa de Ocupação Hospitalar |
| UERJ | Universidade Estadual do Rio de Janeiro |
| UTI | Unidade de Tratamento Intensivo |
| URCAMP | Universidade da Região da Campanha |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 Contextualização..... | 12 |
| 1.1.1 O setor saúde no Brasil..... | 13 |
| 1.1.2 A gestão hospitalar e sua complexidade..... | 13 |
| 1.2 Justificativa | 15 |
| 1.3 Problema de pesquisa..... | 16 |
| 1.4 Delimitação do trabalho..... | 16 |
| 1.5 Definição dos objetivos | 17 |
| 1.5.1 Objetivo geral | 17 |
| 1.5.2 Objetivos específicos..... | 17 |
| 1.5 Estrutura do trabalho | 17 |
| 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 19 |
| 2.1 O surgimento dos hospitais..... | 19 |
| 2.1.1 Os hospitais no Brasil | 20 |
| 2.1.2 História do Hospital Universitário FAT-URCAMP..... | 21 |
| 2.2 Gestão hospitalar | 22 |
| 2.3 Programas de Acreditação Hospitalar | 23 |
| 2.3.1 Conceito de acreditação..... | 23 |
| 2.3.2 A Acreditação Hospitalar no Brasil..... | 24 |
| 2.3.3 Organização Nacional de Acreditação - ONA | 25 |
| 2.3.4 Consórcio Brasileiro de acreditação (CBA)..... | 26 |
| 2.3.5 Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)..... | 27 |
| 2.3.6 Comparação entre programas de acreditação | 30 |
| 2.4 Indicadores da Gestão Hospitalar..... | 34 |
| 2.5 Ferramentas da Qualidade | 45 |
| 2.5.1 Matriz de priorização..... | 45 |
| 2.5.2 <i>Benchmarking</i> | 46 |
| 3 METODOLOGIA..... | 48 |
| 3.1 Método de pesquisa | 48 |
| 3.2 Seleção da abordagem de pesquisa | 48 |
| 3.3 Coleta e análise dos dados..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| 3.3.1 Primeira etapa | 49 |
| 3.3.2 Segunda etapa | 50 |
| 3.3.3 Terceira etapa | 50 |
| 3.3.4 Quarta etapa..... | 50 |
| 3.3.5 Quinta etapa..... | 51 |
| 3.4 Limitações do método..... | 51 |
| 4 RESULTADOS DA PESQUISA | 52 |
| 4.1 Aplicação da Matriz de Priorização nos indicadores CQH..... | 52 |
| 4.2 Resultados dos indicadores e <i>benchmarking</i> | 55 |
| 4.2.1 Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)..... | 55 |
| 4.2.2 Média de Permanência (MP) | 57 |
| 4.2.3 Taxa de Mortalidade Institucional (TMI)..... | 58 |
| 4.2.4 Taxa de Infecção Hospitalar (IH) | 60 |
| 4.2.5 Relação Enfermagem/Leito (RE/L)..... | 61 |
| 4.2.6 Taxa de Preenchimento das Avaliações por usuários (TPA) | 63 |
| 4.2.7 Taxa de Satisfação dos Clientes Internados (TSC) | 64 |
| 4.3 Melhorias propostas | 65 |
| 4.3.1 Diminuir a média de permanência..... | 66 |
| 4.3.2 Diminuir a taxa de infecção hospitalar | 69 |
| 4.3.3 Aumentar o número de funcionários de enfermagem | 70 |
| 4.3.4 Aumentar taxa de preenchimento das avaliações | 71 |
| 4.3.5 Pesquisa de satisfação para os funcionários | 72 |
| 4.3.6 Gestão a vista..... | 73 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 75 |
| 5.1 Sugestões para pesquisas futuras | 76 |
| 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |

1 INTRODUÇÃO

A qualidade dentro dos hospitais tem se tornado uma preocupação nacional, a cargo de gradativamente essas organizações estarem apresentando falta de recursos básicos para um bom atendimento. Porém, nenhuma pessoa doente que procure um hospital deveria se deparar com riscos desnecessários agregados ao tratamento. Então, é de fundamental importância a existência de estruturas institucionais que apoiem a melhoria da qualidade em todo o sistema de saúde, priorizando os hospitais.

Deveria ser exigido que todos os hospitais brasileiros cumprissem com as condições mínimas de qualidade prescritas nos requisitos de licenciamento, e também dar uma maior ênfase aos sistemas de acreditação, tornando assim os hospitais motivados para a melhoria contínua de seus processos. Porém, a conclusão mais preocupante seja que a qualidade de atendimento na maioria dos hospitais é desconhecida, e apesar da certeza de que a existência de dados confiáveis sobre a qualidade é essencial para a avaliação e a melhoria da mesma, as pesquisas e literaturas sugerem que medir e comparar a qualidade dos hospitais não são preocupações prioritárias na política de saúde.

Em vista da necessidade de estudos e pesquisas nesta área, neste trabalho serão abordados temas referentes à qualidade hospitalar através de programas de acreditação. A pesquisa trata-se de um estudo de caso em um Hospital Universitário situado na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul, onde serão implantados indicadores para monitorar e aprimorar os processos existentes dentro do hospital, a fim de auxiliar na gestão da organização.

1.1 Contextualização

De acordo com La Forgia e Coutollenc (2009), a maioria da população mundial já precisou, ou ainda precisa dos serviços encontrados dentro de um hospital, e apesar da melhoria na qualidade hospitalar ser sempre uma promessa nas declarações governamentais no Brasil, poucos planejamentos e ações tem sido postos em prática. No cotidiano, é comum vermos alguma notícia sobre as dificuldades encontradas pela população dentro dos hospitais. Diariamente as pessoas que necessitam desse tipo de serviço se veem prejudicadas pela falta de recursos que essas instituições apresentam. A seguir será apresentado o cenário atual da saúde no país.

1.1.1 O setor saúde no Brasil

De acordo com La Forgia e Coutollenc (2009), existem cerca de meio milhão de leitos distribuídos entre 7400 unidades hospitalares no Brasil, contando com 2 tipos de sistemas principais: um sistema de seguridade social que é operado pelo estado, com o nome de Sistema Único de Saúde (SUS), e um sistema custeado pelo setor privado.

La Forgia e Coutollenc (2009) também caracterizam a oferta hospitalar através de três subsetores principais: os hospitais públicos que são controlados por autoridades federais, estaduais ou municipais; os hospitais conveniados pelo SUS; e os hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos que não são financiados pelo SUS.

La Forgia e Coutollenc (2009) asseguram que apesar de hoje haver a consciência de que todas as empresas devem cuidar do bem-estar de seus funcionários, da sociedade e do meio ambiente, o hospital tem seus objetivos ainda mais complexos por estar lidando com vidas, e por tanto, se torna mais difícil de administrar. Como quase 60% dos gastos dentro do sistema de saúde brasileiro são financiados por dinheiro público, e os hospitais serem a maior fonte de gastos desse sistema, a redução do aumento desses gastos veio a se tornar um objeto de estudo para a política de saúde dentro do governo, chegando-se a conclusão que os hospitais brasileiros ainda sofrem com um problema: a má administração.

Em uma pesquisa solicitada pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e realizada pelo Ministério da Saúde em uma amostra de mais de 100 hospitais filantrópicos distribuídos por 14 estados e 84 municípios brasileiros, constatou-se que as organizações do setor hospitalar apresentam um padrão incipiente de gestão, com instrumentos e práticas gerenciais defasados em relação aos padrões gerenciais contemporâneos (REGIS, 2004 apud GUERRA, 2011, pag. 19).

Apesar de aos poucos crescer a consciência da busca da eficiência, essas organizações têm dificuldade em se adaptar a mudanças, fazendo uso de práticas e métodos de gestão ultrapassados, a realidade na maioria dos hospitais brasileiros é que o desempenho deixa a desejar, faltando informações, e sendo corriqueira a irresponsabilidade dentro dessas instituições, principalmente aos que atendem à população mais carente (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

1.1.2 A gestão hospitalar e sua complexidade

Salles (2006) afirma que o cenário do setor hospitalar não tem diferença de outros setores da economia brasileira e complementa dizendo: “na saúde, como em qualquer outro setor, o que faz a diferença é a qualidade da gestão”, sendo a redução de investimentos na área e o seu mau gerenciamento, alguns dentre seus principais problemas.

Por estarem reunidos vários serviços e atividades simultâneas, o hospital demonstra ser uma organização de tamanha complexidade: "hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor" (CELESTINO, 2002, p.1). O fato de ter tantos serviços oferecidos torna sua administração não só complexa, como também cara, e a supervisão e controle de todos seus processos extremamente desafiadores. Com tantas razões, para monitorar o desempenho e o uso de seus recursos, os hospitais buscam informações que sejam confiáveis e atualizadas, a fim de conhecer todos os processos e componentes hospitalares e poder integrá-los de forma a garantir o controle sobre essas complexas instituições (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

"No Brasil ainda existe uma grande jornada pela frente devido à necessidade de formação e aproveitamento de administradores hospitalares e, em seguida, à conscientização destes profissionais ao desafio que é implantar a qualidade total nos hospitais brasileiros"(BEZERRA, 2002, p.18). O autor ainda faz um alerta sobre a comparação da qualidade com a luxúria dentro dos hospitais, dizendo que não é o aspecto físico, como pintura, uniformes, entre outros que indica qualidade ou não, pois não adianta isso tudo se o paciente é mal atendido ou mesmo se um processo dentro da instituição não funciona como deveria.

Antigamente questões que envolviam a satisfação da população no setor hospitalar, eram deixadas para trás, contudo os custos na área de saúde estão crescendo, fazendo com que o governo se preocupe de forma mais urgente em conter gastos e aplicar melhor os recursos já existentes (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009), pois a baixa qualidade dentro dos hospitais, além de colocar em risco a vida das pessoas que necessitam do serviço oferecido por esta instituição, também gera maiores gastos desnecessários no sistema de saúde.

Além das autoridades estarem mais preocupadas, o fato do mercado estar mais rigoroso aumenta a competitividade entre os hospitais em relação aos serviços de qualidade prestados, aumentando a busca por uma gestão eficiente (COILE Jr., 1996 apud GUERRA, 2011).

Guerra (2011) aponta, através de estudos feitos internacionalmente, que a diferença entre os gastos e os resultados obtidos no setor da saúde tem como causa a maneira como os recursos são aplicados dentro das instituições hospitalares. Avalia-se que 30% do que é

investido na área, é consumido com desperdícios, retrabalho e ineficiência. Botelho (2006) complementa dizendo que também por isso, se torna clara a necessidade dos gestores realizarem uma avaliação do desempenho organizacional da empresa, onde terão uma maior e mais detalhada visão sobre a eficiência do hospital, podendo servir de auxílio na busca de soluções para processos que apresentem resultados abaixo da expectativa.

Para que se entenda melhor essa explicação, há estudos que demonstram a melhoria no quesito eficiência e qualidade de hospitais acreditados ou com certificação, e como exemplo La Forgia e Couttolenc (2009) relatam que o CQH realizou um programa chamado "Selo de Qualidade" entre os anos de 1999 e 2003, e logo após, no ano de 2005 realizou uma análise comparativa dos hospitais que participaram do programa e os que não participaram tendo como consequência um melhor resultado em praticamente todos os indicadores de eficiência e qualidade nos hospitais acreditados.

Martins (2002), afirma que sem um sistema de medição de desempenho (indicadores) a instituição não consegue implementar um Plano Estratégico de forma adequada, baseado no princípio de que somente através de uma análise e interpretação de dados pode-se chegar a uma tomada de decisão bem fundamentada.

Os hospitais acabaram por se tornar os elementos mais difíceis de gerenciar, porém os mais importantes de um sistema de saúde. Por ser uma organização que lida com vidas, o que tornam os hospitais dignos de serem prioridade em pesquisas e estudos é fácil de compreender. A dificuldade está em estudar o que pode fazê-los oferecer um serviço de boa qualidade, com eficiência.

1.2 Justificativa

Alguns estudos feitos no Brasil comprovam que os hospitais “são exemplos clássicos de organizações que apresentam problemas gerenciais complexos, nos quais os sistemas de avaliação e de incentivos têm papéis primordiais” (MARINHO, 2001, p.1).

Como prova disso os hospitais universitários vêm enfrentando crises tão fortes que a dívida de 18, dos 45 hospitais universitários federais que são subordinados ao MEC (Ministério da Educação), ultrapassa 130 milhões de reais, (ABRAHUEapudALBANO, 2002) gerando em alguns casos atraso no pagamento de fornecedores e em consequência a falta de material dentro dos hospitais provocando o fechamento de alguns deles. Por ser essa a realidade da maioria, os Hospitais Universitários têm, não como uma opção, mas como uma

necessidade a definição de estratégias sustentáveis de ação, priorizando a qualidade em seu meio.

A partir do momento que a complexidade do atendimento no sistema de saúde gera necessidade de uma gestão mais eficiente, diferentes técnicas e ferramentas, muitas vezes utilizadas no setor industrial, têm sido adaptadas para a área da saúde (REVERE; BLACK, 2003). La Forgia e Coutollenc (2009) mostram através de pesquisas o nítido desempenho maior em hospitais que possuem o selo CQH com os que não possuem.

Acredita-se então na necessidade do estudo de indicadores como ferramentas da gestão hospitalar visto que os hospitais devem constituir uma administração com visão abrangente da instituição, por isso um sistema de medição e avaliação da qualidade é tão importante nos passos de uma empresa no caminho em busca da excelência.

Este trabalho visa, a partir da análise de indicadores, servir de subsídio para uma melhor gestão hospitalar. A utilização destes indicadores visa a adesão do Hospital Universitário URCAMP ao programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH).

1.3 Problema de pesquisa

Este trabalho, em todo o seu conteúdo, busca responder a seguinte questão:

Como a adoção dos indicadores do programa CQH podem vir a auxiliar a gestão do Hospital Universitário URCAMP?

1.4 Delimitação do trabalho

O estudo limita-se a hospitais públicos de porte médio e as abordagens utilizadas podem servir de apoio para outros hospitais que desejem a implementação de indicadores em sua gestão, contudo com devidas adaptações de acordo com as características de cada organização, podendo não ser aplicáveis em hospitais de pequeno ou grande porte.

Por fim, através da definição de metas operacionais, será feita uma proposta de melhoria.

1.5 Definição dos objetivos

As questões que envolvem o trabalho giram em torno da gestão hospitalar, seus programas de controle da qualidade hospitalar e benchmark.

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar a gestão hospitalar com a adoção da indicadores de qualidade do programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar - CQH.

1.5.2 Objetivos específicos

Para que o objetivo geral possa ser atingido, os seguintes objetivos específicos são propostos:

- a) Apresentar os programas de qualidade hospitalar existentes em nível nacional;
- b) Verificar os indicadores da qualidade do programa CQH;
- c) Definir, através de uma Matriz de Priorização, os indicadores que serão aplicados no estudo;
- d) Analisar a criticidade destes indicadores, por meio de *benchmarking* com outras instituições credenciadas, e propor melhorias.

1.5 Estrutura do trabalho

A estrutura deste trabalho se divide em 7 capítulos, os quais serão apresentados a seguir:

O primeiro capítulo é de caráter introdutório, apresentando o tema abordado, seus objetivos, justificativa, limitações e a estrutura do mesmo.

Já no segundo capítulo, de revisão bibliográfica, é apresentado o embasamento teórico necessário para o desenvolvimento deste trabalho, que contém a atual situação da gestão hospitalar no Brasil. Ainda no segundo capítulo são expostos os Programas de Acreditação Hospitalar, sua história e suas diferenças, e como os indicadores são utilizados nesse programa. Por fim é abordado de forma sucinta o conceito de ferramentas da qualidade, apresentando a matriz de priorização e *obenchmarking*.

A metodologia, por sua vez, é apresentada no Capítulo 3, subdividida em seções. Apresenta o objeto de estudo e as fases necessárias para a realização do trabalho que foram divididas em cinco etapas mostradas no capítulo.

No capítulo 4 é apresentado o estudo de caso, com o resultado do *benchmarking* feito pela autora e também as melhorias propostas ao hospital de acordo com o resultado desse estudo.

No capítulo 5 são apresentadas as considerações finais e as propostas para trabalhos futuros. E por fim, no capítulo 6 são mostradas todas as referências bibliográficas utilizadas nesse trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O capítulo a seguir apresenta o embasamento teórico dos temas presentes nesse estudo. Este referencial apresenta conceitos sobre a gestão hospitalar, os programas de acreditação hospitalar existentes e os indicadores hospitalares.

2.1 O surgimento dos hospitais

O significado da palavra hospital é de origem latina e vem de *hospes* (hóspedes), e em sua origem servia para acolher peregrinos, enfermos e pobres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944). A Editora Abril, através de pesquisas constatou que os primeiros hospitais do mundo foram construídos em 431 a.C., no sul da Ásia, e 2 séculos depois, na Ásia, foram criadas instituições que tratavam de doenças, como nossos hospitais de hoje em dia, mas foi através do cristianismo que os hospitais se expandiram. Comandados por entidades religiosas, os monastérios passaram a ser refúgio de viajantes e doentes pobres, e o modo como eram os locais se tornaram modelo para os hospitais modernos.

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), o hospital, desenvolvido por iniciativas religiosas, tinha em sua visão, uma responsabilidade mais religiosa do que médica, inspirada na experiência de vários países europeus. Esse modelo foi tão amplamente adotado, que até hoje em dia, em toda cidade de porte médio há pelo menos um hospital fundado por uma instituição religiosa, porém, a área da administração foi substituída por médicos ou autoridades de saúde. Moraes (2005), conta que aos poucos os hospitais deixaram de pertencer as ordens religiosas, mas seguiram adotando um caráter social: serviam de estabelecimentos penais, sendo responsáveis pelo controle e disciplinamento de pessoas tidas como perigosas à sociedade, como mendigos, doentes, loucos, convertendo-se em instituição social como obrigação do Estado, que passou a fundá-los e mantê-los quando se estabeleceu a transformação política democrática, e a partir daí a administração pública passou a tomar conta das casas hospitalares de frequência gratuita.

Era realmente precário o serviço que essa obra de assistência oferecia, devido as condições de conforto e higiene, somente as pessoas que eram extremamente necessitadas pediam socorro à essas casas, ou seja, o hospital servia apenas para o pobre. As pessoas que tinham alguma condição preferiam ser atendidos em suas casas (MORAES, 2005).

Por esses locais não receberem as condições necessárias para os tratamentos que eram feitos, a mortalidade era alta. E por essa situação surgiram as medidas de cooperativismo com o intuito de encaminhar maior auxílio financeiro para essa causa. As condições hospitalares tiveram uma melhora, e com o começo da instalação de equipamentos, os médicos passaram a orientar seus pacientes a procurar e se internar em hospitais e casas de saúde, foi aí que as classes com um poder aquisitivo melhor começaram a utilizar essas casas.

2.1.1 Os hospitais no Brasil

A assistência hospitalar à população brasileira, desde o início, era basicamente oferecida pelas Santas Casas e pela filantropia em geral. O primeiro hospital foi fundado por padres Jesuítas em 1565, a Santa Casa de Misericórdia de Santos (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009). O neurocirurgião Henrique Seiji Ivamoto afirma que no começo, como não haviam médicos dispostos a vir ao Brasil, os jesuítas trabalhavam no total improvisado como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, entre outras funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1944). Até a década de 1920, quase não existia assistência hospitalar oferecida pelo Estado, a exceção eram os estabelecimentos de assistência aos "alienados", que, num total de 32, 16 eram mantidos pelo governo (IBGE, 2002).

Essa passagem gradual da responsabilidade do paciente para o médico deu origem aos hospitais universitários, que inicialmente, foram comandados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Em 1980 já existiam 42 hospitais desse tipo, e através do Ministério da Saúde (MS), foram direcionados ao atendimento e tratamento de doenças específicas, como mentais, câncer, reabilitação, etc. Houve então uma grande expansão da rede hospitalar, que foi feita através de financiamento a juros encaminhados para a construção de hospitais privados e com fins lucrativos, tendo como resultado a maior parte dos pagamentos do INAMPS a hospitais encaminhados para o atendimento em unidades privadas, modelo que muitos consideram equivalentes à privatização. Esse modelo, foi revertido durante a reforma do SUS, fazendo com que os investimentos fossem voltados à expansão das unidades públicas, sendo estas favorecidas (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Atualmente, "o setor hospitalar privado possui 69% dos leitos do país e realiza 70% das internações, 59% dos procedimentos de emergência e 54% das consultas ambulatoriais. Responde por 68% do gasto nacional com hospitais e 56% dos gastos do SUS" (LA FORGIA

E COUTTOLENC, 2009, pág 36). Para o autor, o setor do SUS vem passando por uma fase com muitos desafios, pois muitos hospitais privados finalizaram seus contratos com o SUS, só atendendo pacientes em casos de alta complexidade, que são bem remunerados pelo sistema, e dentre os muitos hospitais filantrópicos, uns decidiram criar planos de pagamento privado, outros receberam pacotes emergenciais do governo ou fecharam.

A saúde pública no Brasil, apesar, de como visto anteriormente, ter tido uma evolução em questões de condições de conforto e higiene, ainda hoje necessita de muitas melhoras para em um futuro vir a se tornar instituição exemplo no setor de saúde. Para que isto possa vir a acontecer, há uma peça fundamental, que é pouco discutida e pouco estudada no país, e que é um dos focos deste trabalho por ser de alta complexidade e de difícil administração: a gestão hospitalar.

2.1.2 História do Hospital Universitário FAT-URCAMP

O Hospital Universitário FAT-URCAMP foi fundado em 14 de julho de 1940, pelo Dr. Mário Araújo com a denominação de Casa de Saúde Dr. Mário Araújo, sendo adquirido pela Fundação Átila Taborda em 1978 e passando à chamar-se Casa de saúde FAT-FUNBA. Em 1993 passou a Hospital Universitário - URCAMP (HU), funciona em caráter filantrópico sendo uma instituição ligada à Universidade da Região da Campanha (URCAMP). Recentemente o Conselho Diretor da FAT aprovou uma nova denominação para a instituição hospitalar: Hospital Universitário Dr. Mário Araújo.

É uma entidade de caráter filantrópico, que atende ao Sistema Único de Saúde (SUS), particular e convênios, dentre eles : IPE, Unimed, CABERG, CASSI. É um Hospital de porte médio - por ter entre 50 e 150 leitos -, que conta atualmente com 20 leitos pediátricos, 60 clínicos e 10 de Tratamento Intensivo, sendo 61 destinados ao SUS e os demais aos convênios mantidos pelo hospital. Atende em média 200 internações SUS/mês e cerca de 100 dos outros convênios, tendo, portanto, um percentual em torno de 65% dos atendimentos destinados ao SUS.

O Hospital Universitário apresentou durante o ano de 2011, um total de: 3.436 Internações. Realizou 182.103 atendimentos ambulatoriais, aproximadamente e 136 cirurgias. Os pacientes receberam além do atendimento normal da rotina, o acompanhamento fisioterápico e psicológico quando necessários, sendo que o atendimento psicológico se estende aos familiares dos pacientes internados.

Presta serviços variados à comunidade, atendendo Bagé e municípios vizinhos, sendo enquadrado como Hospital Microregional no Sistema Hierarquizado de Saúde Pública. Proporciona campo de estágios curriculares e extracurriculares para acadêmicos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da URCAMP, dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, Farmácia e Bioquímica, Nutrição e Dietética sendo estes supervisionados por docentes do Centro de Ciências da Saúde, criando assim campo de pesquisa em diversas áreas da saúde.

Além de atendimento ao público o HU realiza ações de cunho comunitário e assistencial, que visam também angariar fundos para melhorias, dentre elas:

- participação na Campanha do Dia de Combate a AIDS desenvolvido pela Secretaria Municipal da Saúde;

- realização do Dia da Prevenção do Câncer de Mama, realizado em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, Liga Bageense de Combate ao Câncer e Grupo AJA;

- participação no Projeto Humanizando Relações desenvolvido com laboratórios.

A equipe administrativa é composta por dois integrantes, o administrador e o auxiliar administrativo.

2.2 Gestão hospitalar

Por estarem reunidos vários serviços e atividades simultâneas, o hospital demonstra ser uma organização de tamanha complexidade: "hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor" (CELESTINO, 2002, p.1). O fato de ter tantos serviços oferecidos torna sua administração não só complexa, como também cara, e a supervisão e controle de todos seus processos extremamente desafiadores. Com tantas razões, para monitorar o desempenho e o uso de seus recursos, os hospitais buscam informações que sejam confiáveis e atualizadas, a fim de conhecer todos os processos e componentes hospitalares e poder integrá-los de forma a garantir o controle sobre essas complexas instituições (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). "De acordo com o Diretor do Instituto Johns Hopkins, nos EUA, o segmento da saúde só não é mais complexo e não possui mais itens do que a indústria espacial, e em vista dessa complexidade, os hospitais estão, por necessidade, buscando os modelos de gestão para o alcance de um melhor resultado" (PONTES et al., 2008).

Em vista dessa complexidade, se chega a conclusão que a função do gestor hospitalar não é fácil, sendo desafiado a reduzir os custos e melhorar o desempenho organizacional, tornando o hospital uma empresa viável a todos ligados a ela, principalmente pelo fato que uma má gestão poder vir a causar além de perdas financeiras, impactos no cuidado ao paciente, provocando muitas vezes danos irreparáveis ao mesmo e para imagem da organização (PONTES et al., 2008).

Além disso, os hospitais não possuem uma única estrutura que permaneça para todas as organizações, cada um apresenta diferentes estruturas. Para que ocorra uma gestão eficiente, é necessário que o gestor conheça profundamente a organização em que atua. Para isso deve estar preparado para possíveis impactos e ameaças e disponível a buscar soluções eficazes e oportunidades, por meio de ferramentas estratégicas que visam atribuir uma vantagem competitiva no mercado, ou seja, necessita de instrumentos que o auxilie a obter resultados que garantam a sua sustentabilidade e a satisfação de seus usuários (LEMO; ROCHA, 2011).

Vassalo (1997) após uma análise, concluiu que o fato de inúmeras organizações privadas terem encerrado suas atividades e do setor público não ser capaz de atender satisfatoriamente a população é consequência de uma forte regulamentação, de altos custos exigidos no setor, mas principalmente, é resultado da falta de gestão profissional eficaz.

Visto essa urgência na melhoria da qualidade hospitalar através de uma gestão eficiente, foram criados programas no intuito de estabelecer uma qualidade maior dentro das organizações hospitalares, intitulados Programas de Acreditação Hospitalar.

2.3 Programas de Acreditação Hospitalar

Antes de descrever os programas de Acreditação Hospitalar, são necessários conceitos de base, que serão apresentados a seguir.

2.3.1 Conceito de acreditação

Para La Forgia e Coutollenc (2009) o conceito de acreditação se entende por uma avaliação a uma instituição de saúde, realizada por um órgão reconhecido, onde há uma verificação do cumprimento dos critérios aplicáveis, predeterminados e publicados. Na mesma linha de raciocínio, a ONA define Acreditação como "um sistema de avaliação e

certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado" (ONA, 2013), não deve ser confundida com o licenciamento e ações do Estado, pois tem um cunho educativo, visando a melhoria contínua sem a fiscalização oficial.

De acordo com ONA, as principais vantagens da acreditação são descritas a seguir:

- segurança para os pacientes e profissionais;
- qualidade da assistência;
- construção de equipe e melhoria contínua;
- útil instrumento de gerenciamento;
- critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- o caminho para a melhoria contínua.

2.3.2 A Acreditação Hospitalar no Brasil

Foi criada uma sequência cronológica do surgimento dos sistemas de acreditação hospitalar no Brasil, de acordo com La Forgia e Couttolenc (2009) e a CBA (2013), mostrada agora:

1986 - Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC, cria a Comissão Especial Permanente de Qualificação de Hospitais.

1990 - Brasil passa a ter conhecimento de iniciativas regionais associadas à acreditação hospitalar, restringido a alguns estados. Em São Paulo, a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina deram origem ao Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH).

1994 - É realizado o seminário "Acreditação de Hospitais e Melhoria da Qualidade", organizado pelo CBC e a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro IMS/UERJ. A partir daí foi criado o Programa de Avaliação e Certificação de Qualidade em Saúde - PACQS, objetivando aumentar a implementação de técnicas voltadas para o comprometimento da melhoria contínua da qualidade.

1995 - Criado o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). Através desse programa, também foi criada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade, que era composta por um grupo técnico, representantes dos provedores de serviços dos usuários dos serviços de saúde. De 1995 em diante, o Ministério da Saúde integrou várias dessas iniciativas em um sistema nacional de acreditação.

1997 - Lançado o PBQP - Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, objetivando definir padrões específicos para um processo de avaliação de acreditação.

1998 - Publicado o primeiro conjunto de normas nacionais, o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Atualmente existem três sistemas de acreditação no Brasil, cada um deles, assim como suas características serão apresentado a seguir.

2.3.3 Organização Nacional de Acreditação - ONA

Em novembro de 1998 foi aprovada a proposta de criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA), objetivando ser uma comissão nacional para a acreditação hospitalar. Assim como em outros sistemas de acreditação de diversos países, muitas partes interessadas se envolveram em seu processo de criação, se tornando resultado da colaboração de sociedades médicas, associações de classe e instituições públicas e privadas. Em seu desenvolvimento o sistema contou com o apoio técnico da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

A Organização Nacional de Acreditação - ONA se define como "uma organização não governamental caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional"(ONA, 2013). Tem como objetivo gerar a implementação de um processo contínuo de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, no intuito de melhorar a assistência em todos os sentidos dentro de um serviço de saúde.

Cabe salientar que esse programa de acreditação é o mais reconhecido e implantado no país e que em 2013, tornou-se membro da ISQua - International Society for Quality in Health Care (La Forgia e Couttolenc (2009); ONA (2013)).

O método de acreditação desse sistema é por fases, sendo em ordem crescente, ou seja, o hospital deve ser acreditado em cada fase antes de passar para a outra, como explica La Forgia e Couttolenc (2009), e complementa ainda que o sistema tem 3 níveis: o nível 1 é definido como "acreditação" e tem validade de 2 anos; o nível 2 é definido como "acreditação plena" e também tem validade por 2 anos e o nível 3 descreve o hospital como "acreditado com excelência". É importante destacar, que as análises de acreditação são terceirizadas para organizações privadas treinadas e certificadas pela ONA.

Em sua essência, a ONA apresenta princípios de Missão, Visão e Valores, mostrados a

seguir:

Quadro 1: Missão, Visão e Valores do Consórcio Brasileiro de Acreditação

| MISSÃO | VISÃO | VALORES |
|--|--|--|
| Incentivar o setor saúde para o aprimoramento da gestão e da qualidade da assistência, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação. | Tornar o Sistema Brasileiro de Acreditação - ONA, sólido, confiável e internacionalmente reconhecido, permanentemente comprometido com o processo de melhoria contínua e qualidade do setor saúde, até 2015. | Credibilidade Confidencialidade Aperfeiçoamento contínuo Desenvolvimento participativo Transparência em suas ações Respeito individual e coletivo Sustentabilidade como fator de crescimento |

Fonte: Adaptado da ONA (2013)

Além desse sistema de acreditação, há outros dois que atuam no Brasil, entre eles, o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), que será apresentado a seguir.

2.3.4 Consórcio Brasileiro de acreditação (CBA)

Foi fundado em 1998, com o amparo da JCAHO (Joint Commission: Accreditation, Health Care, Certification), através de programas feitos anteriormente por quatro hospitais. A Academia Nacional de Medicina, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) criaram um conjunto de critérios baseados nos padrões da JCAHO para hospitais. O manual resultante, com fim em 1999 tem sido usado desde então para avaliar hospitais (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Esse conjunto de critérios formados, de acordo com o CBA (2013), tem entre outros objetivos:

- contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente e ao beneficiário, por intermédio de um processo de Acreditação;
- desenvolver métodos, técnicas e procedimentos em Acreditação de serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, recorrendo inclusive à experiência acumulada em nível internacional, adequando-a à realidade brasileira;
- desenvolver iniciativas na área de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos que viabilizem a adequada utilização e exame dos métodos e técnicas empregados nesse processo;
- reconhecer a qualidade dos serviços de saúde e operadoras de planos de saúde, no país ou no exterior, mediante a outorga de certificados de Acreditação, isoladamente ou em parceria com outras instituições especializadas, de notório saber na área,

nacionais ou estrangeiras;

- desenvolver projetos para a prestação de assessoria e cooperação técnico/científica a instituições da área de saúde, ensino e pesquisa, governamentais e não governamentais.

O CBA possui duas subsidiárias, a Joint Commission Resources – JCR, que trabalha servindo consultorias, em mais de 30 países, e a Joint Comission International – JCI, que foi constituída para o processo de Acreditação. Esse sistema utiliza a tradução fiel dos manuais internacionais, que são revisados e editados a cada 3 ou 4 anos, elaborados por um Comitê Internacional de Padrões (CBA, 2013).

No Brasil, 11 instituições já são acreditadas por esse sistema, alcançando reconhecimento de excelência da qualidade e passando a serem idendificadas como referências em seus respectivos serviços. O CBA tem em sua política de qualidade que "através da competência e responsabilidade de todos os seus colaboradores, está comprometido em promover a melhoria contínua dos seus processos e serviços visando atender as necessidades e expectativas dos seus clientes" (CBA, 2013).

O Quadro 2 apresenta a Missão, Visão e Valores propostos pelo sistema de acreditação discutido.

Quadro 2: Missão, Visão e Valores do Consórcio Brasileiro de Acreditação

| MISSÃO | VISÃO | VALORES |
|--|---|--|
| Melhorar continuamente a qualidade e a segurança do cuidado aos pacientes e beneficiários dos sistemas e serviços de saúde, por meio de processos de acreditação e certificação internacionais, educação e ensino. | Ser reconhecido como referência na prestação de serviços de acreditação e certificação internacionais de sistemas e serviços, educação e ensino de saúde no Brasil. | Ética e confidencialidade Idoneidade Respeito e valorização do ser humano Profissionalismo Sustentabilidade Responsabilidade Social |

Fonte: Adaptada da CBA (2013)

2.3.5 Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH)

Foi diante de uma vasta discussão entre as entidades ligadas ao Atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, que se obteve a idéia da criação da CQH, com o apoio do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde e inspirada nas atividades da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS) dos EUA (BARROS, 2008).

O CQH se define como:

Um programa de adesão voluntária, cujo objetivo é contribuir para a melhoria contínua da qualidade hospitalar. Estimula a participação e a auto-avaliação e contém um componente educacional muito importante, que é o incentivo à mudança de atitudes e de comportamentos. Incentiva o trabalho coletivo, principalmente o de grupos multidisciplinares, no aprimoramento dos processos de atendimento (CQH, 2013).

De acordo com La Forgia e Couttolen (2009), esse programa iniciou suas atividades em julho de 1991, após um projeto-piloto em abril do mesmo ano, objetivando o controle e o monitoramento de infecções hospitalares entre as instituições-membro do Estado, através de visitas regulares por equipes de avaliação externas. Barros (2008) complementa, dizendo que foram encaminhados a todos os hospitais uma comunicação com as informações do programa, seus objetivos, metodologia e um convite para se filiarem através do preenchimento de um Termo de adesão. Cerca de 200 hospitais responderam ao convite inicial e 120 estabeleceram sua participação, que durante anos, entre saídas e entradas, está fixado em torno de 170 hospitais participantes, sendo, dentre esses, 17 selados.

O CQH trabalha com a referência clássica de: estrutura, processos e resultados, e a adesão do hospital ao programa é voluntária. O Modelo de Gestão está dividido em 8 critérios: Liderança, Estratégia e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas, Processos e Resultados.

Este modelo está de acordo com os critérios do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) e ao Prêmio Nacional de Gestão na Saúde (PNGS), e é explicado pela Figura 1:

Figura 1 - Modelo de Gestão do CQH



A figura representa, para Barros (2008), a gestão da organização através do símbolo de um timão de um barco, conduzido pelas estratégias e planos, onde consideram a informação e o conhecimento do ambiente externo (cliente, pessoas, sociedade e processos), guiada por uma liderança eficaz, onde através de ações, resultam em eficiência e qualidade para a empresa.

Assim como os outros sistemas de acreditação, o CQH tem missão e valores, como nos mostra o Quadro 3.

Quadro 3: Missão e Valores do CQH

| MISSÃO | VALORES |
|--|--|
| <p>A missão do Programa é contribuir para a melhoria contínua da qualidade do atendimento nos serviços de saúde mediante metodologia específica.</p> | <p>Ética: O Programa CQH incorpora os valores das entidades mantenedoras e respeita a legislação vigente sob todos os aspectos. A participação no CQH requer integridade e honestidade moral e intelectual.</p> <p>Autonomia técnica: O Programa CQH tem autonomia técnica para ser conduzido, independentemente de injunções que contrariem os princípios definidos em seus documentos básicos: Missão, Valores, Visão, Estatuto e Metodologia de Trabalho.</p> <p>Simplicidade: O Programa CQH busca a simplicidade. As regras são adequadas e suficientes à realidade hospitalar brasileira.</p> <p>Voluntariado: O Programa CQH incentiva a participação voluntária dos hospitais, interpretando a busca da melhoria da qualidade como manifestação de responsabilidade pública e de cidadania.</p> <p>Confidencialidade: O Programa CQH trata todos os dados preservando a identidade dos hospitais participantes.</p> <p>Enfoque educativo: O Programa CQH promove o aprendizado a partir da reflexão e da análise crítica dos processos e resultados.</p> |

Fonte: Adaptada da CBA (2013).

Uma das diferenças entre o programa CQH e os outros programas mostrados anteriormente, é que desde o seu início, o CQH incentiva a utilização de indicadores como um apoio no processo decisório da organização. De acordo com o programa CQH, com a adesão aos critérios da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), o uso desses indicadores passou a ser condição fundamental na gestão hospitalar, sendo reforçado essa base com a implantação do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS), onde "Informação e Conhecimento" são os principais pilares do modelo, como visto na figura anteriormente.

O programa disponibiliza aos seus participantes, um relatório de comparação entre indicadores, descrito por Barros (2008, pág. 54) dessa maneira:

Um monitoramento de indicadores contínuo dos vários hospitais participantes que são colocados em curva de distribuição de frequência, com definição de medida de tendência central da amostra, que é enviada aos hospitais participantes do programa na forma de relatório, e ainda aponta a localização do hospital em relação aos demais, identificados por códigos.

O Programa CQH procura saber como as informações são armazenadas, utilizadas e atualizadas a fim de atingir as metas institucionais (CQH, 2013).

De acordo com Barros (2008), a metodologia do CQH se baseia em seis elementos principais: em primeira instância há um monitoramento contínuo dos indicadores; depois há uma série de avaliações de serviços, a primeira é feita pelos usuários, a segunda avaliação é feita pelos funcionários e a terceira é uma auto avaliação da instituição; após as avaliações o hospital recebe uma visita de uma equipe de avaliadores que averiguam o grau que a instituição está conforme de acordo com os padrões e processos especificados no manual do CQH; caso o hospital esteja com o todos os quesitos preenchidos, a instituição é autorizada a receber o Selo de Conformidade.

As entidades que mantêm o programa são: a Associação Paulista de Medicina e o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. As entidades que apoiam são: Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA - HCFMUSP/EAESP FGV); Associação Brasileira de Medicina Preventiva e Administração em Saúde (ABRAMPAS); Fundação Nacional da Qualidade (FNQ); European Foudation for Quality Management (EFQM) e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

2.3.6 Comparação entre programas de acreditação

A tabela a seguir nos mostra uma síntese dos três sistemas de acreditação, realizando uma comparação entre eles.

Tabela 1 - Comparação dos três principais Sistemas de Acreditação Hospitalar

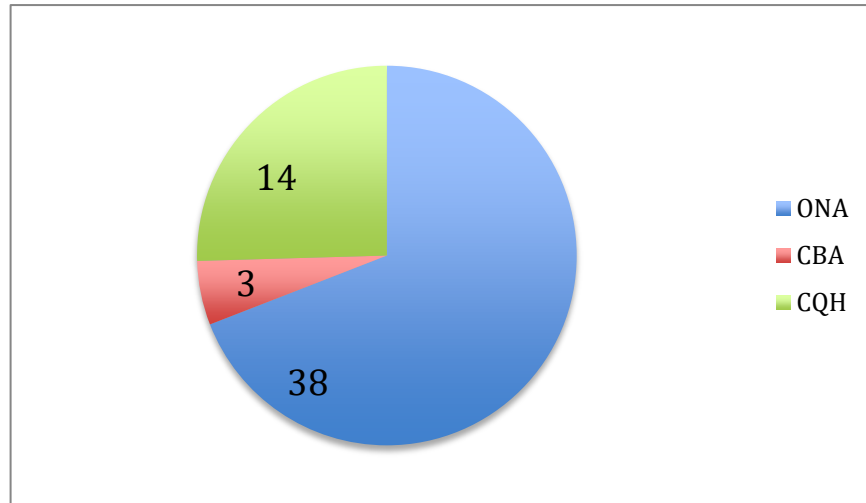
| Sistema de Acreditação | ONA | CBA | CQH |
|--------------------------|--|--|--|
| Composição | Orgãos de nível nacional representando os setores público e privado, compradores e sociedades médicas. | Academia Nacional de Medicina, Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e fundação Cesgranrio | Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo |
| Base dos padrões | PAHO/WHO/JCAHO | JCAHO | JCAHO |
| Equipe de avaliação | Avaliadores de instituições certificadas independentes | Inspetores externos da CBA e Comissão Conjunta Internacional (Joint Commission International - JCI) | Inspetores independentes do CQH |
| Foco | Estrutura (segurança em saúde), processos e resultados | Processos, funções e resultados | Processos e resultados |
| Validade da certificação | Nível 1: dois anos Nível 2: dois anos Nível 3: três anos | Acreditação da instituição: dois anos | Selo de Conformidade, dois anos |
| Acompanhamento | Visitas agendadas e não agendadas e acompanhamento durante as visitas-sentinela únicas | Acompanhamento e visitas-sentinela | Visitas de acompanhamento e relatórios de indicadores pós-certificação |

Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc (2009)

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), os três sistemas de acreditação descritos anteriormente acompanham padrões internacionais baseados no modelo da JCAHO, portanto seus padrões são semelhantes para processos e resultados. É importante acentuar que a adesão desse sistemas pelos hospitais é voluntária, e apesar do Brasil oferecer esses sistemas, a adoção dos mesmos tem sido frustrante.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), verifica-se no Gráfico 1, menos de 1% dos hospitais do país estavam acreditados em 2003.

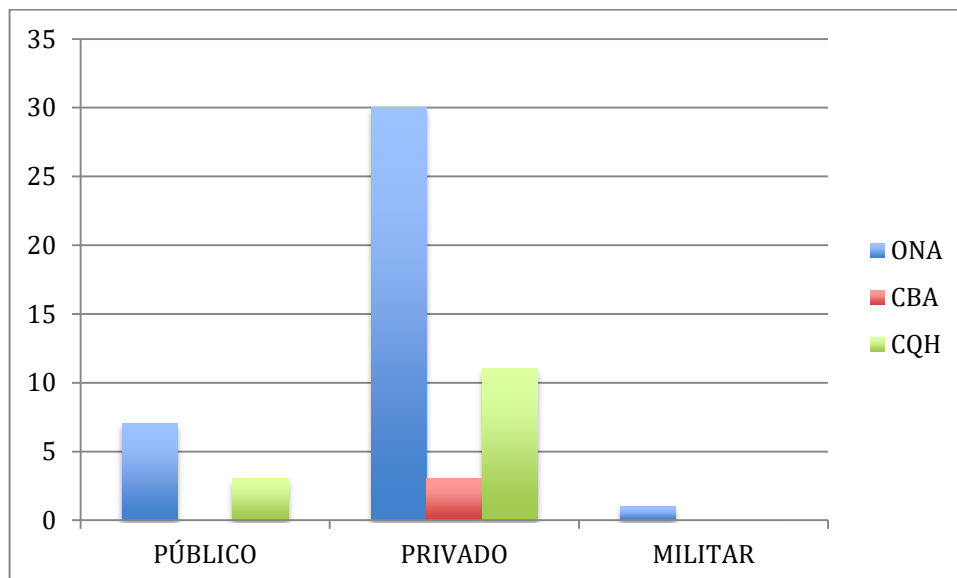
Gráfico 1: Número de Hospitais Acreditados, 2003.



Fonte: Adaptado de La Forgia e Coutollenc (2009).

No gráfico acima observamos que do total de 55 hospitais acreditados, aproximadamente 25% são acreditados pelo programa CQH.

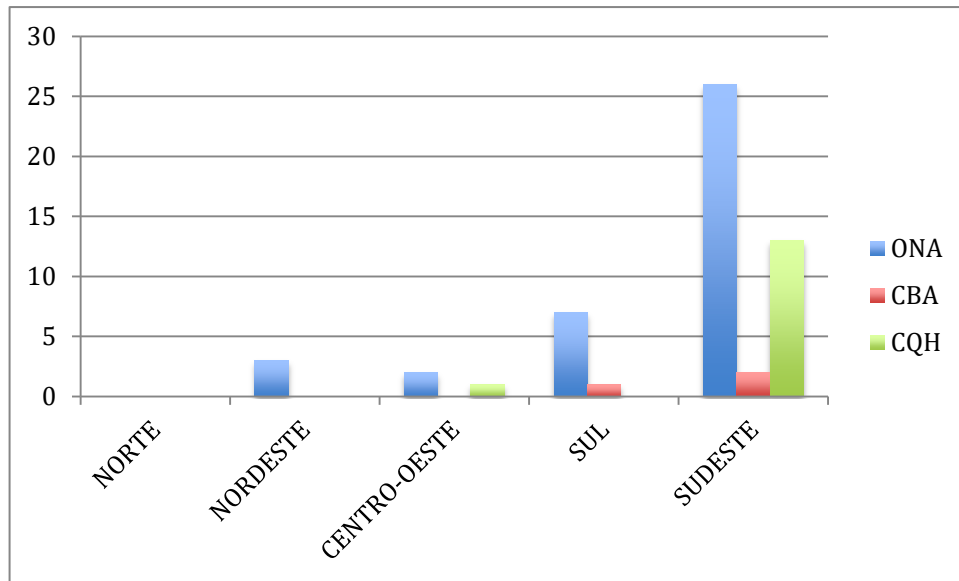
Gráfico 2: Número de Hospitais Acreditados por Tipo e Natureza, 2003.



Fonte: Adaptado pela autora de La Forgia e Coutollenc (2009).

É notável, ao observarmos o gráfico a cima, a diferença entre hospitais privados e públicos acreditados. De acordo com o autor, de 55 hospitais acreditados, 44 são hospitais privados, sendo destes, 25% acreditados pelo programa CQH.

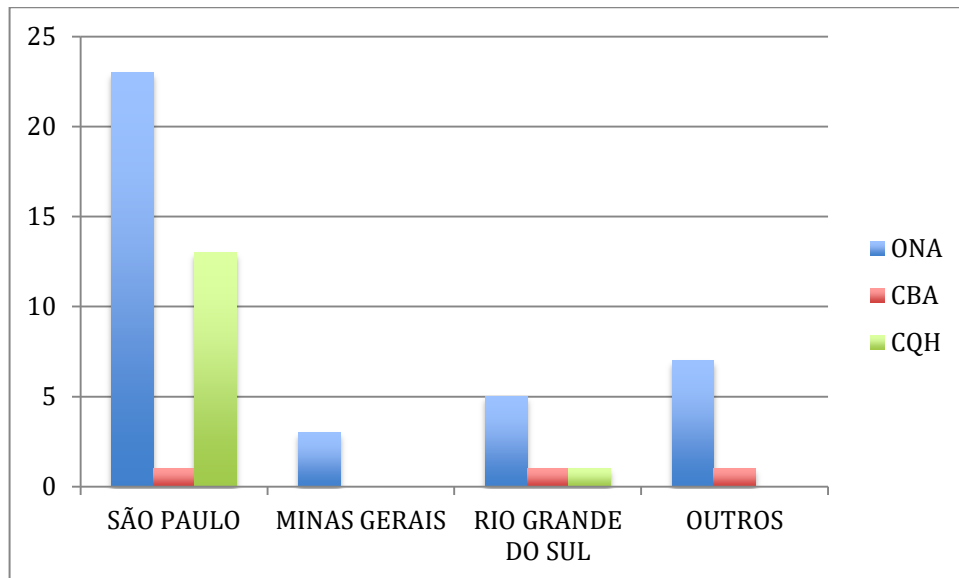
Gráfico 3: Número de Hospitais Acreditados por Região, 2003.



Fonte: Adaptado pela autora de La Forgia e Coutollenc (2009).

Verifica-se que a maioria dos hospitais acreditados se localizam no Sul ou Sudeste do país, e que na região Norte não há nenhum hospital acreditado.

Gráfico 4: Número de Hospitais Acreditados por Estado, 2003.



Fonte: Adaptado pela autora de La Forgia e Coutollenc (2009).

O Estado de São Paulo tem significativamente o maior número de hospitais acreditados do país, isto é, 70% dos hospitais acreditados, estão situados em São Paulo.

Esta pesquisa adota os preceitos do programa CQH, o qual utiliza indicadores como forma de comparação e conseqüentemente melhora contínua dentro da instituição. Os indicadores que serão utilizados no trabalho são mostrados a seguir.

2.4 Indicadores da Gestão Hospitalar

Na atualidade são necessárias informações confiáveis devido às rápidas mudanças, desafios e crises que surgem no mercado. Os administradores precisam estar preparados para tomadas de decisão baseados nos conhecimentos oportunos (CAMPOS, 1998), daí a necessidade de coletar, tabular e analisar dados, pois quem não mede, não controla, e quem não controla não consegue gerenciar (WARD, 1996). Além disso, as medidas podem funcionar como instrumento de motivação, pois segundo Moreira (1991) apud Araujo (1997, p.142), "a mera existência de estimativas de produtividade pode servir de estímulo para que funcionários passem a raciocinar em termos de eficiência e preocupar-se com elas".

O principal objetivo dos indicadores, segundo Souza et al.(2008, p. 4), é "disponibilizar informações úteis de diversas áreas e níveis organizacionais, a fim de auxiliar os gestores no processo decisório". Nesta linha de pensamento, Barbará (2006) complementa de uma maneira mais específica como: definir as metas da organização, acompanhar o desempenho do processo, identificar as áreas que não estão de acordo com o esperado e por fim redefinir as metas.

Cada área da organização possui rotina que permite uma avaliação e conseqüente tomada de decisão. Habitualmente os gestores realizam uma análise em cada área e os resultados são colocados por escritos, não só para administrados, mas também para os avaliados com o objetivo de provocar uma resposta aos grupos que leve a melhorias nos processos. Este *feedback* faz com o que o grupo saiba onde concentrar suas energias para que haja um aprimoramento em cada função (BARBARÁ, 2006).

Dito isso, os profissionais responsáveis pela gestão hospitalar tem que estar preparados para lidar com as informações que lhe são fornecidas ou saber buscar as que são necessárias (SILVA, 1998).

Silva (1998, pág. 23) afirma que "a ciência médica não está equipada para definir um prognóstico confiável, conseqüentemente está faltando um dos elementos básicos da abordagem da qualidade - um padrão, isto é, o resultado esperado, que pode ser utilizado para comparar o resultado observado". Um sistema de indicadores consistente traz inúmeras

vantagens, para a organização hospitalar como empresa propriamente dita, fornecendo dados confiáveis sobre o que está certo ou errado no hospital.

"Para avaliar o seu desempenho, as instituições de saúde desenvolvem indicadores que deveriam ser de suma importância para seus dirigentes tomarem conhecimento da grandeza e da qualidade dos processos desenvolvidos no dia-a-dia da instituição, pois sem esses indicadores fica difícil proceder à avaliação criteriosa da qualidade e produtividade" (SILVA, 1998, p. 24).

Uma das finalidades dos indicadores hospitalares é ajudar a priorizar o que é mais importante avaliar, visto que é praticamente impossível mensurar todas as ações e resultados dentro de um sistema de saúde. Faz-se necessária então uma pré-seleção porque não se pode desenvolver um indicador para medir cada aspecto deste complexo ambiente, e por outro lado, um indicador isolado traz pouca informação, sendo cada indicador padronizado ao longo do tempo, a fim de possibilitar uma comparação real (SOAREZ; PADOVAN, 2005).

O programa a ser usado nessa pesquisa utiliza cerca de 37 indicadores, como mostrados a seguir de acordo com CQH (2009), os mesmos foram divididos em sete grupos conforme suas afinidades.

Tabela 2 - Indicadores do CQH

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|----------------------------------|---|---|--|---|--|
| Indicadores de Internação | Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH | Medir o grau de ocupação do hospital | $(\text{Número de pacientes-dia} \times 100) / \text{Número de leitos-dia}$ | Relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período | Número de pacientes-dia: É computado a partir da data de admissão do paciente. Número de leitos-dia: É o número que representa a quantidade de leitos disponíveis para internação em um dia hospitalar. |
| Indicadores de Internação | Média de Permanência - MP | Acompanhar o tempo de internação dos pacientes | $\text{Número de pacientes-dia} / \text{Total de saídas}$ | Relação entre o número de pacientes-dia e o total de saídas em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados no hospital. | Total de saídas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas). Número de pacientes/dia por clínica: será computado a partir da data de admissão do paciente independente do horário da admissão, desconsiderando o dia da saída. |
| Indicadores de Internação | Índice de Renovação | Acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período | $\text{Total de saídas} / \text{Número de leitos}$ | Relação entre o total de saídas e o número de leitos no período. | Número de leitos: É o número total de cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro do hospital, localizada em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. Na prática, calcula-se pela média de leitos operacionais no período. |
| Indicadores de Internação | Índice de Intervalo de Substituição | Acompanhar dias de ociosidade dos leitos | $(1 - \text{taxa de ocupação hospitalar}) \times \text{tempo médio de permanência} / \text{Taxa de ocupação hospitalar}$ | Relação de um menos a taxa de ocupação hospitalar multiplicado pelo tempo médio de permanência; dividido pela taxa de ocupação hospitalar. | |
| Indicadores de Internação | Taxa de Mortalidade Institucional - TMI | Acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação | $\text{Número de óbitos após 24 horas de internação} \times 100 / \text{Total de saídas}$ | Relação porcentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período | |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|----------------------------------|--|---|--|--|--|
| Indicadores de Internação | Taxa de Mortalidade Operatória - TMO | Acompanhar os totais de óbitos ocorridos durante ou pós-operatório até 7 dias | $\frac{\text{Número de óbitos operatórios} \times 100}{\text{Número de cirurgias realizadas}}$ | Relação porcentual entre o número de óbitos operatórios e o número de cirurgias realizadas, em determinado período. | Número de óbitos operatórios: É o número total de óbitos ocorridos no mês, durante o ato cirúrgico ou pós-operatório até 7 (sete) dias, inclusive em cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambientes cirúrgicos. Número de cirurgias realizadas: Preencher o número total de cirurgias do mês efetuadas em ambiente cirúrgico. |
| Indicadores de Internação | Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio - IAM | Acompanhar os totais de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos durante o período | $\frac{\text{Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio} \times 100}{\text{Número de casos de infarto agudo do miocárdio}}$ | Relação porcentual entre o número de óbitos por infarto agudo do miocárdio e o número de casos de infarto agudo do miocárdio, em determinado período. | Número de óbitos por infarto agudo do miocárdio: É o número total de óbitos por infarto agudo do miocárdio ocorridos no mês. Número de casos de infarto agudo do miocárdio: Preencher o número total de casos de infarto agudo do miocárdio. |
| Indicadores de Internação | Taxa de Cirurgia Suspensa | Acompanhar as cirurgias suspensas por motivos que não dependeram do paciente | $\frac{\text{Número de cirurgias suspensas por fatores extra-pacientes} \times 100}{\text{Número de cirurgias agendadas}}$ | Relação porcentual entre o número de cirurgias suspensas e o número de cirurgias agendadas no mês. | Número de cirurgias suspensas: É o total de cirurgias suspensas dentro do período analisado cuja causa não dependeu do paciente, inclusive as cirurgias ambulatoriais, realizadas em ambiente cirúrgico. Nº de cirurgias agendadas: Cirurgias programadas e previamente agendadas. |
| Indicadores de Internação | Taxa de Reinternação não Programada | Acompanhar as causas de reinternações até 15 dias após a alta | $\frac{\text{Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar} \times 100}{\text{Total de saídas}}$ | É a relação porcentual entre o número de reinternações não programadas pela mesma causa, ou causa associada, até 15 dias da alta hospitalar e o total de saídas. | Número de reinternações não programadas pela mesma causa até 15 dias da alta hospitalar: É o número total de reinternações não programadas no prazo de 15 dias pela mesma causa da saída anterior. |
| Indicadores de Internação | Índice de Exames Laboratoriais por Internação | Acompanhar a quantidade de exames laboratoriais realizados por paciente internado | $\frac{\text{Número de exames laboratoriais}}{\text{Total de saídas}}$ | Relação entre o número de exames laboratoriais e o total de saídas. | Número de exame laboratorial: É o número total de exames laboratoriais realizados em pacientes internados. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|---|---|---|--|---|--|
| Indicadores de Internação | Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação | Acompanhar a quantidade de exames de diagnóstico por imagem realizados por paciente internado | $\frac{\text{Número de exames de diagnóstico por imagem}}{\text{Total de saídas}}$ | Relação entre o número de exames de diagnóstico por imagem e o total de saídas. | Número de exames de diagnóstico por imagem: É o número total de exames de diagnóstico por imagem realizados em pacientes internados independente do local da realização. |
| Indicadores de Internação Clínica | Média de Permanência | Acompanhar o tempo de internação dos pacientes por clínica/serviço | $\frac{\text{Número de pacientes-dia por clínica}}{\text{Total de saídas por clínica}}$ | Relação entre o número de pacientes-dia por clínica e o total de saídas por clínica em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica. | |
| Indicadores de Internação Clínica | Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação | Acompanhar as reinternações na UTI-Adulto | $\frac{\text{Número de reingressos na UTI Adulto durante a mesma internação} \times 100}{\text{Número de saídas da UTI Adulto}}$ | Relação porcentual entre o número de reingressos na UTI-Adulto durante a mesma internação e o número de saídas da UTI-Adulto no mesmo período | Número de reingresso na UTI Adulto durante a mesma internação: É o número de reingressos UTI Adulto durante a mesma internação. Número de saída da UTI Adulto: É o número total de saídas da UTI. |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Cesáreas | Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas | $\frac{\text{Número de cesáreas} \times 100}{\text{Número de partos}}$ | Relação porcentual entre o número de cesáreas e o número de partos. | Número de cesáreas: É o número total de cesáreas em um período. O número de cesáreas não poderá ser superior ao número de partos. Número de partos: É a soma de todos os partos ocorridos em um período: normais, cesáreas e fórceps |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Cesáreas em Primíparas | Acompanhar a quantidade de cesáreas realizadas no primeiro parto | $\frac{\text{Número de cesáreas em primíparas} \times 100}{\text{Número de partos em primíparas}}$ | Relação porcentual entre o número de cesáreas em primíparas e o número de partos em primíparas (primeiro parto). | Número de cesáreas em primíparas: É o número total de cesáreas em primíparas (primeiro parto) ocorridos dentro de um período Número de partos em primíparas: É a soma de todos os partos em primíparas ocorridos no mês: normais, cesáreas, fórceps e outros. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|---|---|---|--|---|--|
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Apgar no 1º minuto | Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido | $\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1o minuto} \times 100}{\text{Número de nascidos vivos}}$ | Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1o minuto e o número de nascidos-vivos. | Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 1o minuto: É o número de nascidos com Apgar > a 7 no 1o minuto, sendo o Apgar valores medidos no primeiro minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. Número de nascidos vivos: É o número de nascidos vivos através de expulsão ou extração completa do interior do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado, o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Apgar no 5º minuto | Acompanhar o índice de vitalidade do recém-nascido | $\frac{\text{Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5o minuto} \times 100}{\text{Número de nascidos vivos}}$ | Relação porcentual entre o número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5o minuto e o número de nascidos-vivos. | Número de nascimentos com Apgar maior ou igual a 7 no 5o minuto: É o número de nascidos com Apgar > a 7 no 5o minuto, sendo o Apgar valores medidos no quinto minuto de vida. Esse índice consiste numa escala que varia de zero a dez e se refere à medida de vitalidade do recém-nascido. |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso menor que 1.000 g | Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período. | $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g e o número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g, em determinado período. | Número de óbitos de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. Número de recém-nascidos com peso menor ou igual a 1.000 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|---|--|---|--|---|--|
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.101 até 1.500 g | Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período. | $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 até 1.500 g}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g, em determinado período. | Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. Número de recém-nascidos com peso entre 1.001 e 1.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso entre 1.501 até 2.500 g | Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período. | $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 até 2.500 g}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g, em determinado período. | Número de óbitos de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. Número de recém-nascidos com peso entre 1.501 e 2.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. |
| Indicadores de Resultado Perinatal | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - RN com peso maior ou igual a 2.500 g | Acompanhar os totais de óbitos neonatais ocorridos durante o período. | $\frac{\text{Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}}{\text{Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g e o número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g, em determinado período. | Número de óbitos de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: É o número total de óbitos de recém-nascidos ocorridos no mês. Número de recém-nascidos com peso maior ou igual a 2.500 g: Preencher o número total de recém-nascidos ocorridos no mês. |
| Indicadores de Infecção Hospitalar | Taxa de Infecção Hospitalar - TIH | Acompanhar a taxa de infecção hospitalar | $\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de saídas}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o número de saídas no período. | Número de episódios de infecções hospitalares: É o número total de infecções adquirida após 72h da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. |
| Indicadores de Infecção Hospitalar | Densidade de Infecção Hospitalar - DIH | Acompanhar a taxa de infecção hospitalar | $\frac{\text{Número de episódios de infecção hospitalar}}{\text{Total de pacientes-dia}} \times 100$ | Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares e o total de pacientes-dias no período. | |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|---|--|---|---|---|--|
| Indicadores de Infecção Hospitalar | Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço | Acompanhar a taxa de infecção hospitalar por clínicas | $\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por clínica} \times 100}{\text{Saídas por clínica}}$ | Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por clínica e o número de saídas por clínica no período. | Número de episódios de infecções hospitalares por clínica: É o número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na em determinada clínica e que se manifesta durante a internação ou após a alta. Saídas por clínicas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa interna ou óbito. |
| Indicadores de Infecção Hospitalar | Distribuição Porcentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica | Acompanhar os casos de infecção por localização topográfica | $\frac{\text{Número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica} \times 100}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}}$ | Relação porcentual entre o número de episódios de infecções hospitalares por localização topográfica e o número de episódios de Infecção Hospitalar no período. | Número de episódios de infecções hospitalares por clínica: É o número total de infecções adquirida após 72 horas da admissão do paciente na em determinada clínica e que se manifesta durante a internação ou após a alta. Saídas por clínicas: É número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta. |
| Indicadores de Infecção Hospitalar | Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar | Identificar as causas mais frequentes de infecções | $\frac{\text{Número de casos por agente microbiano} \times 100}{\text{Total de episódios de infecções hospitalares}}$ | Relação porcentual entre o número de casos por agente microbiano e o número de episódios de infecções hospitalares no período. | Número de casos por agente microbiano: É o número total de microorganismos recuperados dos casos de infecção hospitalar. Número de episódios de infecções hospitalares: É o número total de infecções adquiridas após 72 horas da admissão do paciente na Unidade Hospitalar e que se manifesta durante a internação ou após a alta. |
| Indicadores de Pessoal | Relação Enfermeiro/Leito | Acompanhar o número de enfermeiros por leito | $\frac{\text{Número de enfermeiros}}{\text{Número de leitos}}$ | Relação entre o número de enfermeiros e o número de leitos. | |
| Indicadores de Pessoal | Relação Enfermagem/Leito | Acompanhar o número de pessoal de enfermagem por leito | $\frac{\text{Número de pessoal de enfermagem}}{\text{Número de leitos}}$ | Relação entre o número de pessoal de enfermagem e o número de leitos. | Número de pessoal de enfermagem: É o número total de pessoal de enfermagem Número de enfermeiros: É o número total de enfermeiros registrados no COREN, independente do vínculo empregatício e que estejam ligados a área assistencial. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|-------------------------------|--|--|--|---|--|
| Indicadores de Pessoal | Relação Pessoal/Leito | Acompanhar a quantidade de funcionário por leito | Número de funcionários contratados e de terceiros/ Número de leitos | Relação entre a soma do número de funcionários ativos e terceiros; e o número de leitos do hospital. | Número de funcionários contratados e de terceiros: É o número total de funcionários exercendo atividade no hospital, independente do vínculo empregatício e terceirizados das áreas administrativas, de enfermagem, técnicas e de apoio, exercendo as atividades no hospital, no primeiro e último dia do mês. |
| Indicadores de Pessoal | Taxa de absenteísmo | Acompanhar as horas ausentes dos funcionários | Número de horas/homem ausentes x 100 /Número de horas/homem trabalhadas | Relação percentual entre o número de horas/homem ausentes e o número de horas/homem trabalhadas. | Número de horas/homem ausentes: É o número mensal de horas ausentes dos funcionários próprios em qualquer regime de contratação do hospital pelo número de horas que cada um deveria trabalhar. Considerar todas as faltas, inclusive as justificadas. Número de horas/homem trabalhadas:É o número total de horas trabalhadas de funcionários próprios do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho. |
| Indicadores de Pessoal | Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos | Acompanhar a rotatividade dos funcionários do hospital | $(\text{Número de admissões} + \text{desligamentos})/2 \times 100$ / Número de funcionários ativos no cadastro do hospital | Relação porcentual entre a soma de admissões e desligamento dividido por dois, e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. | Número de admissões: É o número total de funcionários admitidos no mês. Número de desligamentos: É o número total de funcionários próprios desligados do hospital no mês. Incluir: demissões espontâneas e/ou provocadas pelo hospital. Número de funcionários ativos no cadastro do hospital: É o número total de pessoas que compõem a força de trabalho independente do vínculo empregatício |
| Indicadores de Pessoal | Taxa de acidente de trabalho | Acompanhar o número de acidentes de trabalho | Número de acidentes de trabalho x 100 /Número de funcionários ativos no cadastro do hospital | Relação percentual entre o número de acidentes de trabalho e o número de funcionários ativos no cadastro do hospital. | Número de acidentes de trabalho:É o número total de acidentes de trabalho na força de trabalho independente do vínculo empregatício ocorridos durante o mês. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|---|--|
| Indicadores de Treinamento | Índice de Treinamento | Acompanhar as atividades de treinamentos do hospital | $\begin{aligned} & (\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + + \\ & (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \\ & \dots + \\ & + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \times \\ & 100 / \text{Número de horas/homem trabalhadas} \end{aligned}$ | Relação entre o número de horas dos funcionários ouvintes nos cursos e o número de horas trabalhadas. | Número de funcionários ouvintes em todos os cursos do hospital: É a somatória de todos os funcionários ouvintes dos cursos no período determinado. Carga horária do curso: É a somatória das horas de todos os cursos ministrados no período determinado. Número de horas/homem trabalhadas: É o número de funcionários ativos no cadastro do hospital pelo número de horas previstas para cada um, em contrato de trabalho. |
| Indicadores de Treinamento | Atividades de Treinamento por Setor | Acompanhar as atividades de treinamentos no hospital por setor | $\begin{aligned} & (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) \\ & + + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) \\ & + \dots + (\text{Número funcionários ouvintes do setor no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \\ & 100 / \text{Número de horas/homem trabalhadas} \times 100 / (\text{Número funcionários ouvintes no curso 1} \times \text{carga horária curso 1}) + + (\text{Número funcionários ouvintes no curso 2} \times \text{carga horária curso 2}) + \dots + \\ & \times 100 + (\text{Número funcionários ouvintes no curso n} \times \text{carga horária curso n}) \end{aligned}$ | Relação entre o número de horas dos funcionários treinados por setor em determinado período e o número total de horas/homem treinadas no período. | Número de funcionários ouvintes por setor: São todos os funcionários ouvintes por setor, dos cursos (treinamentos) no período determinado. |

| Grupos de Indicadores | Indicador | Objetivo | Fórmula | Definição | Complemento |
|--|---|--|--|---|--|
| Indicadores de Satisfação do Usuário (Internação) | Taxa de Preenchimento das Avaliações pelo Usuário | Acompanhar o retorno das avaliações pelos usuários | $\text{Número de avaliações preenchidas} \times 100 / \text{Total de saídas}$ | Relação percentual entre o número de avaliações preenchidas e o total de saídas no mês. | Número de avaliações preenchidas: É a somatória dos impressos que foram preenchidos pelos pacientes internados ou pelos respectivos acompanhantes |
| Indicadores de Satisfação do Usuário (Internação) | Taxa de Satisfação dos Clientes Internados | Acompanhar a satisfação dos clientes internados | $\text{Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom} \times 100 / \text{Total de avaliações preenchidas corretamente}$ | Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ótimo e bom e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo. | Total de avaliações preenchidas com ótimo e bom: É a somatória dos itens preenchidos com ótimo e bom nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama Total de avaliações preenchidas corretamente (com ótimo, bom, ruim e péssimo): É a somatória dos itens preenchidos com ótimo, bom, ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama. |
| Indicadores de Satisfação do Usuário (Internação) | Taxa de Insatisfação dos Clientes Internados | Acompanhar a insatisfação dos clientes internados | $\text{Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo} \times 100 / \text{Total de avaliações preenchidas corretamente}$ | Relação porcentual entre o total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo e o total de avaliações preenchidas com ótimo, bom, ruim e péssimo. | Total de avaliações preenchidas com ruim e péssimo: É a somatória dos itens preenchidos com ruim e péssimo nos requisitos: atendimento na recepção, atendimento na enfermagem, atendimento médico, alimentação fornecida, limpeza do quarto e roupa de cama. |

Em razões do Hospital em estudo não ter todas as áreas indicadas acima para a pesquisa, alguns dos indicadores não poderão ser implementados, por exemplo: o Hospital não possui maternidade, entre outros.

2.5 Ferramentas da Qualidade

Conduzindo pequenas e grandes empresas ao crescimento, a qualidade tornou-se um fator significativo. Há anos atrás, era frequente a pergunta "Mas, afinal, por que a qualidade é tão necessária em bens, processos e serviços?" (PALADINI, 2008), mas na atualidade o retorno sobre o investimento por meio de eficazes programas de qualidade está gerando significativas melhorias na produtividade total, com menos custo, conseqüentemente com liderança competitiva, constituindo um meio para gerenciar a organização (FEIGENBAUM, 1994 apud BEZERRA, 2002).

Em um mercado de mudanças rápidas como esse, as organizações precisam responder a tempo as condições que o mesmo impõe, sendo de grande ajuda os mais eficazes métodos gerenciais, entre eles o Controle da Qualidade (LEVINE, 1988 apud BEZERRA, 2002). Para realizar este controle, existe um grupo de ferramentas que foram denominadas chamadas "Ferramentas da Qualidade", e frequentemente são usadas como auxílio ao desenvolvimento da qualidade na instituição (MIGUEL, 2001). Dentre essas ferramentas, existe a chamada Matriz de Priorização, que será utilizada nesta pesquisa e descrita a seguir.

2.5.1 Matriz de priorização

De acordo com Miguel (2001, pág. 149), a matriz de priorização tem a função de "priorizar tarefas, procedimentos ou possibilidades de ação, baseada em conhecimento e critérios de peso. A matriz combina o diagrama-árvore e o diagrama-matriz". Para Carpinetti (2010), essa ferramenta tem como principais finalidades a identificação e priorização de problemas, através do modo de relacionar fatores a critérios de prioridade, como mostrado na figura 2.

Figura 2 - Exemplo de uma Matriz de priorização

| INDICADORES | Média de Permanência | Índice de Renovação | Taxa de Ocupação Hospitalar | Taxa de Mortalidade |
|-----------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| Média de Permanência | | | | |
| Índice de Renovação | | | | |
| Taxa de Ocupação Hospitalar | | | | |
| Taxa de Mortalidade | | | | |
| ... | | | | |

Fonte: Adaptado de Carpinetti (2010).

Brasil (2011, pág. 109) interpreta, dizendo que "a matriz de priorização resulta da combinação entre a matriz de avaliação dos critérios e a matriz de ordenação. Os valores da matriz resultam da multiplicação do peso de cada critério e a ordem de cada item".

Brasil (2011) afirma a importância da ferramenta dizendo que estabelecer prioridades é regra essencial para uma gestão bem-sucedida, e que para a construção dessa ferramenta, pode-se recorrer a dois tipos de métodos: o método dos critérios, onde os critérios são estabelecidos coletivamente, por uma equipe de trabalho; e o método das relações de causa e efeito, que estabelece as prioridades considerando as relações entre as soluções propostas.

2.5.2 Benchmarking

"Na busca pela excelência, as companhias encontraram no *benchmarking* técnicas capazes de elevar a organização ao nível superior das demais concorrentes" (ZAGO et al., 2008, p.2). Como meio de enfrentar o mercado, esta ferramenta é usada a fim de corrigir os problemas enfrentados na organização e implantar um processo de melhoria contínua para se tornar o "melhor entre os melhores" (ZAGO, et al., 2008). A ferramenta é relativamente atual, tendo seu surgimento por volta da década de 70, devido a adoção dos métodos de algumas empresas americanas para enfrentar a concorrência.

A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) define *benchmarking* como: "Método para comparar desempenho de algum processo [...] que esteja sendo executado de maneira mais eficaz e eficiente, na própria ou em outra organização, entender as razões do desempenho superior, adaptar à realidade da organização e implementar melhorias significativas." De

forma mais sucinta define-se como um processo contínuo que busca as melhores práticas que levam uma organização ao desempenho maior.

Mazo (2003) difere *benchmark* do termo *benchmarking*, salientando que enquanto o primeiro pode ser definido como o padrão de referência, o segundo representa o processo de comparação. O benchmark, ou seja, o referencial de excelência, é, em geral, tomado como o indicador obtido pelo campeão do setor, o paradigma, pela empresa mais representativa, ou pelo principal concorrente.

Dentre as muitas vantagens provenientes do uso dessa ferramenta, Miguel (2001) cita: a quebra de barreiras contra mudanças, a provocação de mudança dos funcionários, a conscientização sobre as melhores práticas para a empresa e a conquista de uma posição competitiva. Para Chiavenato (2004), essa “comparação costuma ser um saudável método didático” pois permite aprender através da tentativa de outros, poupando o administrador de cometer possíveis erros já cometidos por terceiros, e evitando perda de tempo e de dinheiro na organização.

Vale salientar que esse processo gerencial de auto-aperfeiçoamento não pode ser executado apenas uma vez e depois abandonado como se a tarefa já estivesse concluída, é necessário uma continuidade para alcançar o sucesso. Para alguns autores, o *benchmarking* é uma análise competitiva tradicional que revela os melhores métodos a serem praticados, mas para Mazo (2003) o *benchmarking* não é só isso, mas também o caminho para saber como esses métodos são usados. Confirma ainda que, com o *benchmarking*, a instituição está sempre mudando, buscando satisfazer as necessidades do cliente e mantendo a competitividade no mercado.

3 METODOLOGIA

A metodologia de uma pesquisa permite que o problema proposto seja investigado através de um conjunto de etapas a serem definidas que permitem atingir os objetivos listados. Mostra-se então uma explicação detalhada de todos os procedimentos adotados pelo autor da pesquisa, esclarecendo como esta será desenvolvida (MARCONI; LAKATOS, 2009).

3.1 Método de pesquisa

"O método constitui-se dos passos a ser dados na busca de um conhecimento, uma análise de dada realidade social, e de maneira operacional, a metodologia se define como o estudo crítico do método" (BARROS; LEHFELD, 2007).

O presente trabalho classifica-se quanto à natureza em pesquisa aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos. Em relação à abordagem dos problemas classifica-se em quantitativa, valendo-se de informações numéricas e técnicas estatísticas, visto que a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir opiniões e informações em números para classificá-los e analisá-los (MARCONI; LAKATOS, 2009).

3.2 Seleção da abordagem de pesquisa

Segundo Gil (2009), as pesquisas objetivam assegurar soluções aos problemas propostos através de um procedimento racional e sistemático. Podem se classificar quanto à natureza, a forma de abordagem, aos objetivos e aos procedimentos técnicos.

Segundo Gil (2009), seu cunho é exploratório-descritivo, pois tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema visando torná-lo mais explícito, envolvendo levantamento bibliográfico e entrevistas. É de cunho descritivo por que também tem como principais técnicas a coleta de dados, o questionário e a observação sistemática.

Quanto aos procedimentos técnicos, o trabalho classifica-se em pesquisa bibliográfica, documental e estudo de caso. Na pesquisa bibliográfica foram utilizados diversos materiais já publicados referentes ao assunto abordado, principalmente livros e periódicos. Na documental, foram analisados documentos da empresa, vistos como materiais que não receberam tratamento analítico. Já o estudo de caso envolve o estudo detalhado de uma

instituição permitindo um profundo conhecimento da mesma. Nessa pesquisa o objeto de estudo é o Hospital Universitário FAT-URCAMP situado na cidade de Bagé, no Rio Grande do Sul.

3.3 Coleta e análise dos dados

Conforme Gil (2009), durante o desenvolvimento de um estudo de caso não há consenso em relação às etapas a serem seguidas por parte dos pesquisadores. Porém, alguns autores dizem ter definido um conjunto de etapas que usualmente são seguidas nessas pesquisas, dentre essas etapas, duas foram utilizadas: a coleta de dados, e a avaliação e análise de dados.

No estudo de caso utiliza-se sempre mais de uma técnica para o processo de coleta de dados o que o torna mais complexo do que em outras modalidades de pesquisa, porém o mais completo de todos os delineamentos (GIL, 2009). Já na análise de dados, é natural admitir que seja de uma natureza qualitativa, sendo o mais importante a preservação da totalidade da unidade social.

Seguindo esses métodos, o trabalho foi desenvolvido em cinco fases: levantamento; coleta de dados; *benchmarking*; análise de resultados e proposta de melhorias.

3.3.1 Primeira etapa

Primeiramente, foi feito um mapeamento da atual situação da empresa, observando como está sendo gerida e concluindo a necessidade do auxílio à gestão administrativa. Então criou-se um projeto com o propósito de construir um sistema de indicadores que pudesse sinalizar onde seria mais urgente as necessidades de melhoria dos processos, tendo como motivação, a oportunidade de desenvolver e aplicar empiricamente um método para implantação da gestão através de indicadores em organizações hospitalares baseados em um programa de controle hospitalar.

Para a construção do sistema, foi feito um levantamento dos indicadores utilizados no Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) e que podem ser aplicados ao hospital. Após esse levantamento, foi feita a escolha dos indicadores mais urgentes em ser implantados, através da matriz de priorização, com o intuito de ter visão da qualidade com que o hospital está operando.

3.3.2 Segunda etapa

Após definido o sistema de indicadores a ser implantado na organização, foi feita a coleta dos dados necessários para esta implementação ser elaborada de forma eficiente. Esta coleta foi feita através de materiais e informações disponibilizados pelo Hospital, por meio de documentos em papel e arquivos armazenados no computador, também mediante ao banco de dados, para o preenchimento de um formulário com elaboração própria baseado nos dados que serão possivelmente necessários para este sistema.

Com os elementos obtidos por meio da coleta de dados, torna-se possível a implementação dos indicadores operacionais, que durante oito meses foram analisados pela autora da pesquisa a fim de obter resultados para uma análise de desempenho hospitalar.

3.3.3 Terceira etapa

Os resultados obtidos nos indicadores durante os oito meses de análise são comparados aos resultados dos indicadores dos hospitais credenciados ao CQH durante os mesmos oito meses, a fim de compararmos a qualidade o desempenho da organização. Essa comparação foi analisada pela autora da pesquisa e pelo administrador, onde será discutido os resultados obtidos, e se há uma necessidade de melhoria nos processos. Caso a resposta seja positiva, serão então investigados em quais processos há uma urgência maior de melhoria.

3.3.4 Quarta etapa

Priorizado os processos onde há uma urgência maior em melhoria, dado o motivo do que está sendo mais prejudicial ao hospital, foi então, feito um procedimento de observação detalhado e metucioso desses processos, a fim de encontrar possíveis falhas operacionais que possam estar sendo cometidas por erro humano ou gerencial, identificando em qual parte a operação ou processo pode ser melhorado, visando o aumento do desempenho hospitalar.

3.3.5 Quinta etapa

Após a identificação das falhas na ocorrência de cada procedimento, foi feita uma proposta de melhoria visando diminuir ou eliminar o erro dos processos críticos para a organização. Vale ressaltar que o intuito da pesquisa não é verificar a eficiência dessa proposta de melhoria no hospital, portanto, o trabalho não mostrará o resultado após essa aplicação.

3.4 Limitações do método

A pesquisa apresenta algumas limitações, principalmente por envolver a participação de pessoas, por isso de acordo com Lakatos e Marconi (2009), erros na coleta de dados são possíveis de acontecer devido ao fato de estar lidando com o ser humano.

A compreensão errada de alguma pergunta, por parte do informante pode acabar levando a um erro quanto a interpretação. Motivo de erro também é a disposição do entrevistado em dar as informações pedidas, dependendo da situação de humor em que ele se encontra ou não, ou mesmo a retenção de dados importantes a pesquisa por medo de que seu nome seja revelado posteriormente e isso o prejudique (LAKATOS; MARCONI, 2009). Por fim, o fato de que o pesquisador pode anotar errado, ou o informante esquecer algo, também são situações em que os dados podem vir a sofrer alguma mudança, portanto é necessário o aviso de que a pesquisa pode vir a ter uma margem de erro em relação aos indicadores.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos no estudo durante o período de janeiro a agosto de 2013.

4.1 Aplicação da Matriz de Priorização nos indicadores CQH

Após terem sido apresentados os indicadores de qualidade medidos pelo programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar, foram priorizados os de maior urgência e importância em relação a gestão administrativa. Esta priorização foi feita pela autora da pesquisa e analisada posteriormente pelo diretor do Hospital em estudo. É realizada da seguinte maneira: compara-se o indicador da horizontal com o da vertical, caso o indicador da horizontal tenha maior importância, recebe o número 2 (dois), caso tenha menor importância, recebe o número 0 (zero), caso os dois tiverem a mesma importância para a administração do hospital, recebe o número 1 (um). O resultado final é obtido somando todos os números na horizontal pertencentes a cada indicador. Os sete que tiveram o maior resultado foram os analisados nesta pesquisa. Na Figura 3 temos a matriz preenchida pelo diretor.

| MATRIZ DE PRIORIZAÇÃO DE INDICADORES HOSPITALARES (Critério: Produtividade total) | Taxa de ocupação hospitalar | Média de Permanência | Índice de Renovação | Índice de Intervalo de Substituição | Taxa de Mortalidade Institucional | Taxa de Mortalidade Operatória | Taxa de Mortalidade Agudo por Infarto no Miocárdio | Taxa de Cirurgia Suspensa | Taxa de Reintemação Não Programada | Índice de Exames Laboratoriais por Internação | Índice de Exames de Diagnóstico por Imagem por Internação | Média de Permanência por Clínicas | Taxa de Reingresso na UTI-Adulto durante a mesma internação | Taxa de Cesáreas | Taxa de Cesáreas em Primíparas | Taxa de Apgar no 1º minuto | Taxa de Apgar no 5º minuto | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - Recém Nascido com peso menor que 1000 g | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - Recém Nascido com peso entre 1001 até 1500 g | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - Recém Nascido com peso entre 1501 até 2500 g | Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - Recém Nascido com peso maior que 2500 g | Taxa de Infecção Hospitalar | Densidade de Infecção Hospitalar | Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço | Distribuição Percentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica | Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar | Relação Enfermeiro/Leito | Relação Enfermagem/Leito | Relação Pessoal/Leito | Taxa de Absenteísmo | Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos | Taxa de Acidente de trabalho | Índice de Treinamento | Atividades de Treinamento por Setor | Taxa de Preenchimento das Avaliações pelos Usuários | Taxa de Satisfação de Clientes Internados | Taxa de Insatisfação de Clientes Internados | TOTAL | | | | |
|--|-----------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|--|--|---|-----------------------------|----------------------------------|---|--|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------------|--|------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|---|---|---|-------|----|----|----|----|
| Taxa de Mortalidade Neonatal Intra-Hospitalar - Recém Nascido com peso maior que 2500 g | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| Taxa de Infecção Hospitalar | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 64 |
| Densidade de Infecção Hospitalar | 0 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 48 | | |
| Distribuição de Infecção Hospitalar por Clínica/Serviço | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 24 | | |
| Distribuição Percentual de Infecção Hospitalar por Localização Topográfica | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 20 | | |
| Agentes Microbianos Identificados nos Casos de Infecção Hospitalar | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 37 | | |
| Relação Enfermeiro/Leito | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 26 | |
| Relação Enfermagem/Leito | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 57 |
| Relação Pessoal/Leito | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 26 | |
| Taxa de Absenteísmo | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 40 |
| Taxa de Rotatividade de Recursos Humanos | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 35 | |
| Taxa de Acidente de trabalho | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 49 | | | |
| Índice de Treinamento | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 40 | |
| Atividades de Treinamento por Setor | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 22 | |
| Taxa de Preenchimento das Avaliações pelos Usuários | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 61 | |
| Taxa de Satisfação de Clientes Internados | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 61 | |
| Taxa de Insatisfação de Clientes Internados | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 52 | | |

Como resultado, obtivemos que os indicadores de maior importância, por terem o maior resultado final, foram os seguintes:

- Taxa de Ocupação Hospitalar;
- Média de Permanência;
- Taxa de Mortalidade Institucional
- Taxa de Infecção Hospitalar;
- Relação Enfermagem/Leito;
- Taxa de Preenchimento das Avaliações por Usuários;
- Taxa de Satisfação dos Clientes Internados.

Portanto serão estes indicadores a serem analisados no estudo.

4.2 Resultados dos indicadores e *benchmarking*

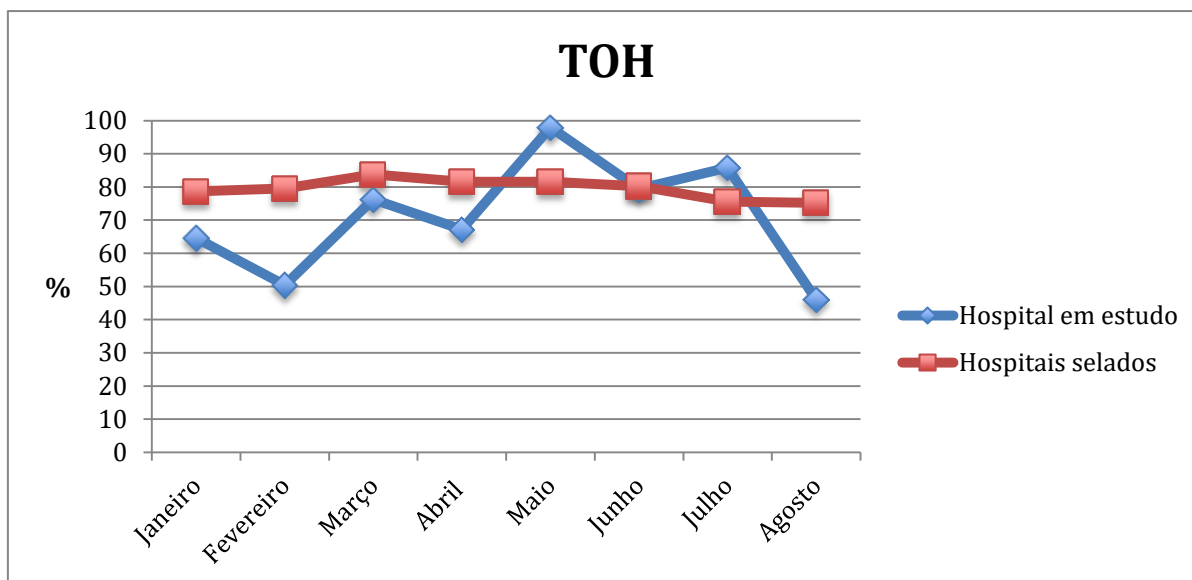
Neste tópico serão mostrados os resultados dos indicadores obtidos como prioridade na matriz de priorização, tanto do programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar, quanto do hospital em estudo.

Os dados comparativos foram colhidos entre os meses de janeiro a agosto de 2013, através de arquivos que o programa CQH disponibiliza como resultados dos indicadores nos hospitais com o selo de certificação, para esta pesquisa foram utilizados a média dos resultados de onze hospitais que possuem este selo, da mesma forma, no hospital em estudo, os dados foram coletados no mesmo período, totalizando 1725 internações.

4.2.1 Taxa de Ocupação Hospitalar (TOH)

O gráfico 5 apresenta os resultados obtidos da taxa de ocupação do Hospital FAT-URCAMP e dos hospitais selados com o CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 5: Taxa de Ocupação Hospitalar



Fonte: elaborado pela autora (2014)

Este índice está vinculado, ao aumento ou diminuição da taxa de produtividade da instituição, indica quanto da capacidade do hospital foi utilizado durante esse período, ressaltando que a utilização do hospital gera um retorno financeiro, pois o mesmo recebe do Sistema Único de Saúde (SUS) ou pelos convênios particulares uma diária equivalente aos custos que possui com o paciente internado.

Pode-se analisar que o mês em que o hospital em estudo mais produziu foi o mês de maio, chegando a quase 100% de sua capacidade total, isto é, praticamente todos os leitos estavam ocupados nesse mês. Já o mês de agosto a produtividade do hospital foi baixa, contando com cerca de 45% de sua capacidade total, deixando assim o hospital de ganhar com as diárias pagas pelas internações.

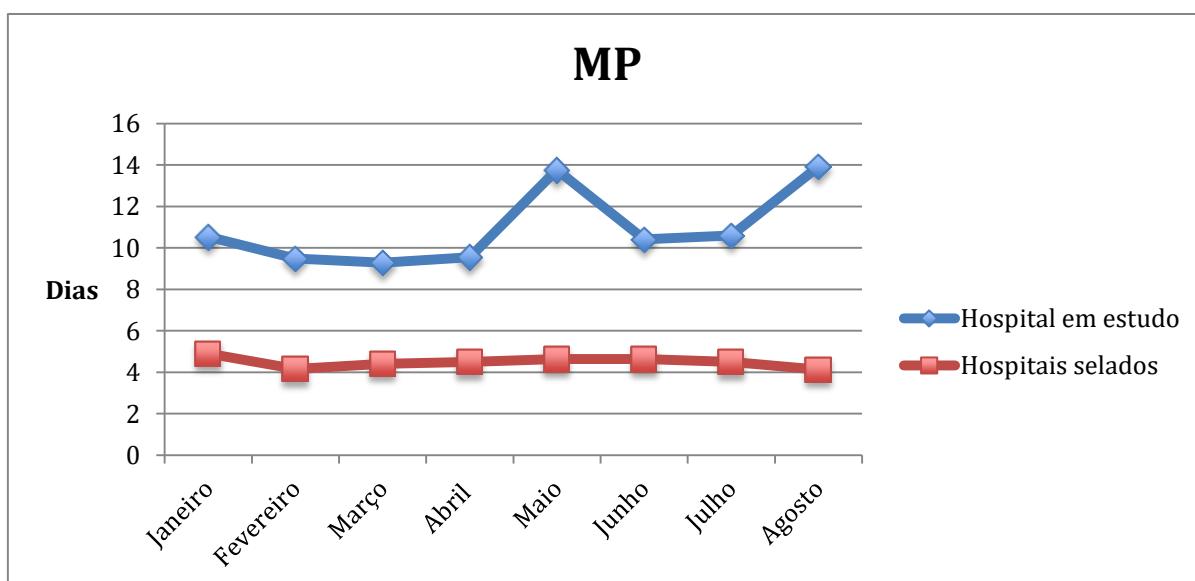
A taxa de ocupação hospitalar dos hospitais com o selo CQH entre os meses de janeiro a agosto de 2013 variam entre 73% e 81%, e há uma padronização da taxa de ocupação hospitalar, não tendo picos ou mínimos, enquanto no hospital em estudo a taxa de ocupação é muito variada durante todo o ano, não dando ao hospital possibilidade de fazer um planejamento estratégico em cima da ocupação esperada.

Observa-se ainda que, só há dois meses em que as taxas de ocupação do hospital em Bagé são maiores do que as médias das taxas dos hospitais selados, portanto, conclui-se que na maior parte do ano, o hospital em estudo ainda tem uma baixa taxa de ocupação hospitalar, deixando à instituição de produzir ao nível de sua capacidade. A esta baixa taxa de ocupação hospitalar, podemos atribuir alguns fatores como por exemplo a existência de outro hospital com maior capacidade de atendimento na mesma cidade.

4.2.2 Média de Permanência (MP)

O gráfico 6 indica a média de dias que os pacientes permaneceram no Hospital FAT-URCAMP e nos hospitais selados com o CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 6: Média de permanência



Fonte: elaborado pela autora (2014)

Este indicador permite avaliar a eficiência das unidades hospitalares, e representa a média de dias em que os pacientes ficam internados no hospital.

No hospital em estudo, observamos que agosto teve a maior média de permanência, chegando a quase 14 dias de internação, que de acordo com a Chefa de Enfermagem do hospital, o motivo é a baixa temperatura do inverno que deixam as pessoas com uma menor imunidade e por isso a necessidade de um tratamento de maior duração, enquanto março foi o mês em que os pacientes ficaram por menos tempo, em média de nove dias internados no hospital.

Há uma grande variação nas médias do hospital, com cinco dias aproximadamente de diferença entre o mês com maior permanência e o mês com menor permanência, e isso evidencia uma grande variabilidade nesta taxa, podendo ser ligado a muitos motivos, como por exemplo: muitos tratamentos distintos pelo fato do hospital não ser específico para uma só doença ou um só tipo de tratamento, e por isso há uma diversidade em diagnóstico muito alta;

não ter um controle aproximado da quantidade de dias que um paciente fica internado de acordo com determinada doença, entre outros.

Observamos nos hospitais selados que a média de permanência está entre 4 e 5 dias. Não há uma grande diferença de permanência entre os meses, sendo o mais crítico o mês de janeiro que chega a quase 5 dias de permanência, permitindo ao hospital um planejamento estratégico em cima dessa taxa. Essa pequena diferença se deve a padronização de alguns hospitais em relação a quantidade de dias que cada paciente deveria ficar internado de acordo com o diagnóstico.

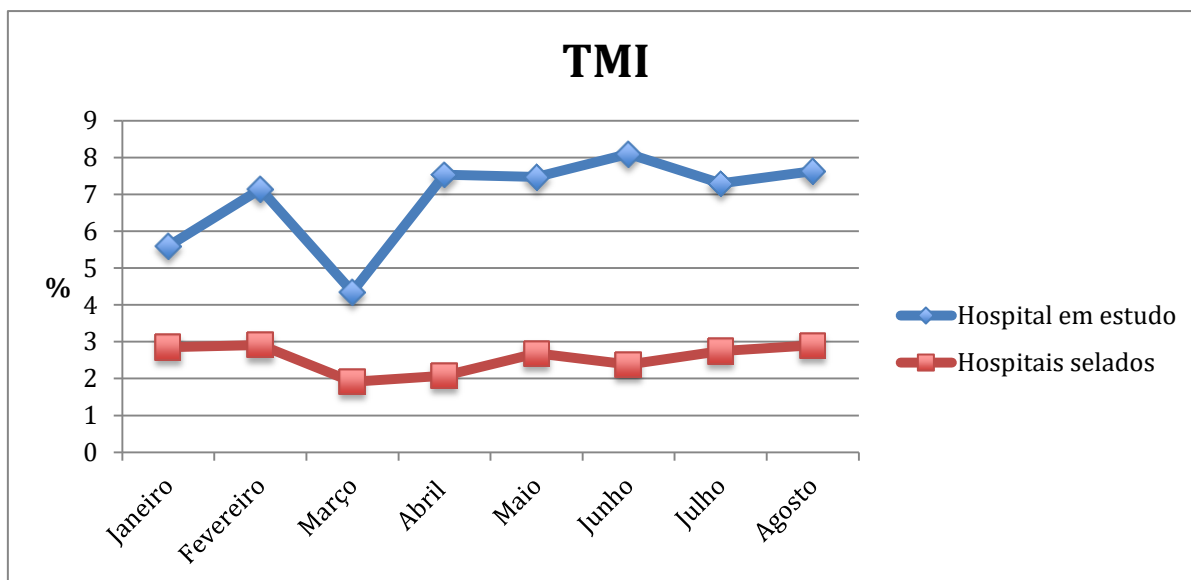
Comparando a média de permanência dos hospitais selados com o hospital em estudo, é assustadora a diferença, pois no hospital em estudo, o mês que teve a menor média foi março, com 9,28 dias, e nos hospitais selados o mês que teve a menor média foi janeiro com 4,12 dias. Neste gráfico fica claro a necessidade de uma ação de melhoria no hospital focando a média de permanência, pois além de ser prejudicial ao paciente, o hospital também perde financeiramente com esta alta taxa, como será explicado no item 4.3.1.

Observa-se que, com a melhoria da qualidade hospitalar, ataxa média de permanência tende a diminuir, pois está ligada a maior precisão e rapidez no diagnóstico, conseqüentemente maior qualidade no atendimento, vê-se que é comum ocorrer em alguns hospitais do paciente já estar apto para receber alta, mas o médico não estar presente e atrasar algumas horas até o paciente poder ir para casa, aumentando assim a permanência do paciente no hospital.

4.2.3 Taxa de Mortalidade Institucional (TMI)

O gráfico 7 indica a taxa de mortalidade do Hospital FAT-URCAMP e dos hospitais selados com o CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 7: Taxa de Mortalidade Institucional



Fonte: elaborado pela autora (2014)

A taxa de mortalidade hospitalar é um dos indicadores que ajuda a medir a qualidade da assistência fornecida ao paciente, pois quanto menor o valor dessa taxa, melhor o resultado.

Pelo gráfico podemos observar que a média da taxa de mortalidade dos oito meses estudados no hospital é 7%, ou seja, de cada 100 pacientes que recebem alta no hospital, aproximadamente sete é por óbito. Observamos também que, o mês de junho obteve a maior taxa de mortalidade, chegando a 8%, já o mês de março apresentou a taxa de mortalidade significativamente menor, de aproximadamente 4,5%. Percebe-se que em todos os meses a taxa é alta, e em março a taxa cai significativamente, sem um motivo aparente.

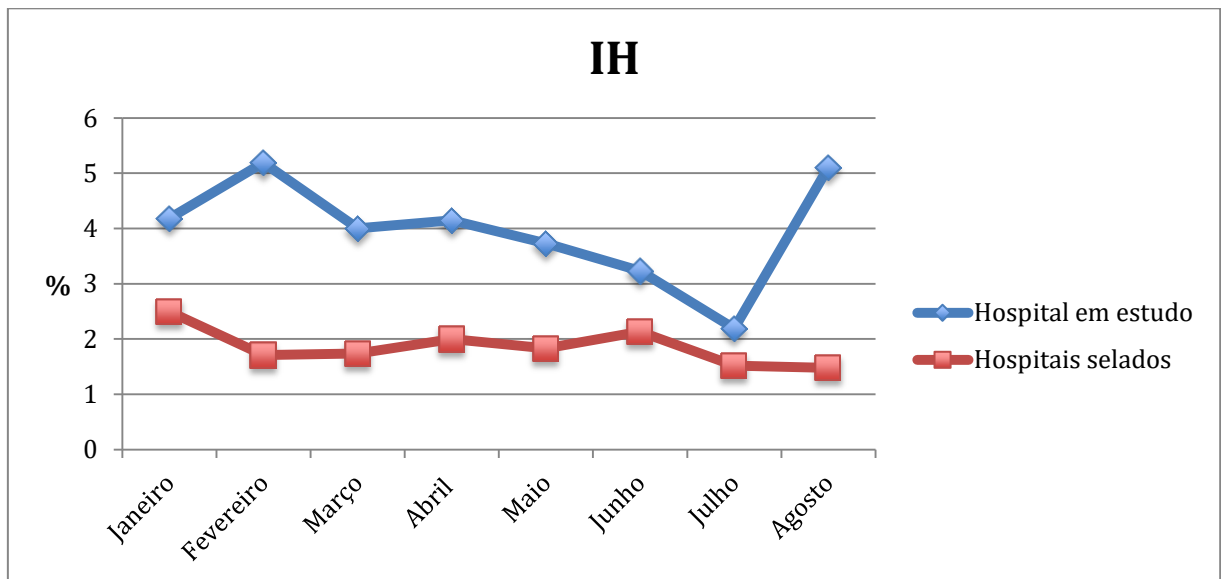
A mortalidade reflete o estado geral dos pacientes e a qualidade médico assistencial, e deve ser considerada um dos parâmetros de avaliação da qualidade da assistência prestada pelas instituições hospitalares. Comparando as taxas obtidas neste gráfico, conclui-se que o hospital precisa com urgência de uma mudança em sua qualidade assistencial pois suas taxas são altíssimas.

Azevedo (1989) faz uma observação importante ao afirmar sobre uma prática de muitos hospitais brasileiros que dão alta à pacientes sem possibilidade de tratamento para que estes faleçam entre os familiares, diminuindo também a taxa de mortalidade dentro do hospital.

4.2.4 Taxa de Infecção Hospitalar (IH)

O gráfico 8 indica o percentual de infecção que é adquirida pelo paciente após a admissão do mesmo no Hospital FAT-URCAMP e nos hospitais selados com o CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 8: Taxa de Infecção Hospitalar



Fonte: elaborado pela autora (2014)

O meio ambiente hospitalar guarda uma íntima relação com as infecções hospitalares, podendo proporcionar focos de contato e de transmissão, sendo normalmente relacionadas à limpeza e higiene do hospital. Essas infecções prolongam o tempo de internação, aumentam os custos hospitalares e a mortalidade, além de contribuir para o sofrimento vivenciado pelo paciente e seus familiares. Esse indicador está diretamente ligado a média de permanência e a taxa de mortalidade hospitalar, pois quanto maior o tempo de internação, maior o risco de se adquirir infecções.

O controle da taxa de infecção hospitalar é um fator de extrema importância, tanto que existe a Lei Federal 9.431 de 06/01/1997 que determina que os hospitais mantenham um programa de controle de infecções hospitalar, e ainda outras normas regulamentadoras da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), do CONAMA (Conselho Nacional do Meio Ambiente), do CFM (Conselho Federal de Medicina) e do Ministério da Saúde, comprovando a necessidade desse controle.

No hospital em estudo há uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), responsável pelo controle desses índices. No gráfico apresentado, observamos que o mês de

agosto e o mês de fevereiro foram os que apresentaram maior índice de infecção, ultrapassando 5%, isto é, mais de 5% dos pacientes internados no hospital nesses meses, adquiriram alguma infecção dentro do hospital.

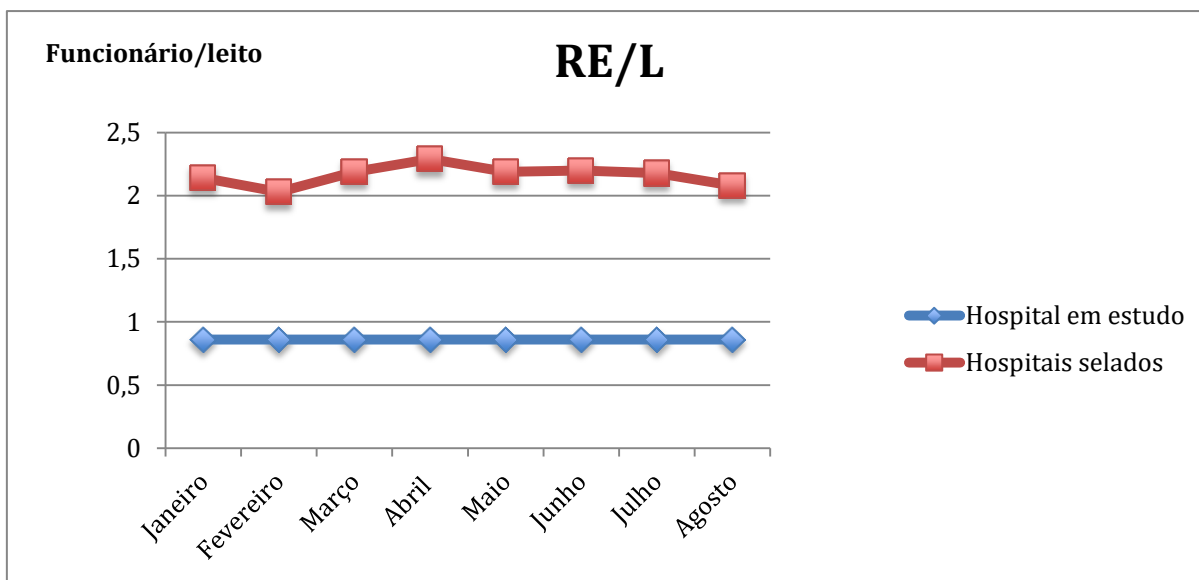
Nos hospitais selados, o mês com maior taxa de infecção foi o mês de fevereiro, 2,5%, e o de menor taxa foi o de julho, 1,52%, com pouquíssima diferença entre eles, o que pode retratar um padrão nos hospitais selados. Ao compararmos com o gráfico do hospital em estudo, novamente concluímos que o hospital precisa de medidas que possam diminuir o número de infecções adquiridas durante a internação, como uma melhor higienização do ambiente.

As infecções podem se manifestar durante as internações, mas também ocorrem após a alta, desde que relacionados, ou com os procedimentos realizados durante a internação. É importante lembrar que fatores individuais como de idades extremas, obesidade, desnutrição, uso de medicamentos ou uso excessivo de antibióticos, favorecem a quebra de proteção do organismo, aumentando assim a chance de infecção, por isso é importante que a CCIH controle todos esse fatores para a melhor qualidade de internação no hospital.

4.2.5 Relação Enfermagem/Leito (RE/L)

O gráfico 9 indica quantos funcionários que atuam no setor da saúde há para cada leito do hospital no Hospital FAT-URCAMP e nos hospitais com o selo CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 9: Relação Enfermagem/Leito



Fonte: elaborado pela autora (2014)

Observa-se que a relação de pessoas que atuam na área da enfermagem para cada leito existente no hospital em estudo não se altera durante o período em que foi realizada a pesquisa, significando que não houve alterações na quantidade de funcionários de enfermagem ou nos leitos do hospital ou, ainda, a reposição de um funcionário demitido ocorreu muito rapidamente.

Outro detalhe é que a relação é de 0,85, ou seja, para cada leito existente, o número de funcionários é inferior a um. Vale ressaltar que a equipe é composta por 14 enfermeiros e 65 técnicos de enfermagem, em um total de 79 profissionais que atuam na área de enfermagem.

Nos hospitais selados podemos observar que há uma diferença, mesmo que pequena entre os meses. Significa que de janeiro a agosto houve mudanças no número das pessoas de enfermagem, ou mudança no número de leitos. Isso pode ter se dado devido a vários motivos, como: demissão de funcionários que atuam na enfermagem, afastamentos ou licenças de funcionários que atuam na enfermagem, leitos estragados, novos leitos comprados, admissão de novos funcionários, e assim por diante.

Podemos observar que, ao se fazer uma média para o período apresentado teríamos o valor de 1,92 funcionários que atuam no setor de enfermagem para cada leito dos hospitais selados, sendo este consideravelmente maior que o valor do hospital em estudo que é 0,85.

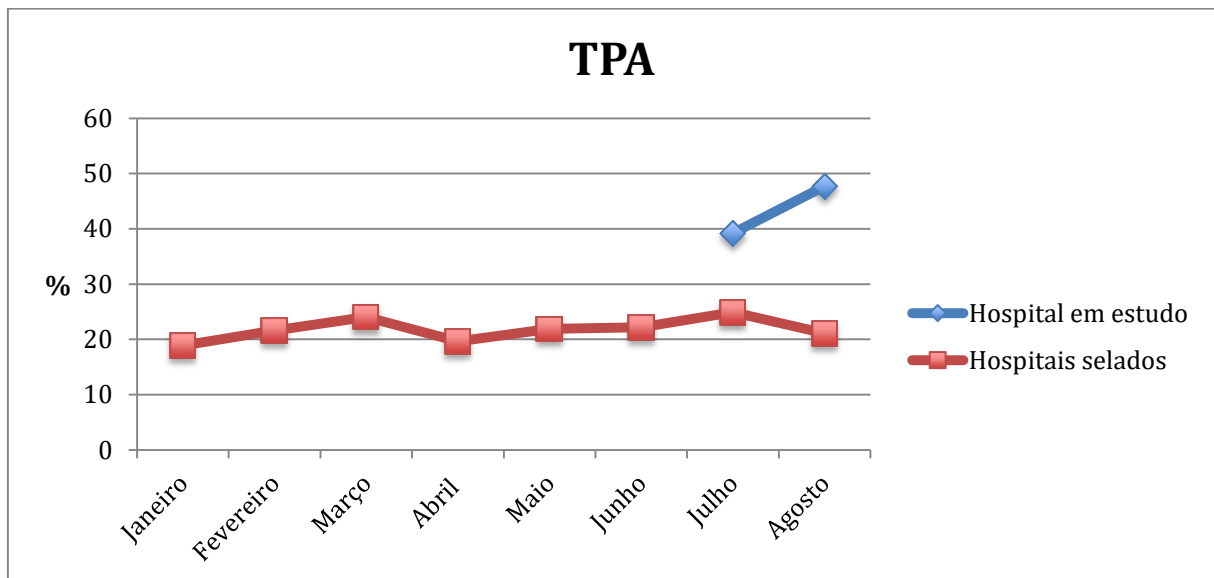
Concluimos que em relação a esta taxa o Hospital FAT-URCAMP tem poucos funcionários da enfermagem para a capacidade que comporta, devendo esta ser uma importante observação e ser levado em consideração junto à Administração do hospital, pois com um número insuficiente de funcionários, caso o hospital venha a comportar sua

capacidade máxima em um período, não terá funcionário suficiente para realizar o atendimento adequado ao paciente.

4.2.6 Taxa de Preenchimento das Avaliações por usuários (TPA)

O gráfico 10 indica quantos pacientes preencheram a avaliação de satisfação no Hospital FAT-URCAMP e nos hospitais com o selo CQH do mês de julho e do mês de agosto de 2013.

Gráfico 10: Taxa de Preenchimento das Avaliações



Fonte: elaborado pela autora (2014)

A existência das avaliações nas instituições mostra a preocupação das mesmas na satisfação do usuário e, conseqüentemente, na melhora contínua da prestação de seus serviços por isso a importância cada vez maior, enquanto critério para avaliação da qualidade, a taxa de preenchimento dessas avaliações. Essas pesquisas buscam detectar falhas ou insuficiências através do usuário, pois apesar do paciente não ser um profissional no assunto, ele é o envolvido e tem o principal papel. Também ajudam o hospital na análise de seu desempenho, por isso a importância de se ter um alto percentual de preenchimento pelos pacientes. São nessas avaliações que o paciente pode ter voz, dizendo o que o satisfaz e ainda o que pode ser melhorado dentro da organização, com idéias, críticas ou elogios.

A taxa de preenchimento das avaliações no hospital em estudo só pôde ser medida nos dois últimos meses da pesquisa, pois antes disso o hospital não tinha um controle sobre as

mesmas. As avaliações já existiam, porém nenhum funcionário tinha em suas atividades a obrigação de fazer o balanço dos preenchimentos.

Observa-se no gráfico que o percentual de pessoas que preenchem as avaliações no hospital em estudo é inferior a 50% dos pacientes em qualquer um dos dois meses estudados, pode ser levado em conta para este resultado o fato de que a importância das pesquisas de satisfação ainda é uma informação nova para os funcionários, e a rotina de preenchimento destas também.

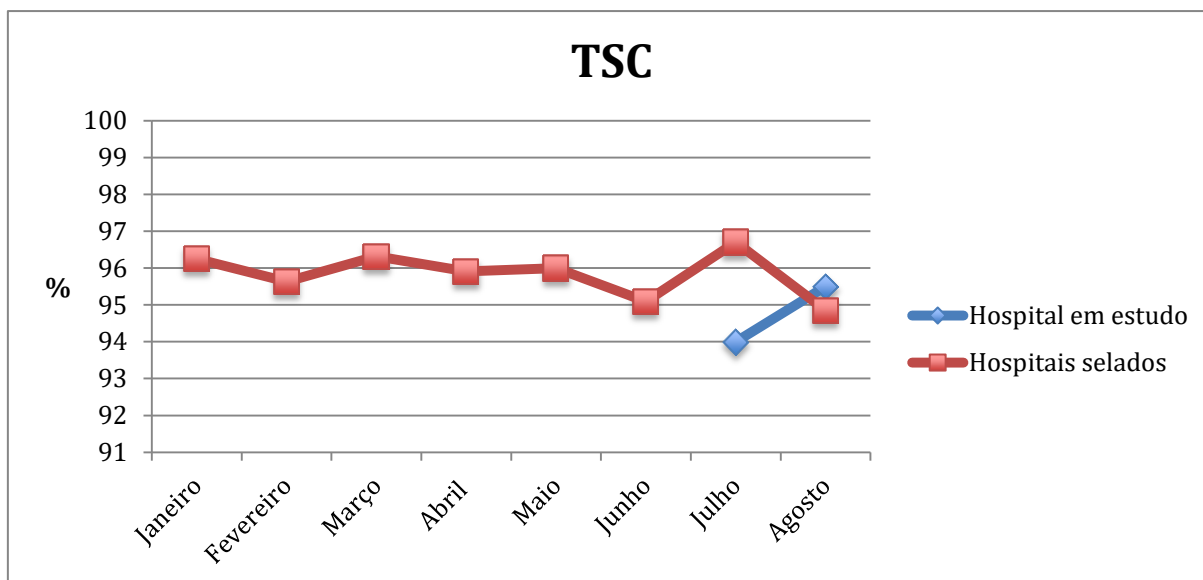
As taxas de preenchimento nos hospitais selados ainda não atingem um nível satisfatório, sendo de no máximo 25%. Comparando com as taxas do hospital em estudo, observamos que nesse ponto o Hospital FAT-URCAMP apresenta uma taxa maior de preenchimento do que os hospitais selados, demonstrando preocupação com a satisfação de seus pacientes, sabendo a importância e as vantagens que isso gera pro hospital.

De acordo com Rotta (2004), algumas instituições já utilizam a pesquisa de satisfação não só para pacientes, mas também para funcionários e até fornecedores, sendo este um indicador valioso para a gestão, podendo analisar o ambiente interno da organização.

4.2.7 Taxa de Satisfação dos Clientes Internados (TSC)

O gráfico 11 indica quantos pacientes preencheram a avaliação de satisfação no Hospital FAT-URCAMP e dos hospitais com o selo CQH do mês de janeiro a agosto de 2013.

Gráfico 11: Taxa de Satisfação dos Clientes



Fonte: elaborado pela autora (2014)

Analogamente ao item anterior, a taxa de satisfação dos clientes no hospital em estudo só pôde ser medida nos dois últimos meses da pesquisa, pois antes disso o hospital não tinha um controle sobre as mesmas.

Este indicador é de suma importância pois apresenta a informação mais relevante que o usuário pode oferecer ao hospital, o seu contentamento, ou não, com os serviços oferecidos.

Observa-se no gráfico que o resultado em geral no hospital universitário é satisfatório para os usuários do mesmo, chegando a 95% de satisfação no mês de agosto.

Nos hospitais selados é satisfatório para os usuários o nível de assistência prestada pelos mesmos, sendo o mês com o menor percentual o de junho com 95% de satisfação. Estas pesquisas levam em conta o atendimento dos funcionários da recepção, do setor de enfermagem, dos médicos, além da higienização, do conforto, do estado físico do hospital, além de outros fatores, e também dão espaço para sugestões de melhoras ou elogios em determinadas áreas ou até para determinadas pessoas que se destacaram no atendimento prestado (CQH, 2014)

4.3 Melhorias propostas

De um modo geral, foi verificado com base nos indicadores aplicados, que o hospital sofre uma precariedade de ferramentas de gestão capazes de apresentar ao gestor a real

situação do hospital e alternativas que podem ajudar na melhoria da eficiência e qualidade hospitalar.

São nítidos os melhores resultados nos hospitais selados com o CQH, comprovando a importância da adoção de práticas de melhoria de qualidade para uma melhor e mais segura administração. Portanto, através dessa pesquisa e do *benchmarking* feito, foram buscadas propostas que visam melhorar a gestão e a eficiência hospitalar, através de estudos e acompanhamento da rotina e dos processos dentro do ambiente hospitalar, para ter claramente o que é possível ou não de ser implementado dentro do hospital em estudo.

Todas as melhorias propostas feitas ao hospital são de baixo custo-benefício e de fácil aplicação, não alterando a estrutura física nem organizacional e, apresentam a possibilidade de resultados com significativas melhoras nos indicadores.

Dentre as melhorias propostas, estão:

- Diminuir média de permanência;
- Diminuir taxa de infecção hospitalar;
- Aumentar o número do pessoal de enfermagem;
- Aumentar taxa de preenchimento das avaliações;
- Medir a satisfação dos funcionários;
- Gestão a vista.

4.3.1 Diminuir a média de permanência

A média de permanência tem consequências financeiras significativas na receita e no custo hospitalar, por isso é considerado como um dos indicadores de qualidade mais importantes. De acordo com Filho (2003) isto acontece pois existe uma tabela que indica quantos dias são autorizados para o paciente permanecer no hospital e ser ressarcido pelo SUS, cada dia de internação a mais do que o autorizado pela tabela gera o custo do paciente-dia, que é o valor correspondente a todos os gastos com o paciente em um dia de internação, que não será recuperado pois no caso de uma maior permanência não haverá pagamento integral pelo sistema. Então, quando a média de permanência é alta, significa dizer que o giro do paciente no leito é baixo e situações assim podem gerar um grande prejuízo para o hospital, do ponto de vista financeiro.

Podemos considerar que os fatores que geram essa longa permanência são variados, e é necessária uma ação envolvendo todos os setores do hospital, a fim de aumentar os critérios

de eficiência, eficácia e efetividade. Carvalho (1999, p.157) *apud* FILHO (2003) aponta alguns fatores, que contribuem para o aumento da média de permanência nos hospitais, entre os que se encaixam no hospital em estudo estão:

a) O hospital não dispõe de um corpo clínico com profissionais suficientes para atender à demanda fazendo-se necessário, às vezes, aguardar a vinda de um profissional de fora para começar ou continuar um tratamento;

b) O corpo clínico não está constantemente a par da evolução das técnicas médicas e cirúrgicas;

c) A morosidade nos serviços complementares de diagnósticos e terapêutica;

d) A administração inadequada dos recursos hospitalares, como falta de material hospitalar de qualidade;

e) Infecção hospitalar.

O levantamento realizado no hospital em estudo também identificou alguns fatores que não são mencionados pelo autor:

— Falta de visita médica ao paciente internado de forma sistemática e diária;

— Tempo prolongado entre a internação e o ato cirúrgico, por falta na programação ambulatorial dos procedimentos cirúrgicos;

— Falta de um protocolo para programação da alta;

— Internação de pacientes com doenças crônicas, que poderiam ser tratadas a domicílio;

— Ausência de um sistema de auditoria, para avaliação contínua do tempo de internação;

Além disso, o modo como a média hospitalar é realizada sendo somente apresentada ao gestor no final do mês, não permitindo saber quais os pacientes que passaram mais tempo do que o autorizado, ou até mesmo quanto tempo a mais cada paciente permaneceu, não permitindo aos gestores conhecer quais fatores estão contribuindo para o aumento deste indicador (FILHO, 2003).

Então, afim de que o hospital possa controlar e diminuir a média de permanência de cada paciente, é proposta a implantação de uma comissão de auditoria interna, feita de acordo com a metodologia apresentada por Filho (2003), desenvolvendo a rotina de trabalho de acordo com o Quadro 4.

Quadro 4: Rotina de trabalho a ser desenvolvida para iniciar a implantação do acompanhamento.

| | |
|-----------|--|
| 1º Passo | Codificar, através do CID (Código Internacional de Doenças) todos os prontuários dos pacientes do hospital; |
| 2º Passo | Listar os pacientes que já estão com a média de permanência ultrapassada; |
| 3º Passo | Fazer reunião com a equipe para discutir cada caso, para que sejam identificados os motivos exatos que estão fazendo com que cada paciente na lista esteja com a permanência ultrapassada e preparar um relatório com sugestões para serem discutidas; |
| 4º Passo | Reunir-se com o Conselho-Diretor para pô-lo a par da real situação e aprovar as sugestões para a minimização dos problemas; |
| 5º Passo | Planejar as mudanças a serem implementadas juntamente com todas as chefias envolvidas; |
| 6º Passo | Codificar os prontuários dos pacientes admitidos após o 1º dia de codificação geral da unidade. Repetir a visita na unidade diariamente nos próximos 15 dias; |
| 7º Passo | Acompanhar diariamente a implementação das mudanças planejadas no passo 5; |
| 8º Passo | Sugerir correção de rumos nas ações implementadas – caso necessário; |
| 9º Passo | Analisar o reflexo das mudanças na diminuição da permanência dos pacientes; |
| 10º Passo | Analisar a repercussão financeira na receita e no custo do hospital. |

Fonte: Adaptado de Filho (2003)

De acordo com o autor, o hospital terá que implantar um relatório que será o suporte do controle que a comissão de auditoria vai realizar, como o apresentado no anexo A deste trabalho, fornecendo todas as informações necessárias ao controle da média de permanência, dando a comissão de auditoria todos os elementos suficientes para discussão de cada caso. O acompanhamento do tempo de permanência do paciente será feito durante a internação, com o paciente ainda no leito, por meio de visitas diárias da equipe e os resultados serão colocados no relatório.

Esta comissão deve ter como coordenador um médico responsável ou por outro membro da Diretoria que tenha boa relação com o corpo clínico e de enfermagem do hospital, facilitando o trabalho. E uma informação de muita importância é que a princípio, o hospital deve patrocinar um curso de auditoria, objetivando o melhor preparo dos funcionários para esta nova atividade (FILHO, 2003).

A diminuição da média de permanência dos pacientes influencia na redução dos custos, pois quanto menos tempo o paciente permanecer internado, menos usará a estrutura hospitalar, conseqüentemente consumirá menos medicamentos, alimentação, serviços, etc. A redução da média de permanência do hospital é de grande ajuda para o paciente porque possibilita uma maior segurança, tendo o paciente a certeza que não permanecerá

desnecessariamente no hospital, sujeitando-se a outros riscos como o de infecção hospitalar, e é importante também para a comunidade pois haverá mais leitos disponíveis.

4.3.2 Diminuir a taxa de infecção hospitalar

Através de um acompanhamento junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), foi constatado que a transmissão dos micro-organismos que aparecem com maior frequência, capazes de produzirem doenças ocorrem na maioria das vezes por contato direto - transmitido de uma pessoa a outra por meio de contato direto com as mãos - ou através do contato indireto - objetos e superfícies contaminadas.

Foi sugerido então ao hospital, para a diminuição de infecções através do contato direto:

- Ser instalado no hospital, suportes de parede para álcool gel, e colocar uma norma orientando (se preciso for, obrigando) a todos os acompanhantes e visitantes para, antes de entrar no ambiente das alas hospitalares para visitar ou acompanhar o paciente, higienizar as mãos com o álcool gel:

- Logo na entrada, antes do suporte com o produto, ser colocadas placas avisando as pessoas dessa norma hospitalar;

- Ser colocado um suporte com o produto em cada posto de enfermagem e ter uma norma para todos os funcionários que tiverem contato com o paciente, higienizar antes as mãos com este produto.

A autora realizou pesquisa de mercado com os dois produtos, e tem os seguintes resultados: o suporte de parede para o álcool em gel varia entre R\$25 e R\$45,00 cada, e o álcool em gel com 1 Litro de produto, entre R\$7,50 e R\$ 12,00.

A melhoria proposta é de simples e rápida aplicação, e baixo custo, podendo evitar consideravelmente a taxa de infecção no hospital, além de alertar as pessoas sobre este tipo de infecção.

Para a diminuição da infecção através do contato indireto, é sugerido ao hospital que a CCIH fizesse uma capacitação e treinamento com o pessoal responsável pela higienização, ensinando-os o principal foco onde o micro-organismo podem estar, e como deve ser higienizado para que diminuam as doenças transmitidas ao paciente. Esta capacitação pode ser feita com a CCIH acompanhando a rotina dos funcionários do setor de higienização, ou reunindo-os o tempo necessário e ensinando-os através de aulas didáticas de fácil absorção.

A melhoria proposta pode ser resumida por esse plano de ação baseado na ferramenta 5W1H:

Quadro 4: Plano de ação 5W1H para diminuir taxa de infecção hospitalar

| What? (Oquê) | Where? (Onde) | When? (Quando) | Why? (Porque) | How? (Quem) | Who? (como) |
|--|---------------------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|
| Álcool Gel | Corredor das alas hospitalares. | Abril, 2014 | Diminuir a Infecção hospitalar | Administração do Hospital | Instalação de suportes de paredes para álcool gel |
| Orientar os acompanhantes e visitantes, para antes de entrar no ambiente hospitalar, higienizar as mãos com álcool gel | Hall de entrada | Abril, 2014 | Diminuir infecção hospitalar | Administração do hospital | Elaboração e divulgação de uma norma orientadora |
| Estabelecer para todos os funcionários que tiverem contato com o paciente, higienizar as mãos com álcool gel | Cada posto de enfermagem | Abril, 2014 | Diminuir infecção hospitalar | Administração do hospital | Instalação de suportes de parede para álcool gel, e uma norma regulamentando esta ação |

Fonte: Elaborada pela autora (2014).

4.3.3 Aumentar o número de funcionários de enfermagem

Como vimos anteriormente, o número de funcionários que atuam no setor de enfermagem é inferior a um funcionário por leito, por isso a necessidade de estabelecer alguma ação para esta situação.

O intuito é aumentar o número de funcionários que atuam neste setor durante os meses em que o hospital tenha uma maior taxa de ocupação hospitalar, como foi apresentado anteriormente, no mês de maio o hospital chegou a ocupar quase 100% de sua capacidade total, o que provavelmente ocasionou um difícil atendimento no setor de enfermagem, complicando a situação tanto para o paciente que demorava a ser atendido, quanto para o enfermeiro que trabalhava de modo fadigado devido a pressão de alta quantidade de serviço.

A melhoria proposta é que o hospital, através do indicador da taxa de ocupação hospitalar, análise quais meses no ano há uma maior ocupação do hospital, e para esses meses, contrate funcionários temporários no setor de enfermagem. Esta proposta não afeta a renda fixa do hospital, que é uma preocupação constante para a administração, mas para ser implantada é necessário um eficiente controle da taxa de ocupação.

A melhoria proposta pode ser resumida por esse plano de ação baseado na ferramenta 5W1H:

Quadro 5: Plano de ação 5W1H para aumentar o número de funcionário de enfermagem

| What? (Oquê) | Where? (Onde) | When? (Quando) | Why? (Porque) | How? (Quem) | Who? (como) |
|---|--------------------------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Contratar funcionários do setor de enfermagem temporariamente | Hospital | Meses de maior ocupação hospitalar | Suprir a necessidade do hospital | Administração do Hospital | Contratos |

Fonte: Elaborada pela autora (2014)

4.3.4 Aumentar taxa de preenchimento das avaliações

No hospital em estudo, o processo de preenchimento das avaliações é feito da seguinte forma: o paciente é internado no hospital, e quando está acomodado no quarto, é entregue a pesquisa ao próprio paciente, se em condições de respondê-la; ou ao acompanhante, se o paciente não estiver em condições de responder. É dito ao paciente e ao acompanhante que a pesquisa tem que ser respondida. Quando o paciente recebe alta, os que responderam a pesquisa, a entregam para o gerente de internação, que o repassa a funcionária responsável pelo indicador de satisfação dos usuários.

Foi constatado que não há nenhuma explicação ao paciente no momento da entrega das avaliações sobre a importância do preenchimento das mesmas para o hospital e para o próprio paciente, e, também, ao receber a alta, o hospital não requisita a pesquisa ao paciente, apenas recebendo-a se este tiver preenchido e lembrar-se de entregar.

As propostas para o aumento do número de avaliações preenchidas são simples, mas de muita significância:

- Na hora da entrega da avaliação ao paciente/acompanhante, o funcionário responsável deve orientá-lo sobre a importância do preenchimento, tanto para o hospital quanto para o paciente, lembrando-o de colocar sugestões ou críticas que acharem necessárias, pois assim o hospital vai ter uma direção sobre o que melhorar ou até sugestões sobre como melhorar;
- Colocar em cada quarto placas incentivando o preenchimento das avaliações, com dizeres do tipo: "Você pode ajudar o nosso hospital a melhorar. Não se esqueça de responder a nossa AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO! O hospital conta com a

ajuda de vocês para melhor atendê-los", para lembrar aos usuários sobre a pesquisa;

- Ao receber a alta, requisitar ao usuário a pesquisa de satisfação preenchida, e caso não tenham preenchido, pedir para se for possível fazê-lo naquele momento.

A melhoria proposta pode ser resumida por esse plano de ação baseado na ferramenta 5W1H:

Quadro 6: Plano de ação 5W1H para aumentar taxa de preenchimento das avaliações

| What? (Oquê) | Where? (Onde) | When? (Quando) | Why? (Porque) | How? (Quem) | Who? (como) |
|---|--------------------------|-------------------------------------|--|---------------------------|--|
| Aumentar o preenchimento das avaliações | Quartos | Na entrega da avaliação | Para o hospital ter uma direção sobre o que melhorar | Funcionários responsável | Orientar o paciente sobre a importância da avaliação |
| Incentivar o preenchimento das avaliações | Quartos | A partir de A partir de Abril, 2014 | Lembrar aos usuários a existência da pesquisa | Administração do Hospital | Colocar placas com dizeres |
| Aumentar o preenchimento das avaliações | Quartos | Ao receber alta | Melhor avaliação do indicador | Funcionário responsável | Solicitar, para que se não tiver sido preenchida a pesquisa, fazê-lo naquele momento |

Fonte: Elaborada pela autora (2014)

4.3.5 Pesquisa de satisfação para os funcionários

Uma das propostas de melhoria está vinculada a satisfação do profissional que trabalha no hospital, pois como comprovado em pesquisas, quanto maior o bem estar do funcionário, melhor a qualidade do atendimento que o mesmo irá oferecer. Descobrir se seus funcionários estão satisfeitos e empenhados em trabalhar para a sua empresa é um requisito fundamental para melhorar a produtividade. Esta pesquisa de satisfação seria elaborada com as seguintes características:

- Sem identificação, pois assim o funcionário sentiria mais liberdade de expor sua opinião;
- Com perguntas sobre conforto e segurança no ambiente;
- Com perguntas sobre motivação e bem estar;
- Com espaço para sugestões;
- E com espaço para críticas ou elogios.

Essa pesquisa seria aplicada inicialmente a cada 6 meses, até a adaptação dos funcionários, e posteriormente a cada 3 meses.

No apêndice A, um modelo feito pela autora para as avaliações.

A melhoria proposta pode ser resumida por esse plano de ação baseado na ferramenta 5W1H:

Quadro 7: Plano de ação 5W1H para pesquisa de satisfação dos funcionários

| What? (Oquê) | Where? (Onde) | When? (Quando) | Why? (Porque) | How? (Quem) | Who? (como) |
|-----------------------------------|------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------|--|
| Medir satisfação dos funcionários | Todos os setores do hospital | A partir de Abril de 2014. Inicialmente a cada 6 meses, e depois a cada 3 meses. | Suprir a necessidade do hospital | Administração do Hospital | Aplicação de uma pesquisa de satisfação para o funcionário |

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

4.3.6 Gestão a vista

O primeiro passo para a implantação desse sistema é entender o que é a gestão à vista. A gestão à vista tem como objetivo disponibilizar as informações necessárias de uma forma simples e de fácil assimilação, tornando possível a divulgação de informações para um maior número de pessoas simultaneamente, pois estão expostas a todos, permitindo melhor comunicação e conseqüentemente mais integração, ajudando a estabelecer a prática de compartilhamento do conhecimento como parte da cultura organizacional.

É proposto que sejam colocados quadros dentro do hospital, espalhados de acordo com cada setor, contendo gráficos sobre os indicadores do mesmo, por exemplo: nos dos postos de enfermagem, os gráficos da taxa de infecção hospitalar; no setor de internação, os gráficos da taxa de preenchimento das avaliações; no setor administrativo, os gráficos da média de permanência entre outros. Lembrando que a cada mês, o conteúdo nos quadros deve ser atualizado.

A finalidade de termos as informações a vista de todos é principalmente, buscar o envolvimento e participação, pois por meio dela os problemas são expostos, e quando tomamos consciência de um problema já estamos no caminho para a sua solução.

A melhoria proposta pode ser resumida por esse plano de ação baseado na ferramenta 5W1H:

Quadro 8: Plano de ação 5W1H para gestão a vista

| What? (Oquê) | Where? (Onde) | When? (Quando) | Why? (Porque) | How? (Quem) | Who? (como) |
|--|--------------------------|--|---|---------------------------|---|
| Aplicação da ferramenta gestão a vista | Setores do hospital | A partir de Abril de 2014. Atualizando mensalmente | Buscar o envolvimento e participação de todos os funcionários | Administração do Hospital | Colocar quadros em cada setor do hospital contendo os indicadores relacionados ao mesmo |

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

É importante lembrar, que toda e qualquer melhoria proposta neste trabalho, só será possível se houver uma conscientização de todos os funcionários do hospital quanto a importância dos indicadores e da melhoria na qualidade hospitalar, fazendo com que todos colaborem para alcançar melhores resultados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um hospital é uma organização que presta serviços especializados e que apresenta funções diferenciadas, caracterizando-se, portanto, como uma organização bastante complexa, e em vista disso, a realização deste trabalho, abordando a temática da qualidade hospitalar relacionada à indicadores de desempenho foi um desafio, visto a importância e complexidade deste tema.

Atualmente, as organizações estão em meio a um cenário empresarial mais competitivo, o que gera a necessidade dos gestores de utilizarem instrumentos gerenciais que sejam adequados para a administração. Neste panorama os hospitais precisam de uma gestão eficiente para conseguir se manter em atividade, mas no entanto, essas instituições têm enfrentado diversos problemas relacionados à gestão, apresentando desperdícios de tempo e materiais. Isso acontece por que geralmente os gestores não utilizam ferramentas adequadas para controlar custos, mensurar resultados e fazer planejamento.

Com base no exposto acima, o objetivo geral deste trabalho foi analisar a gestão hospitalar com a adoção de indicadores de qualidade de um programa chamado Compromisso com a Qualidade Hospitalar, para tanto buscamos priorizar os indicadores de maior importância para o hospital em estudo, e, após concluídos os resultados, utilizamos a ferramenta *benchmarking* para a análise da situação hospitalar comparando à situações de hospitais com o selo do programa mencionado anteriormente.

Após concluídas as análises, houve um acompanhamento nos processos dentro do hospital para a busca de quais atitudes tomar para que esses resultados sejam melhorados. Foram propostas melhorias de simples aplicação e baixo custo, visto que o hospital não poderia assumir uma mudança extrema, como uma mudança na estrutura física, e nem em sua estrutura financeira.

É importante lembrar que para surtir o efeito desejado, é necessário um acompanhamento e controle desses indicadores mensalmente, e não só uma única vez como feita nesta pesquisa. Por isso foi instruído ao hospital o acompanhamento, a partir de agora, dos indicadores apresentados, e o *benchmarking* dos mesmos, mensalmente, adotando essa ferramenta como uma importante aliada em sua gestão.

Os gestores de hospitais devem ter a consciência de que estão lidando com a vida do ser humano, e por isso devem buscar a melhoria da qualidade continuamente, assim como a satisfação dos mesmos, melhorando processos, atendimento e estrutura. Os hospitais públicos, como é o exemplo do hospital em estudo, devem, se possível adotar práticas utilizadas nos

hospitais privados, pois com o controle de custos é possível estabelecer metas e fazer investimentos, adotando técnicas, equipamentos e treinamento adequado, para que o paciente seja tratado com a qualidade, rapidez e eficiência que merece, fazendo com que a ida ao hospital não se torne mais dolorosa do que já é fadada a ser.

As organizações hospitalares diferem das demais porque lidam com o bem mais precioso das pessoas que é a vida. Assim existe um forte conteúdo emocional influenciando as decisões que são tomadas nesse ambiente, porém isso não deve impedir que boas práticas administrativas sejam aplicadas, pois segundo Adriano Londres, Presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e casas de Saúde do Rio de Janeiro “*Todos precisam conscientizar-se de que a saúde não tem preço, mas a medicina tem custos*”. Esses custos mencionados são muito altos e necessitam ser administrados corretamente para não gerar o prejuízo financeiro do hospital.

Na área hospitalar, entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação, pois desse modo há a certeza que realmente as necessidades da população serão atendidas, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência.

5.1 Sugestões para pesquisas futuras

Após a realização deste estudo, fica a certeza que na área hospitalar existem muitas oportunidades de pesquisa e atuação na área da engenharia. Entre algumas sugestões vinculadas ao assunto tratado neste trabalho, estão:

- Pesquisa envolvendo outros indicadores do programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar;
- Pesquisa envolvendo outros programas de qualidade hospitalares.

É importante saber, que este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto devendo ser realizadas novas abordagens dos indicadores hospitalares, levando em consideração as diversas áreas de um hospital.

6 REFERÊNCIAS

ALBANO, Mauro. **Dívida “estrangula” hospitais universitários federais.** *FolhaOnline*, 08 dez. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/educacao/ult305u11911.shtml>>. Acesso: julho 2013.

ARAUJO, Ana Luiza Mendonça. **Indicadores de Qualidade e Produtividade como Instrumento de Apoio à Decisão no Processo de Expedição de Veículos.** Belo Horizonte, Vo17, N° 2, Nov. 1997.

BARBARÁ, Saulo. **Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira; LEHFELD, Neide Aparecida de Souza. **Fundamentos de metodologia científica.** 3ª ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BARROS, Elsimar. **Mudanças de Práticas de Gestão em Instituições de Saúde com a adoção do Modelo do CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar / Elsimar Barros – Santos: 2008.**

BEZERRA, Paulo Ricardo Cosme. **A estatística na organização hospitalar.** Natal: 2002

BOTELHO, Ernani Mendes. **Custeio baseado em atividades – abc: uma aplicação em uma organização hospitalar universitária -** São Paulo: 2006 - título de Doutor em Administração.

BRASIL, Pearson Education. **Gestão da qualidade.** São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2011.

CAMPOS, Francisco Eduardo; ALBUQUERQUE, Eduardo da Motta. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. Negociação coletiva do trabalho em saúde.** Brasília: 1998.

CARPINETTI, Luiz Cesar R.. **Gestão da qualidade: conceitos e técnicas.** São Paulo: Atlas: 2010.

CBA - **Consórcio Brasileiro de Acreditação.** Disponível em <<http://www.cbacred.org.br>> Acesso: agosto de 2013.

CELESTINO, Paulo. **Nó de Normas.** Notícias Hospitalares. Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n. 39, 2002. <<http://www.noticiashospitalares.com.br/out2002/pgs/capa.htm> > Acesso em:

julho de 2013.

CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução à teoria geral da administração**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CQH - **Compromisso com a Qualidade Hospitalar**. Disponível em <www.cqh.org.br> Acesso: agosto de 2013.

CQH - **Compromisso com a Qualidade Hospitalar - 3o Caderno de Indicadores CQH-2009** / Programa CQH - São Paulo: APM/CREMESP, 2009.

EDITORA ABRIL - Disponível em <<http://mundoestranho.abril.com.br/materia/quando-surgiram-os-hospitais>> Acesso: agosto de 2013.

FILHO, Juacy C. ; Alternativa de redução de custos hospitalares através da redução da média de permanência em um hospital público de urgência e emergência na área do trauma. Ceará: 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUERRA, Mariana. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. Tese (mestrado) Centro de Pós- Graduação e Pesquisas em Contabilidade e Controladoria (CEPCON). Belo Horizonte: 2011.

IBGE - Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso: julho de 2013.

LA FORGIA, Gerardi M.; COUTTOLENC, Bernard F.. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LEMOS, Vanda Márcia Ferri; ROCHA, Marcius Hollanda Pereira. **Gestão das organizações hospitalares e suas complexidades**. Vii congresso nacional de excelência em gestão - 12 e 13 de agosto de 2011.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia Científica**. 5ªed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARINHO, Alexandre. **Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência** - Rio de Janeiro, outubro de 2001

MARTINS, Márcio Avelino. **Sistema de Gestão de Indicadores do Desempenho: A Experiência da Secretaria de Gestão.** 2002

MAZO, Evandro Minuce. **Benchstar:** metodologia de benchmarking para análise da gestão da produção nas micro e pequenas empresas. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

MIGUEL, Paulo Augusto Cauchick. **Qualidade:** enfoque e ferramentas. São Paulo: Artliber Editora, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Saúde; Divisão de organização hospitalar - *História e Evolução dos hospitais* - Rio de Janeiro, 1944. Reedição de 1965.

MORAES, Margarete F..“*Algumas Considerações sobre a História dos Hospitais Privados no Rio de Janeiro: o caso Clínica São Vicente*”. CASA DE OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

ONA - **Organização Nacional de Acreditação** - Disponível em <<https://www.ona.org.br>> Acesso em: agosto de 2013.

PALADINI, Edson Pacheco. **Avaliação Estratégica da Qualidade.** 1. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

PONTES, Andre Teixeira; SILVA, Ronaldo Ferreira; ALLEVATO, Rita de Cássia; PINTO, Marco Aurélio Cabral. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura.**Xxviii encontro nacional de engenharia de produção. Rio de Janeiro: 2008.

REVERE, Lee; BLACK, Ken.**Integrating six sigma with total quality management:** a case example for measuring medication errors. Journal of Healthcare Management, Chicago, v. 48, nº 6, 2003.

ROTTA, Carmen Silva Gabriel.**Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial.** Tese apresentada ao Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Doutor.São Paulo: 2004.

SALLES, Carlos. **Gestão Hospitalar em Debate: Seminário discute soluções em parcerias com fornecedores.** INFORME SINDH-RIO. Publicação Bimestral nº 24. Julho-Agosto, 2006. Disponível em <<http://www.anahp.com.br> > Acesso em 13 de abril de 2013.

SILVA, Ubaldina Souza.**Indicadores de qualidade e produtividade: um estudo nos**

hospitais de santa maria/rs. Área de concentração: Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde como requisito para obtenção do título de mestre em Administração. São Paulo: 1998.

SOAREZ, Patrícia Coelho; PADOVAN, Jorge Luis. **Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção.** 2005.

SOUZA, Antonio Artur; LARA, Cynthia de Oliveira; NEVES, Ana Paula Tavares; MOREIRA, Douglas Rafael. **Indicadores de desempenho para hospitais: análise a partir dos dados divulgados para o público em geral - 2008.**

VASSALO, Cláudia. **Socorro! Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos.** Revista Exame. São Paulo. <<http://exame.abril.com.br/revista-exame/edicoes/0635/noticias/socorro-m0051929>>. Acesso em: 10 de abril de 2013.

WARD, James A. **Measurement management: what you measure is what you get.** - Information Systems Management, v. 5, Winter 1996.

ZAGO, Camila Avozani; SILVA, Vanina Macowski; COELHO, Leandro Callegari; FOLLMANN, Neimar; RODRIGUEZ; Carlos Manuel. **Benchmarking: uma perspectiva de avaliação de desempenho logístico.** SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia.

APÊNDICE A - Formulário de pesquisa**AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS**

Esta avaliação tem por objetivo conhecer a opinião do funcionário quanto a forma de trabalho oferecida pela instituição. Por favor, dedique alguns minutos para responder essa pesquisa, é de muita importância que todos a preencham de forma verdadeira, e para facilitar essa atitude, não há a necessidade de identificação, pois somente será usada para ajudar-nos a melhorar. Cada um que aqui trabalha é essencial para nossa instituição, portanto pedimos a colaboração para que possamos melhorar o bem estar de vocês.

P1. Em geral, qual o seu grau de satisfação com o Hospital Universitário FAT-URCAMP em comparação com outros locais onde você já trabalhou antes?

- Muito satisfeito
- Satisfeito
- Não faz diferença
- Pouco satisfeito
- Nada satisfeito

P2. Com que frequência você pode tomar decisões independentes no seu trabalho?

- Com muita frequência
- Com frequência
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

P3. Há oportunidades de criatividade e inovação disponíveis?

- Sim
- Pouco disponíveis
- Não

P4. Você tem material de trabalho suficiente?

- Não, preciso de mais.
- Sim

P5. Seu trabalho é estressante?

- Muito estressante
- Estressante
- Pouco estressante
- Nada estressante

P6. Os seus colegas de trabalho são amistosos?

- Muito
- Um pouco
- Muito pouco
- Nem um pouco

P7. O seu ambiente de trabalho contribui para o seu desempenho?

- Muito
- Um pouco
- Muito pouco
- Nem um pouco

P8. O seu gerente ou supervisor dá apoio ao seu trabalho?

- Muito
- Um pouco
- Muito pouco
- Nem um pouco

P9. Sua carga de trabalho é equilibrada?

- Muito
- Um pouco
- Muito pouco
- Nem um pouco

P10. Você tem alguma sugestão sobre como melhorar a relação da empresa com o funcionário?

ANEXO A- Controle diário da permanência em tempo real

| CLÍNICA: 011 CLIN. TRAUMAT. UNIDADE 21 | | | | | | | | | | | |
|--|----------|-----------|-------|-------|-------------|-------|------------|-------|---------|-----------|------------|
| C - 1 | C - 2 | C - 3 | C - 4 | C - 5 | C - 6 | C - 7 | C - 8 | C - 9 | C - 10 | C - 11 | C - 12 |
| Leito | Paciente | Atend. | Sexo | Idade | Código | Dias | Data | Dias | Observ. | N. Pront. | Data |
| 1.102.101 | Fulano | 012546/02 | F | 16 | 00.000.00-0 | 20 | 09/10/2002 | 16 | OCU | 160887 | 11/10/2002 |
| 1.102.102 | Cicrano | 012969/02 | F | 53 | 00.000.00-0 | 12 | 16/10/2002 | 9 | OCU | 161123 | 17/10/2002 |
| 1.102.103 | Beltrano | 013026/02 | F | 20 | 00.000.00-0 | 16 | 17/10/2002 | 8 | OCU | 161124 | 17/10/2002 |
| 1.102.104 | Fulano | 012891/02 | F | 84 | 00.000.00-0 | 16 | 15/10/2002 | 10 | OCU | 161038 | 16/10/2002 |
| 1.102.105 | Cicrano | 013089/02 | F | 11 | 00.000.00-0 | 9 | 18/10/2002 | 7 | OCU | 161223 | 22/10/2002 |
| 1.102.106 | Beltrano | 012871/02 | F | 16 | 00.000.00-0 | 12 | 15/10/2002 | 10 | OCU | 161108 | 22/10/2002 |
| 1.102.107 | Fulano | 012484/02 | F | 42 | 00.000.00-0 | 17 | 09/10/2002 | 16 | OCU | 160876 | 10/10/2002 |
| 1.102.108 | Cicrano | 013274/02 | F | 29 | 00.000.00-0 | 5 | 22/10/2002 | 3 | OCU | 161312 | 24/10/2002 |
| 1.112.109 | Beltrano | 013298/02 | F | 82 | 00.000.00-0 | 2 | 22/10/2002 | 3 | * OCU | 161314 | 24/10/2002 |
| 1.112.110 | Fulano | 013326/02 | M | 49 | 00.000.00-0 | 1 | 23/10/2002 | 2 | * OCU | 161320 | 23/10/2002 |
| 1.112.111 | Cicrano | 013170/02 | M | 30 | 00.000.00-0 | 3 | 21/10/2002 | 5 | * OCU | 161194 | 20/10/2002 |
| 1.112.112 | Beltrano | 011801/02 | M | 42 | 00.000.00-0 | 5 | 22/09/2002 | 33 | * OCU | 129626 | 25/09/2002 |
| 1.112.113 | Cicrano | 012880/02 | M | 36 | 00.000.00-0 | 2 | 15/10/2002 | 10 | * OCU | 161114 | 22/10/2002 |
| 1.112.114 | Beltrano | 013143/02 | M | 17 | 00.000.00-0 | 3 | 19/10/2002 | 6 | * OCU | 161195 | 19/10/2002 |

Fonte: Censo Eletrônico Diário

C1= Campo 1 = Leito - Número do leito do paciente

C2= Campo 2 = Nome - Nome do paciente

C3= Campo 3 = Atend. - Nº do 1º atendimento do paciente na emergência

C4= Campo 4 = Sexo

C5= Campo 5 = Idade

C6= Campo 6 = Código do procedimento realizado no paciente.

C7= Campo 7 = Dias - Número de dias que o SUS autoriza para o procedimento cirúrgico que foi realizado

C8= Campo 8 = Data - Data da entrada do pac. no hospital
C9= Campo 9 = Dias - Nº de dias que o pac. encontra-se internado na clínica.

C10= Campo 10 = Observ. - É o status do leito ocupado ou desocupado. (O * indica permanência ultrapassada).

C11= Campo 11 = N. Pront. - É o número da matrícula do paciente no hospital.

C12= Campo 12 = Data- É a data que o pac. deu entrada na clínica

Fonte: Filho (2003).